



FAMP

**GOBERNANZA LOCAL
Y
SALUD PÚBLICA II**

MEMORIA DE GESTIÓN



**FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS**



EJERCICIO 2011



ÍNDICE

I.	CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
II.	OBJETIVOS CUMPLIDOS.....	6
III.	METODOLOGÍA DE ACCIÓN.....	7
IV.	RESULTADOS OBTENIDOS.....	16
V.	CONCLUSIONES GENERALES	30
ANEXO I	Acciones Formativas	33
ANEXO II	Valor añadido del Mapa de Indicadores para responsables públicos locales	39.
Anexo III	Aspectos tratados en la 2ª Jornada relativa a mejoras en el mapa de indicadores a efecto de ejemplo.....	42



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



I. CONTEXTUALIZACIÓN.-



Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud. La atención primaria, el acceso universal al sistema sanitario y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las ciudadanas y ciudadanos esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y, sin las cuales, la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Estas políticas, comprenden las necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente, así como aquellas que permiten emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos.

No podemos olvidar que, fuera del sector sanitario, existen políticas como las de desarrollo urbano, cambio climático, discriminación por razones de género o la estratificación social, entre otras, que pueden contribuir a la salud y a la sensación de seguridad.

Todo cuanto acabamos de decir está en consonancia por lo manifestado por la Comunidad Europea que manifiesta el que debe contribuir a proteger la salud de la ciudadanía con medidas en el ámbito de la salud pública. De acuerdo con el artículo 152 del Tratado, la Comunidad debe desempeñar un papel activo en ese ámbito siguiendo el principio de subsidiariedad.



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

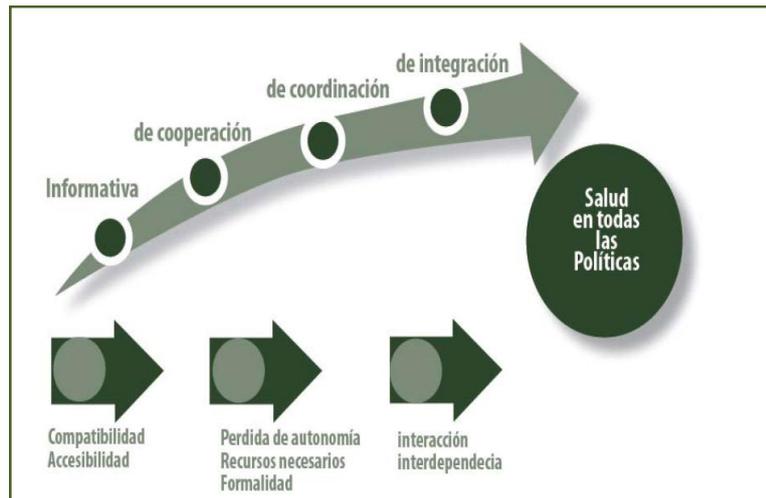


Con la consolidación del Proyecto “Gobernanza Local y Salud Pública II” desde la FAMP hemos pretendido contribuir al avance de la incorporación del principio **“Salud en todas las políticas”** en y desde lo local.

4

El principio fundamental es muy simple: la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo viven, trabajan, comen, se mueven o disfrutan su tiempo de ocio las personas. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre lo determinante de la salud presente en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los cuales se genera y no se transmiten desigualdades sociales.

Con el proyecto “Gobernanza Local y Salud Pública II”, y con el apoyo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y los Gobiernos Locales adheridos a la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, hemos logrado avanzar en la búsqueda de la mejora de los servicios públicos locales, vinculados con la promoción de la salud desde lo local de forma transversal (Salud en todas las políticas locales). Consolidando un camino que se viene desarrollando desde los Gobiernos Locales de Andalucía vinculado con la elaboración de Planes Municipales de Salud Pública.



Para ello, hemos estado trabajando durante todo el presente ejercicio 2011 mejorando la herramienta telemática diseñada con anterioridad a la que denominamos “**Mapa de Salud Pública Local**” y disponible a través del Observatorio de Salud Local de la FAMP, que ha sido igualmente actualizado, para lo que se han generado dos Grupos de Trabajo:

- **Grupo Motor 1** formado por aquellos Ayuntamientos que a través de la metodología de Investigación-Acción-Participación nos ayudaron al diseño del software, validando cada una de las partes de las que se compone, identificando indicadores, fuentes de información etc. etc.
- **Grupo Motor 2** al que se ha incorporado a una decena de Ayuntamientos de las provincias de Almería, Jaén y Granada.



II. OBJETIVOS CUMPLIDOS.

GENERALES

1. **Abordar** la Salud como instrumento de acción local y motor de crecimiento.
2. **Detectar** las necesidades de los Gobiernos Locales para desarrollar una convivencia saludable.
3. **Impulsar** las buenas prácticas.
4. **Mejorar** los Entornos en términos de salud ambiental.

ESPECIFICOS

1. Elaborar una plataforma de gestión para las EELL, mediante el “Mapa de la Salud Local” de la FAMP (Mapa de Indicadores) en “Accidentes de tráfico en el municipio” y “Actividad Física y Alimentación”.
2. Pilotar la herramienta telemática “Mapa de la Salud Local” de la FAMP con los Ayuntamientos de los Grupos Motor 1 y 2.
3. Capacitar para el uso y manejo del Mapa a los Ayuntamientos participantes en la fase de pilotaje.
4. **Fortalecer** Redes de Acción Interadministrativas que permitan la optimización de recursos favoreciendo el encuentro.
5. **Visualizar** las Buenas Prácticas Locales en materia de salud local.
6. **Apoyar a los Gobiernos Locales en su trabajo para la mejora de los servicios públicos municipales en materia de desarrollo saludable y sostenible.**
7. **Actuar** como mediadores frente a otras administraciones públicas y entidades privadas ante el nuevo modelo de Gobernanza Local



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



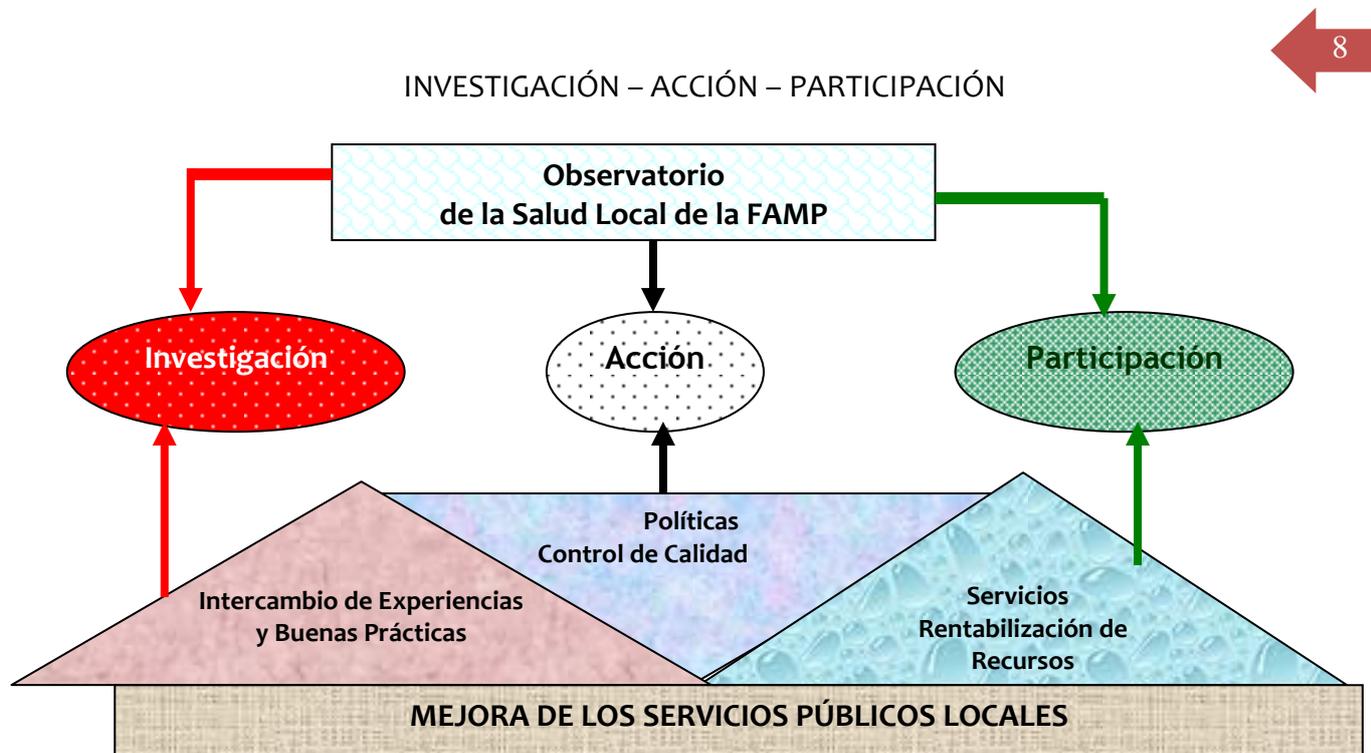
favoreciendo con ello a la coordinación interinstitucional y la canalización de sinergias.

8. **Fortalecer** Redes de Acción Interadministrativas que permitan la optimización de recursos.



III. METODOLOGÍA DE ACCIÓN.

La metodología participativa, como herramienta complementaria del trabajo puede ayudarnos a alcanzar el “objetivo último” de integración comunitaria y cohesión social. La participación ciudadana es un medio para mejorar la calidad de vida. Por tanto, en nuestro empeño de trabajar por mejorar los servicios de atención a la ciudadanía desde los Gobiernos Locales de Andalucía hemos intentado buscar el compromiso de todos los Ayuntamientos adheridos en términos de *calidad*, ofreciendo buenos servicios, de *eficiencia*, optimizando recursos y procesos y de *apertura*: claridad, transparencia, comunicación y participación.



Asimismo, esta metodología ha tenido en cuenta en toda su ejecución elementos transversales para favorecer la toma de decisiones y la interculturalidad. Al dotar a este proyecto con criterios de accesibilidad hemos contado tanto con la Igualdad de Oportunidades, como con la Cultura Sostenible, pasando por la Participación Ciudadana y la Perspectiva de Género.

- **Práctica / Participativa / Activa:** puesto que partiendo de políticas y servicios hemos puesto en marcha un *laboratorio participativo de ideas* en dos áreas concretas: *Accidentalidad de Tráfico y Alimentación y Actividad Física*, lo que nos ha permitido:



- Favorecer la toma de decisiones para el diseño, planificación y gestión de políticas y servicios de promoción de la salud local en relación a dichas materias; así como el intercambio de experiencias locales incluidas en el Banco de Buenas Prácticas contenidas en él y que han ido siendo actualizadas.
 - Generar herramientas de trabajo para favorecer la accesibilidad a toda la información generada por el proyecto a través del espacio web del Observatorio de la Salud Local (<http://www.famp.es>).
- **Dinámica y Colaborativa:** Favorecer desde las Jornadas y/o Encuentros Provinciales, y/o Autonómicos espacios dinámicos para el encuentro impulsando la colaboración interinstitucional entre la FAMP, la Administración Autonómica y la Administración Local.
- **Innovadora:** ya que se ha diseñado un software concreto que se ha ido sometiendo a una fase continuada de mejoras.

Al ser la metodología de trabajo utilizada en todo el proyecto la Investigación - Acción - Participación (IAP), hemos utilizado un método de estudio y acción que fomenta la participación ciudadana, siendo el objetivo prioritario el fomento del **Trabajo en Red** y la **participación activa** de los grupos implicados. Persigue, además, la implicación multisectorial y potencia la transversalidad tanto a este nivel como en la coordinación con otras instancias públicas y/o privadas.



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



Tres han sido las *Fases de Ejecución* del proyecto, cada una con una serie de acciones independientes, pero complementarias entre sí. Tres fases a lo largo de las cuales hemos ejecutado los siguientes trabajos: de diseño preliminar (INVESTIGACIÓN); de ejecución y desarrollo (ACCIÓN-PARTICIPACIÓN); y por último, de evaluación y control de calidad que nos han ocupado los 12 meses de ejecución del proyecto (del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre del 2011).

10

El Programa de Trabajo da comienzos al inicio de 2011 en el que se lleva a cabo la prospección a propósito de aquellos Ayuntamientos que se pudiesen incorporar al pilotaje de la herramienta telemática, de ese modo, circunscribimos nuestros esfuerzos en el área metropolitana de Granada, concretamente los siguientes Ayuntamientos: Vegas del Genil, Cúllar Vega, Santa Fe, Churriana de la Vega y Las Gabias; además de Maracena, Guadix, Baza por la provincia de Granada.

En el mes de Junio de 2011 – y una vez constituidos los nuevos ayuntamientos - concretamente el 21 de Junio en la localidad de Cúllar Vega, y con presencia de un representante de RELAS se celebró una sesión de presentación del Mapa de Salud Local, preparatoria del trabajo a desarrollar durante la fase de formación, en la que se expusieron objetivos, metodología para la acción y calendario durante el presente 2011 en la que es, la segunda fase de pilotaje del Mapa de Salud Local.

Se han identificado a responsables políticos y personal técnico y a todos ellos/as se les ha expuesto la necesidad de la generación de su propio Grupo de Trabajo Local para la captación de la información necesaria, imprescindible para el uso del Mapa, y la cooperación entre diferentes departamentos municipales para la optimización de los resultados esperados.



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



Primera Fase: Formación

11

Se programó para el mes de septiembre de 2011 una sesión formativa a propósito de Desarrollo Local y Salud Pública, con cargo al Plan de Formación Continua de la FAMP para 2011, que se celebró en Cúllar Vega (Granada) a la que fueron convocados los Ayuntamientos integrantes del Grupo Motor 2 con el fin de capacitarles en la adquisición de habilidades para el uso y manejo del Mapa de Salud Local; y sentar las bases del trabajo “on line” imprescindible para el pilotaje.

Se programó una fase presencial de 8 horas lectivas a las que se sumaron 7 horas de formación “on line”.

Para ese momento, se previó el presentar un **CUESTIONARIO DE SOPORTE** para recabar la información precisa. Sobre este particular dicho cuestionario se dividió en dos partes. El primero, que define la información de carácter secundario que fue introducida en la base de datos del Mapa; y, el segundo, que se refiere un cuestionario para la obtención de información primaria que está en consonancia con la Encuesta Andaluza de Salud Pública. Este segundo cuestionario - requiere llevar a cabo un proceso de recogida de datos mediante encuestas entre los/las ciudadanos/as del municipio. Esta información permitirá cerrar los campos que exige el mapa de indicadores anualmente. Dicha información primaria es esencial para poder realizar evaluaciones de las políticas públicas en materia de salud y sin las cuales no finaliza el arranque del Mapa de Indicadores de Salud (en materia de accidentalidad de tráfico y alimentación y actividad física).



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



Segunda Fase: Implementación

12

Una vez concluido este paso, y ya en la segunda fase se ha ido trabajando en tiempo real con los Ayuntamientos de ambos grupos motores en la implementación de contenidos. Desde la FAMP se ha ido manteniendo una línea directa de seguimiento y control del pilotaje de la herramienta con el apoyo de personal experto externo; lo que ha supuesto un total aproximado de 50/70 horas de interconexión con los Ayuntamientos participantes.

Conviene resaltar que estos contenidos han estado divididos en dos: los primeros, relativos a la información secundaria y; los segundos, dependiente de la recogida de información primaria. Con el primer tipo de información hemos trabajado en dos jornadas formativas; y, con el segundo tipo de información, depende del momento en que los municipios realicen los cuestionarios entre los ciudadanos de su término municipal.

Tercera Fase: Validación para la mejora continuada

Por último, derivada de la experiencia y el contacto directo con los miembros de los grupos motores tuvo lugar una fase de Validación al objeto de reconocer las potencialidades y debilidades del Mapa de Salud Local para su mejora continuada. Con tal objetivo, han sido convocados todos los Ayuntamientos que hasta el momento conocían la herramienta y han trabajado con ella. En una Jornada de Trabajo/Validación bajo la denominación “La puesta en valor de herramientas para la planificación y la gestión de la salud local” en materia de accidentalidad de tráfico y alimentación y actividad física. Aquí hemos recogido todos los aspectos que han indicado los miembros



del grupo para la mejora de la herramienta para valorar la CALIDAD y la SATISFACCIÓN con el mapa ente otros aspectos.

La reunión de trabajo han permitido asimismo elaborar el **INFORME DE APROVECHAMIENTO**.

El trabajo desarrollado a lo largo del año 2011 nos ha permitido:

1. Contribuir a situar a la salud en el centro de todas las políticas públicas locales.
2. Promover alianzas en salud entre las autoridades, sector sanitario y sociedad civil.

En definitiva, y desde la base de la **Estrategia para la Acción Local en Salud** hemos ido trabajando para:

1. Concebir **la salud como motor de crecimiento**, en tanto éste va íntimamente ligado a una vida más larga, más saludable y productiva.
2. Promover **la prevención de amenazas** para la salud desarrollando la capacidad de las Administraciones para anticiparse a éstas y reaccionar de forma coordinada.
3. Desarrollar **alianzas en salud** que permitan a la ciudadanía asumir responsabilidades sobre su estado de salud y participar en las decisiones. Se ha apostado por el desarrollo de sinergias e intercambio de conocimientos entre agentes clave, como estrategia de participación en el diseño de políticas en salud.



4. Promover **la cooperación, apoyando el diálogo** y la cooperación entre instituciones y agentes relevantes, haciendo de la salud una responsabilidad compartida.

La planificación, es fundamental en este caso, puesto que ha sido definida por Know como *“un proceso a partir del cual pueden escogerse entre medios alternativos para la obtención de los fines deseados. De manera que, planificar no es sino adelantar los cambios en la dirección deseada”*. En nuestro caso no puede ser otra que elevar el nivel de salud, de nuestra población.

En consecuencia, la planificación exige la **conurrencia de las responsabilidades** a distintos niveles de los servicios públicos (local, autonómico, estatal y europeo). Dotando al proceso además de la participación de la ciudadanía; de esta forma la ejecución requiere del consenso tanto de los/as responsables municipales como de toda la comunidad local (asociaciones de consumidores/as, empresas, centros docentes, centros sanitarios, etc...).

La Planificación Municipal así entendida, no es posible sin una Participación Ciudadana, activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos de las ciudades y pueblos, implicándose tanto en la información, que permite recoger sus aportaciones, como en el desarrollo de las acciones que se pongan en marcha. Y es que, **la salud como un factor de bienestar personal y social, es un elemento significativo de pacto local** donde resulta posible aunar los intereses de la ciudadanía, los/as profesionales de los servicios y las corporaciones locales y dirigirlos hacia el avance de los pueblos y ciudades de Andalucía. Ello exige un nivel de corresponsabilidad superior a la hora de centrar la misión de cada nivel institucional de forma cooperativa.



Por tanto, hemos ido trabajando para:

- **Continuar con la Función Observatorio** de las Políticas de Salud Local en términos de las necesidades que se han ido planteando y las respuestas que se han ido dando, para lo cual hemos abordado el concepto “salud” desde una óptica transversal, multidisciplinar, intersectorial e integral; para lo que hemos contado con el apoyo de nuestro Grupo de Trabajo.

- **Fortaleciendo Redes:**
 - * **Actuando como Red de Redes Municipales por la Salud y la Sostenibilidad**, entendida ésta como un sistema de organización y relación de intercambio y cooperación, orientado a la protección, al fortalecimiento y beneficio mutuo, con una configuración flexible que se teje a través de la interacción y la comunicación.

 - * **Asumiendo Nuevos Retos**, abriendo una nueva fase, en el proyecto de trabajo emprendido años atrás, con lo que continuamos investigando para la Acción Local en materia de salud pública.



IV. RESULTADOS OBTENIDOS.

Se ha puesto en marcha un Plan de Evaluación continuada durante la ejecución de todo el proyecto - un proceso sistemático de análisis - entendiendo que éste es un elemento esencial, una herramienta que nos ha permitido conocer la adecuación e idoneidad del catálogo de actuaciones; por tanto, requiere tener presente este elemento desde el momento mismo de la concepción para ir desarrollándola de forma coordinada y continua durante todas las fases de ejecución.

Como decíamos anteriormente, la evaluación es un proceso de análisis sistemático de los resultados alcanzados; por tanto, podemos presentarla tanto de forma global como de acciones concretas. Por tanto, el análisis puede expresarse cuantitativa o cualitativamente, de acuerdo con la naturaleza de la acción a analizar.

Para ello, hemos dado cuenta de su:

- ✓ Pertinencia
- ✓ Eficacia
- ✓ Durabilidad
- ✓ Utilidad
- ✓ Eficiencia

Pertinencia por el hecho de implicar el averiguar si las actuaciones son en sí mismas un mecanismo apropiado para intervenir en la realidad que se pretende transformar y en



qué medida los objetivos son pertinentes con las necesidades y prioridades marcadas en el mismo; así como de la pertinencia al género.

Eficacia en tanto en cuanto, hemos analizado la consecución de los objetivos planteados y si éstos se han logrado y en qué porcentaje.

Eficiencia, que ha implicado el indagar sobre la relación entre el logro de objetivos y los recursos utilizados para ese logro.

Utilidad; esto es, investigar si el contenido del proyecto ha servido para cubrir las necesidades del colectivo al que se dirigen las actuaciones.

Por último, la **Durabilidad**, puesto que nos interesa conocer de un modo anticipado el posible impacto de las Jornadas ya que se trata de vislumbrar la permanencia en el tiempo de los cambios inducidos por las mismas y en qué medida se mantienen los cambios provocados por el acción una vez que haya finalizado.

El resultado final del Plan de Evaluación ha supuesto:

- Permitir hacer efectivo el esfuerzo realizado en todas las fases anteriores de planificación.
- Indicar el grado de cumplimiento de los objetivos.
- Señalar posibles nuevas necesidades no previstas.
- Proporcionar datos para justificar futuras actuaciones y proyectos.

Y por último, del impacto de género. La evaluación del impacto en función del género viene empleándose mucho en el ámbito de la cooperación al desarrollo, para el que se



dispone de formación y de instrumentos adecuados. En línea con la Conferencia de Pekín, una serie de Gobiernos europeos han decidido utilizar la evaluación del impacto en función del género como instrumento de aplicación de la integración de la dimensión de género. Evaluar el impacto en función del género, significa comparar y apreciar en función de los criterios pertinentes:

- ▶ *participación de hombres y mujeres,*
- ▶ *recursos a los que se accede,*
- ▶ *normas y valores que se priman,*
- ▶ *y derechos que se protegen o vulneran*

No hay que olvidar que el género es una diferencia estructural que afecta al conjunto de la población. Ni las mujeres ni los hombres deben ser tratados como un grupo de interés particular, entre otros. Por el contrario, el género afecta a las diferencias y a la vulnerabilidad en función de otras diferencias estructurales como la raza, la pertenencia étnica, la clase social, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, etc., y a menudo incluso las refuerza.

Un estudio detenido puede revelar que políticas que parecen no sexistas afectan de manera diferente a las mujeres y a los hombres. ¿Por qué? Porque existen diferencias sustanciales en las vidas de mujeres y hombres en la mayoría de los ámbitos, diferencias que pueden explicar el hecho de que políticas aparentemente no discriminatorias tengan un impacto diferente en las mujeres y los hombres, y refuerzan las desigualdades existentes. Las políticas dirigidas a grupos objetivo o a determinados colectivos – o con implicaciones claras para estos grupos – son, por lo tanto, en mayor o menor medida, pertinentes con respecto al género.



A continuación procedemos a resumir las **DIMENSIONES ANALIZADAS EN LA VALIDACIÓN DEL MAPA DE INDICADORES DE SALUD LOCAL**, como uno de los principales resultados obtenidos.

Las dimensiones que la literatura ha demostrado como determinantes de la satisfacción de consumidores de e-learning y empleo de aplicaciones a través de la web son la usabilidad, la calidad y el valor (Bhattacharjee, 2001¹; DeLone y McLean, 1992²; Seddon, 1997³; Rai, Lang y Welker, 2002⁴; Fornell, Johnson, Anderson, Cha y Bryant, 1996⁵; McDougall y Levesque, 2000⁶, Patterson y Spreng, 1997). Estas dimensiones han sido recogidas en el cuestionario de validación del mapa de indicadores que presentamos en este apartado. Al mismo tiempo, se ha medido la intención de continuar el uso de la herramienta, al objeto de conocer el futuro de la herramienta.

Una condición necesaria, aunque no suficiente de la intención de continuidad con el mapa de indicadores reside en la satisfacción del cliente. Con este fin las escalas empleadas han estado basadas en la demostrada capacidad predictiva de la EDT (expectancy disconfirmation theory, elaborada por Oliver⁷ en 1980) en un amplio rango

¹ Bhattacharjee, A. (2001). An empirical analysis of the antecedents of electronic commerce service continuance. *Decision Support Systems*, 32(2), 201-214.

² DeLone, W. H., & McLean, E. R. (1992). Information systems success: The quest for the dependent variable. *Information Systems Research*, 3(1), 60-95.

³ Seddon, P. B., & Kiew, M. Y. (1994). A partial test and development of the DeLone and McLean model of IS success. In *Proceedings of the international conference on information systems* (pp. 99-110).

⁴ Rai, A., Lang, S. S., & Welker, R. B. (2002). Assessing the validity of IS success models: An empirical test and theoretical analysis. *Information Systems Research*, 13(1), 50-69.

⁵ Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American customer satisfaction index: Nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60, 7-18. 414 C.-M. Chiu et al. / *Computers & Education* 45 (2005) 399-416

⁶ McDougall, G. H. G., & Levesque, T. (2000). Customer satisfaction with services: Putting perceived value into the equation. *The Journal of Services Marketing*, 14(5), 392-410.

⁷ Oliver, R. L. (1980). A cognitive model for the antecedents and consequences of satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.



de estudios sobre la satisfacción de consumidores de productos y servicios, como por ejemplo: restaurantes (Swan y Trawick, 1981)⁸, cuidado de la salud (Gilbert, Lumpkin y Dant, 1992)⁹, recompra de automóviles (Oliver, 1993¹⁰; Yoon y Kim, 2000¹¹), servicios profesionales entre negocios (Patterson y Spreng, 1997)¹², uso de servicios financieros (Montfort, Masurel y Rijn, 2000)¹³, destinos vacacionales (Petrik, Morais y Norman, 2001)¹⁴, servicios de comercio electrónico y satisfacción del consumidor con la web (McKinney, Yoon y Zahedi, 2002¹⁵; Devaraj, Fan y Kohli, 2002¹⁶), servicio de e-learning (Lim, 2001)¹⁷, productos y servicio a través de la red (Khalifa y Liu, 2002)¹⁸.

Mención adicional debemos tener con la adaptación que hemos realizado para la medida de la calidad cuyo fundamento estará centrado en las escalas de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)¹⁹.

⁸ Swan, J. E., & Trawick, I. F. (1981). Disconfirmation of expectations and satisfaction with a retail service. *Journal of Retailing*, 57, 40-67.

⁹ Gilbert, F. W., Lumpkin, J. R., & Dant, R. P. (1992). Adaptation and customer expectations of health care options. *Journal of Health Care Marketing*, 12(3), 46-55.

¹⁰ Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.

¹¹ Yoon, S. J., & Kim, J. H. (2000). An empirical validation of a loyalty model based on expectation disconfirmation. *The Journal of Consumer Marketing*, 17(2), 120-136.

¹² Patterson, P. G., & Spreng, R. A. (1997). Modeling the relationship between perceived value, satisfaction and repurchase intentions in a business-to-business, services context: An empirical examination. *International Journal of Service Industry Management*, 8(5), 414-434.

¹³ Montfort, K. V., Masurel, E., & Rijn, I. V. (2000). Service satisfaction: An empirical analysis of consumer satisfaction in financial services. *The Service Industries Journal*, 20, 80-94.

¹⁴ Petrick, J. F., Morais, D. D., & Norman, W. C. (2001). An examination of the determinants of entertainment vacationers intentions to revisit. *Journal of Travel Research*, 40, 41-48.

¹⁵ McKinney, V., Yoon, K., & Zahedi, F. M. (2002). The measurement of Web-customer satisfaction: An expectation and disconfirmation approach. *Information Systems Research*, 13(3), 296-315.

¹⁶ Devaraj, S., Fan, M., & Kohli, R. (2002). Antecedents of B2C channel satisfaction and preference: Validating ecommerce metrics. *Information Systems Research*, 13(3), 316-333.

¹⁷ Lim, C. K. (2001). Computer self-efficacy, academic self-concept, and other predictors of satisfaction and future participation of adult distance learners. *American Journal of Distance Education*, 15(2), 41-51.

¹⁸ Khalifa, M., & Liu, V. (2002). Satisfaction with Internet-based services. In *Proceedings of the 35th Hawaii international conference on system sciences*

¹⁹ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.



A lo largo de las páginas siguientes mostraremos las escalas empleadas así como realizaremos un análisis de los resultados obtenidos. A fin de comprender adecuadamente el significado de la valoración de las escalas debemos decir que se trata de escalas Likert de 5 puntos de mayor grado de desacuerdo (1) a mayor grado de acuerdo (5). Dado que no hemos tenido valoraciones inferiores a 3. Hemos representado con símbolos (emoticones) en aras de una mayor claridad de los resultados obtenidos de cada una de las afirmaciones presentadas. La interpretación de dichos símbolos se muestra seguidamente:

-  = PUNTO INTERMEDIO (A MEJORAR)
-  = DE ACUERDO (BIEN VALORADO, AUNQUE NO SE CONSIDERA EL MÁXIMO)
-  = TOTALMENTE DE ACUERDO
-  = NO SABE

Antes de comenzar a realizar el análisis del cuestionario debemos señalar que estas escalas de medida deberán ser empleadas cuando se tenga el número mínimo de 100 participantes, a ser posible de municipios diferentes, ya que el PLS (Partical Least Square) necesita este tamaño para determinar la validez convergente y discriminante de la escala al caso que nos atañe. Aún así estas escalas ya han sido empleadas en otros entornos, demostrando su validez. En lo que respecta a esta memoria los resultados que aquí recogemos son el fruto de múltiples reuniones con los miembros de los grupos motores que han actuado a modo de grupo de expertos/as y que han sido interrogados/as de forma directa e indirecta, lo que metodológicamente garantiza la bondad de los análisis realizados en torno a la validez del mapa de indicadores.



Las dimensiones que ofrecemos seguidamente comparan la percepción inicial del mapa de indicadores con la experiencia obtenida con posterioridad al uso del mismo.

DIMENSIÓN 1: USABILIDAD

A) PERCEPCIÓN DE USO (UTILIZACIÓN)

1.- El empleo del mapa de indicadores es sencillo	
2.- Para mí será fácil llegar a adquirir habilidad en el uso del mapa de indicadores de salud	
3.-El uso del mapa de indicadores de salud puede mejorar mi conocimiento de las acciones en materia de salud del municipio	
4.-El uso del mapa de indicadores puede simplificar el análisis de la salud a nivel local.	
5.- El uso del mapa de indicadores de salud es adecuado para el conocimiento de las acciones en materia de salud del municipio.	
6.-El mapa de indicadores de salud es compatible con el camino para conocer la evolución de la salud a nivel local.	



B) USO DISCONFIRMATORIO

1.- Una vez empleado el mapa de indicadores, fue más fácil de lo que esperaba	
2.-Una vez empleado el mapa de indicadores, la adquisición de habilidad en su manejo fue mejor de lo que esperaba	
3.- Una vez empleado el mapa de indicadores, mi conocimiento de las acciones en materia de salud del municipio fue mayor de lo que esperaba	
4.- Una vez empleado el mapa de indicadores, la capacidad para simplificar el análisis de la salud a nivel local es mejor de lo que esperaba.	
5.- Una vez empleado el mapa de indicadores, es más adecuado para el conocimiento de las acciones en materia de salud del municipio de lo que esperaba	
6.- Una vez empleado el mapa de indicadores, la compatibilidad con el camino para conocer la evolución de la salud a nivel local es mejor de lo que yo esperaba	

C) ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA USABILIDAD:

En relación a la **pregunta 1**, la percepción inicial era positiva, para algunos y algunas más complejas inicialmente de lo que luego se demostró en la práctica. Una vez utilizado el mapa éste es más sencillo de lo que se percibe a priori.



Con relación a la **pregunta 2**, todos/as consideraron tener capacidad para enfrentarse al mapa de indicadores pero esta percepción mejoró una vez empleado el mapa.

La mejora del conocimiento de las acciones en materia de la salud mejoró (**pregunta 3**), ya que el mapa de indicadores ofrece una reflexión sistematizada de todas las áreas municipales.

La **pregunta 4** indica que se simplifica el análisis pero que necesitan terminar el proceso. Por ello, aunque a priori la valoración es positiva, no pueden terminar dando el “ok”, hasta que se puedan comparar dos años.

La **pregunta 5** no es posible responderla dado que es necesario que se tengan dos períodos de datos. De ahí, que aparezca como un no sabe. Además, es necesario disponer de datos de cardiopatía isquémica.

De igual forma, en la **pregunta 6** se obtiene una valoración positiva, dado que el mapa de indicadores está diseñado para conocer la evolución, pero ello requiere de disponer más datos para comprobar finalmente su bondad.

DIMENSIÓN 2: CALIDAD

A) PERCEPCIÓN DE CALIDAD

1.- El esquema y el diseño del uso del mapa de indicadores es cercano	
2.- La navegación por el mapa de indicadores es fácil	
3.- El mapa de indicadores provee el servicio que necesito	
4.- El uso de mapa de indicadores es cómodo	



5.- El mapa de indicadores proporciona información completa	
6.- El mapa de indicadores proporciona información fácil de comprender	

B) CALIDAD DISCONFIRMATORIA

1.- El esquema y el diseño del uso del mapa de indicadores es mejor de lo que esperaba	
2.- La navegación en el mapa de indicadores es más fácil de lo que esperaba	
3.- El mapa de indicadores aporta el servicio que necesito mejor de lo que esperaba	
4.- El uso del mapa de indicadores es más cómodo de lo que esperaba	
5.- El mapa de indicadores proporciona una información más completa de lo que esperaba	
6.- El mapa de indicadores proporciona información más fácil de comprender de lo que esperaba	

C) ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA CALIDAD:

Las dos primeras preguntas son una confirmación a los parámetros de uso referenciados en la primera dimensión (usabilidad). La pregunta 3, pone de relieve la fuerte necesidad que existe por tener un mejor conocimiento de la salud a nivel local. La comodidad no tiene un visto bueno pleno, dado que debemos mejorar la información en el proceso de introducción de datos. Es decir, sucede que cuando se introduce información a veces pueden existir errores por parte del que “pica” los datos. El programa no da la posibilidad de corregir los fallos de este tipo. Además, tampoco



permite ver los datos introducidos con anterioridad. Con ello, se pretende evitar que se juegue a realizar simulaciones para ajustar los datos al resultado deseado, pero, al mismo tiempo, dificulta la introducción de información y la claridad. Sobre este aspecto estamos trabajando adoptando una solución intermedia.

La percepción inicial fue la de que se recogen muchos aspectos de información relevante y esta percepción mejoró con el uso del mapa. Ahora bien, el esquema empleado para estructurar el mapa de indicadores fue el más amplio posible, es decir, considerando que pueda ser utilizados en municipios grandes con muchas áreas, lo que supone que en los municipios pequeños muchas de éstas no estén desarrolladas o se encuentre agrupadas. Aún así, en el proceso formativo les indicamos que si no existía dicha información debían poner un cero (equivalente a dejar en blanco) la casilla correspondiente.

La información es fácil de comprender dado que las variables incorporan un desplegable con la definición de las variables. Ahora bien, se han dado las situaciones siguientes:

- a) Un par de variables que es necesario pulir la definición. Aspecto que será abordado.
- b) Situaciones en las que no es nada fácil determinar la frontera entre un área y otra.
- c) Situaciones en las que todavía no hay políticas públicas locales en la línea de la variable planteada, por lo que existe una ausencia de dato. En dicha situación hemos indicado que pongan un cero (equivalente a ausencia de acción). Aunque somos conscientes de que no es lo mismo, no afecta al resultado final.



DIMENSIÓN 3: VALOR

Esta dimensión recoge los elementos de valor que debe poseer el mapa de indicadores de salud en lo local y se compara con el realmente obtenido con posterioridad a la experiencia recibida.

A) PERCEPCIÓN DE VALOR

1.-El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de logro	
2.-El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de cumplimiento de objetivos	
3.- El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de conocer la tendencia	
4.- El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de amenidad	
5.- El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de claridad de la situación	
6.- El uso del mapa de indicadores debería darme una sensación de control	



B) DISCONFIRMACIÓN DE VALOR

1.- El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de logro mejor de lo que esperaba	
2.-El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de cumplimiento de objetivos mejor de lo que esperaba	
3.- El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de conocer la tendencia mejor de lo que esperaba	
4.- El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de amenidad mejor de lo que esperaba	
5.- El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de claridad de la situación mejor de lo que esperaba	
6.- El valor del servicio del mapa de indicadores me da una sensación de control mejor de lo que esperaba	

C) ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS RELATIVOS AL VALOR:

Después de analizar en profundidad los elementos que debían contener el mapa de indicadores hemos podido confirmar que éstos son:

1º.- El logro en el cumplimiento de los objetivos fijados.

2º.- Un conocimiento de las tendencia de la salud a nivel local relacionado con las políticas públicas desarrolladas.



3°.- Una visión clara de las salud a nivel local.

4°.- Un control del estado del sistema analizado, salud a nivel local.

Todo ello, con un instrumento que no enturbie el análisis, para lo que debe ser ameno y claro.

Hemos podido comprobar que todos estos aspectos han sido valorados por los miembros de los grupos motores como ingredientes esenciales del mapa de indicadores. Ahora bien, la amenidad no está en su grado máximo, ya que es mejorable, lo que asumimos y pretendemos mejorar a futuro. De igual forma, a día de hoy no es posible saber si el logro en el cumplimiento de los objetivos será posible a través del mapa de indicadores, ya que es necesario culminar la introducción de datos en dos períodos, pero las sensaciones son positivas a la espera de ver los resultados finales.

DIMENSIÓN 4: SATISFACCIÓN DE USO

1.- Estoy satisfecho con el desarrollo del servicio del mapa de indicadores	
2.- Estoy complacido con la experiencia de uso del mapa de indicadores	
3.- El empleo del mapa de indicadores es un acierto	

Las preguntas 1 y 2 no reflejan el máximo dado que todavía hay algunos aspectos que podemos mejorar, estamos en ello.



DIMENSIÓN 5: INTENCIÓN DE CONTINUAR

1.- Pretendo continuar usando el mapa de indicadores en el futuro	
2.- Continuaré usando el mapa de indicadores en el futuro	
3.- Emplearé anualmente el mapa de indicadores	

Todos/as manifestaron su intención de continuar con el mapa de indicadores, pero siempre vinculado al apoyo institucional, por lo que las preguntas 2 y 3 están condicionadas a dicha situación.

V.- CONCLUSIONES GENERALES

1.- Se ha consolidado un grupo de trabajo fuerte, para consolidarlo es necesario realizar esfuerzos destinados a mantener la relación de forma continuada en el tiempo.

2.- Se ha podido introducir mejoras en el Mapa de Indicadores y validar así aspectos relativos a la usabilidad y valor del mapa de indicadores para los/as usuarios/as. Aún así, falta mostrar dicho valor a nivel de los/as alcaldes/as, lo que depende de los siguientes factores:

- a) Se tenga información de dos años para poder realizar análisis comparativos.
- b) Se tomen decisiones con el mapa de indicadores a fin de probar sus bondades.



Por ello, y al observar que es necesaria una mayor concienciación de los/as responsables públicos, hemos elaborado documentos sintético que ayuden a los técnicos locales a transmitir el papel del mapa de indicadores.

3.- No se puede acometer la tarea de trabajo del mapa de indicadores sin un complemento formativo.

4.- Existe una fuerte preocupación sobre los costes de extracción de la información primaria, lo que origina resistencias si no perciben que el beneficio va a ser mayor que el esfuerzo. En el caso del mapa de indicadores dichos beneficios depende de:

1º.- Que se disponga de información de dos años, para que se pueda llegar a evaluar el potencial del mapa de indicadores.

2º.- No se perciba que sólo se pretende obtener dicha información a costa de los recursos del municipio sin entregar nada a cambio. La formación es una condición necesaria pero no suficiente.

5.- Se asume con mucha naturalidad el liderazgo de la FAMP como soporte no sólo de la plataforma, sino también para obtener formación de apoyo por el canal ya institucionalizado.

6.- Se desea obtener una jornada para conocer los caminos que pueden tener para reducir de forma considerable los costes del proceso obtención de información primaria

7.- Existe preocupación en compartir los datos del municipio con otras administraciones y hay una fuerte confianza en el papel de la FAMP como garante de protección de dicha información.



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



8.- Existe confusión al observar acciones en paralelo de la Consejería y la FAMP en torno al mismo objetivo, por lo que sería muy conveniente una acción conjunta más coordinada. Además, el mapa de indicadores necesita alimentarse de datos procedentes de la Consejería, por lo que la coordinación y la colaboración son esenciales.

32

En Sevilla, a 20 de Diciembre de 2011

Fdo.: Antonio Nieto Rivera
Secretario General FAMP



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



ANEXO I: ACCIONES FORMATIVAS

Se han realizado dos acciones formativas semi-presenciales. La primera acción formativa abarcó del 20 de Septiembre de 2011 al 14 de Noviembre de 2011 y, la segunda, del 15 de Noviembre de 2011 al 22 de Diciembre de 2011. Ambos períodos se iniciaron con una acción presencial en forma de Jornada, la primera celebrada en Cúllar Vega titulada “Desarrollo Local y Salud Pública” y la segunda en Molina bajo el título “La puesta en valor de herramientas para la planificación de la salud en lo local”. Finalizada cada una de las Jornadas comenzaba el período no presencial, cuya utilidad fue la de resolver dudas y mantener el espíritu de las 22 personas del grupo motor con las que contamos.

Seguidamente presentamos los objetivos y programa de cada una de las Jornadas.





OBJETIVO GENERAL:

Adquirir manejo en el uso del mapa de indicadores y la plataforma online de trabajo comenzando por la incorporación de información de carácter secundario.

34

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **Pilotar** la herramienta telemática “Mapa de la Salud Local” de la FAMP con los Ayuntamientos de los Grupos Motor 1 y 2.
2. **Capacitar** para el uso y manejo del Mapa a los Ayuntamientos participantes en la fase de pilotaje.
3. **Fortalecer** Redes de Acción Interadministrativas que permitan la optimización de recursos favoreciendo el encuentro.
4. **Visibilización** de Buenas Prácticas Locales en materia de salud local

PROGRAMA DE LA SESIÓN PRESENCIAL

08.00 A 08.30 H. Acreditación y Recogida de Documentación.

08.30 a 09.00 H. Sesión Inaugural

9:00 a 10.30 H. VISIÓN DEL MAPA DE INDICADORES DE SALUD LOCAL DE LA FAMP

Interviene: D. Manuel Ortigueira Sánchez

10:30 a 11:00 H. Pausa

11:00 a -13:30 H. LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER SECUNDARIA NECESARIA: ANÁLISIS DE LAS VARIABLES Y SU DEFINICIÓN

Interviene: D. Manuel Ortigueira Sánchez

13:30 a 14:30 H. PREPARACIÓN DE LAS SESIONES ON-LINE

Interviene: D. Manuel Ortigueira Sánchez



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



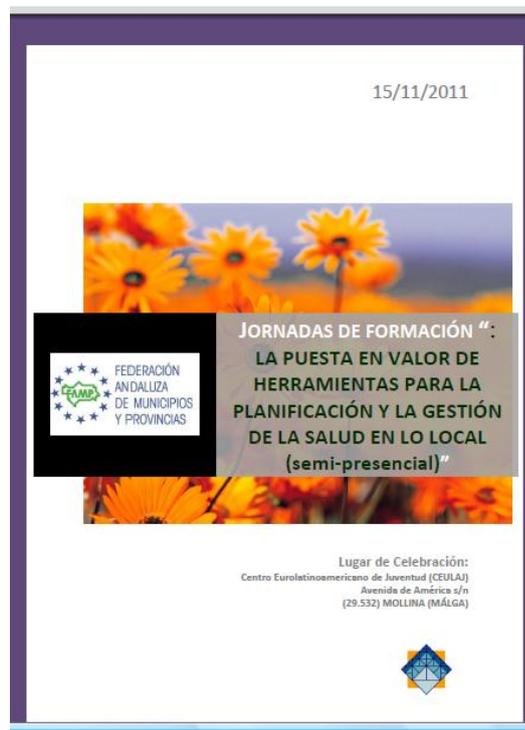
14:30 a 15:00 H. CONCLUSIONES FINALES Y CIERRE

Modera: D^a Teresa Muela Tudela

Directora del Departamento de Políticas de Igualdad y Redes. FAMP

35

Finalizada esta primera jornada se procedió a dar de alta a los/as miembros del grupo motor y se les remitió la contraseña y usuario de dos plataformas (el mapa de indicadores y el foro de la acción no presencial). Debemos reseñar que se mantuvo contacto telefónico constante con todos ellos/as a lo largo del tiempo a fin de mantener el nivel de motivación de los colaboradores/as en el proyecto.





OBJETIVOS GENERALES:

- **Fijar** un punto de encuentro para la reflexión y el debate en torno a los nuevos modelos de gobernanza local y salud pública.
- **Favorecer** la salud de forma transversal en todas las políticas locales

ESPECIFICOS:

- **Consolidar** la agenda de salud local mediante la puesta en valor de herramientas y procesos generados a tal efecto desde la FAMP.
- **Realizar** una Jornada de Validación de la “*hoja de ruta*” para la implementación de actuaciones vinculadas con el Mapa de la salud local de la FAMP en la que participen los municipios andaluces integrantes de los Grupos de Trabajo de Ciudades Saludables.
- **Favorecer** el intercambio de experiencias entre los Gobiernos Locales a través del Observatorio Local de la Salud.
- **Fomentar** el uso de las Nuevas Tecnologías como herramienta de trabajo y canal de intercomunicación.

Contenido:

Responsables Políticos y Personal Técnico de los gobiernos locales andaluces fueron convocados/as a una *Jornada de Validación* de herramientas y procesos para la puesta en marcha de la estrategia de la salud en todas las políticas locales; al tiempo que, partiendo de la experiencia adquirida a través del pilotaje del Mapa de Indicadores de Salud Local de la FAMP (2 Indicadores: accidentalidad de tráfico y alimentación y actividad física) se pudieron hacer propuestas de mejora – en su caso - para el correcto uso y manejo del software. Al mismo tiempo, se presentaron las variables necesarias



para conocer el estado de salud de la ciudadanía. Esta Jornada se completó con horas de formación no presencial.

PROGRAMA DE LA SESIÓN PRESENCIAL

08.00 A 08.30 H. Acreditación y Recogida de Documentación.

08.30 a 09.00 H. Sesión Inaugural

9:00a 9.30 H. CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD

Interviene: D. Manuel Ortigueira Sánchez

9:30 a 10.30 H. ANÁLISIS DEL ESTADO DE LA SITUACIÓN DEL MAPA DE INDICADORES

Interviene: D. Manuel Ortigueira Sánchez

10:30 a 11:00 H. Pausa

11:00 a -12:30 H. REFLEXIONES SOBRE LA MEJORA DEL MAPA DE INDICADORES

Interviene:

D. Manuel Ortigueira Sánchez

12:30 a 14:00 H. PRESENTACIÓN DE VARIABLES ADICIONALES (INFORMACIÓN PRIMARIA)

Interviene:

D. Manuel Ortigueira Sánchez

14:00 a 14:30 H. PREPARACIÓN DE LAS SESIONES ON-LINE

Interviene:

D. Manuel Ortigueira Sánchez

14:30 a 15:00 H. CONCLUSIONES FINALES Y CIERRE

Modera:

D^a Teresa Muela Tudela

Directora del Departamento de Políticas de Igualdad y Redes. FAMP



Tras la finalización de la Jornada los integrantes de los diferentes municipios, acorde a su disponibilidad de tiempo fueron incorporando datos secundarios. En el camino nos demandaron más tiempo para obtener información de carácter secundario. Por ello, hubo que ampliar el plazo para la realización de dicha tarea hasta el 22 de Diciembre. En la mayoría de los casos la obtención de datos primarios para completar la información necesaria para el mapa de indicadores no fue posible. Aún así las variables necesarias para obtener dicha información fue añadida al mapa de indicadores y fue explicada a los/as integrantes de los grupos motores.

En este proceso hubo personal técnico que nos solicitó un documento sintético que les ayudase a transmitir el valor añadido del proyecto a los responsables políticos (adjuntamos la carta en Anexo II).

Fruto de la segunda Jornada pudimos determinar muchos aspectos del mapa de salud (ver un ejemplo en Anexo III) que nos permitió introducir mejoras para incrementar la calidad, la satisfacción y el valor del mapa de indicadores. Aunque dichas escalas han sido probadas en otros contextos, han sido tomadas y adaptadas por nosotros. La validez convergente y discriminante de estas escalas será realizada cuando contemos con un número adecuado de municipios colaboradores que permitan operar a los programas de ecuaciones estructurales como es el caso del PLS.

ACCIÓN PRESENCIAL ADICIONAL VINCULADA AL PROYECTO: VIAJES A MUNICIPIOS

Junto a estas acciones formativas y a fin de mantener el contacto con los participantes del proyecto, se realizaron viajes para realizar visitas personales a los/as miembros del grupo en sus respectivos municipios, en unos casos reuniéndonos unos cuantos en el mismo lugar y, en otros, acudiendo a su municipio en su lugar de trabajo. Dichos viajes tuvieron lugar entre finales de Noviembre y principios de Diciembre.



ANEXO II

VALOR AÑADIDO DEL MAPA DE INDICADORES PARA LOS/AS RESPONSABLES PÚBLICOS LOCALES

La orientación de las políticas de los países de la unión europea pasa, con determinación, por el control del déficit. Los gobiernos se afanan en determinar qué prioridades deben establecer a la hora de decidir qué partidas presupuestarias ajustar. Sin embargo, en el caso de nuestro país el camino va más allá de la simple austeridad, dado que no sólo va a suponer la reducción de gastos, sino también la eliminación de muchas partidas. Al margen del debate que estas decisiones originen, cabe preguntarse: ¿Cómo armonizar la reducción de recursos con el mantenimiento de determinados servicios en un entorno de menores ingresos? El camino, por el lado de los costes, de las diferentes administraciones públicas, pasa por medidas que, en general, son el incremento en el control de los gastos y en la eficacia de la asignación de los recursos. De esta forma, todos aquellos instrumentos que ayuden a los/as responsables públicos a una mejor consecución de estos dos objetivos contribuirá a que los/as responsables públicos realicen su labor con más éxito. Cuando se habla de gobernar una Administración (nacional, autonómica y local) es imprescindible contar con indicadores que orienten las decisiones. De igual forma que lo hace el conductor de un automóvil, empleando una analogía, el cual necesita el indicador de velocidad, del tipo de faros que está empleando, del indicador de combustible, etc. Si bien es cierto que ya existen indicadores en el seno de nuestras administraciones, éstos se han vuelto insuficientes,



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



dado que la complejidad de las administraciones públicas ha aumentado. Por ello, se necesitan herramientas más sofisticadas.

40

Hoy día se sabe que el Titanic se hundió porque el timón era demasiado pequeño para la dimensión del barco. De igual forma, nuestras administraciones necesitan timones más grandes, más perfeccionados para gobernar el “barco”. Por ello, es imprescindible emplear un mapa de indicadores, que además tenga en cuenta la contribución que cada una de las áreas municipales tiene en la consecución del mismo objetivo (transversalidad).

El mapa de indicadores que se presenta aquí pretende orientar las decisiones relativas a uno de los objetivos de cualquier Administración a nivel local. Este objetivo es la salud de nuestros ciudadanos. La sostenibilidad de nuestro sistema sanitario pasa necesariamente por adoptar medidas que incrementen los niveles de salud a lo largo de nuestra vida, minimizando los factores de riesgo (por ejemplo, accidentes por atropellos en la ciudad, etc.). Esta es una labor de todos los ciudadanos, que puede ser apoyada a nivel local por los municipios, los cuales no tienen por qué emplear muchos más recursos, basta con administrar mejor los existentes. Gracias a esta tarea de los municipios en aras de mejorar nuestra salud en materia de PREVENCIÓN, la calidad de vida de los ciudadanos incrementará, reduciendo los costes de nuestro sistema sanitario. Pero sin indicadores que orienten a los responsables públicos, esta tarea se volvería inmanejable.

En síntesis, el mapa de indicadores de salud cumple varios objetivos:

1º.- Ayuda a los/as responsables públicos a tomar mejores decisiones, asignando mejor sus recursos, al objeto de reducir los factores de riesgo para la salud de la ciudadanía.



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



2º.- Contribuye de manera relevante a la reducción de los costes del sistema sanitario, ayudando a la sostenibilidad del modelo actual. Una mejor salud de los/as ciudadanos/as, escalona de forma más suave la necesidad de acudir a centros de salud y hospitales, al consumo de medicamentos, etc.

3º.- Legitima al responsable público local frente al ciudadano en una época en la que ven cómo las limitaciones económicas pueden mermar su estado de salud. La ciudadanía debe sentir que los recursos del municipio contribuyen a su bienestar (sus parques, calles, instalaciones deportivas, eventos, etc.), en especial a una mejor salud. Con una buena salud los problemas se sobrellevan mejor, con salud se puede hacer frente mejor a las dificultades, con salud se superan más rápido los obstáculos, con salud se tiene energía para iniciar nuevos proyectos o apoyar a los que los inicien.

Las decisiones de calidad requieren información de calidad. El mapa de indicadores de salud no sólo ayuda a organizar esta información, también indica que información es necesaria y ofrece orientaciones para ayudar a tomar mejores decisiones. De igual forma, ofrece nuevas visiones del papel que cada área municipal desarrolla en esta materia, en muchas ocasiones sin saberlo y en otras podrían ser desarrolladas sin esfuerzo. Obtener esa información no es caro, de hecho existen muchas formas para que no lo sea, basta con la simple voluntad de los/as implicados/as.



ANEXO III

ASPECTOS TRATADOS EN LA SEGUNDA JORNADA RELATIVA A MEJORAS EN DEL MAPA DE INDICADORES A EFECTO DE EJEMPLO.

Las siguientes líneas pretenden ofrecer una muestra de algunos aspectos tratados en la segunda Jornada con el grupo motor. No pretende ser una lista exhaustiva, tan sólo deseamos que se aprecien algunos aspectos que han sido mejorados y originalmente afectaban a la variable “usabilidad” del mapa de indicadores.

PREGUNTAS GENÉRICAS:

1º.- PREGUNTA: Cuando se introduce información a veces pueden existir errores por parte del que pica los datos. El programa no da la posibilidad de corregir los fallos de este tipo.

ACCIÓN: Hemos trabajado en aspecto

2º.- PREGUNTA: No se sabe si el campo (casilla) se ha rellenado o no porque no se ve el dato

RESPUESTA: Originalmente se pensó que era mejor para que no hubiese reticencias entre concejalías a la hora de ofrecer información que sólo desean que sepa el alcalde.

ACCIÓN: De momento, cuando se graba queda en blanco la casilla, por lo que hemos agradecido que lo anoten, ya que tenemos una solución técnica que debemos evaluar.



PREGUNTAS RELATIVAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA:

1°.- PREGUNTA: Existen casos en los que interviene la policía nacional en lugar de la policía local.

RESPUESTA: Si la policía local no dispone de esos datos, debemos tener presente que deben ser casos en los que sean carreteras que circundan el municipio (carreteras nacionales), por lo que esos datos no podemos tenerlos en cuenta. Existirá un cierto error, pero estos accidentes, en general, no deben tener su origen en las causas habituales de accidentes dentro de la ciudad. Lo idóneo sería buscar los de la policía nacional si es posible, en caso contrario, de momento, trabajaremos con lo que tiene la policía local.

2°.- PREGUNTA: ¿Cuándo se habla de accidentes de niños que tramo de edad se considera?

RESPUESTA: Menores de 14 años

3°.- PREGUNTA: En el indicador de urbanismo se pregunta por PRODUCTOS, no queda claro.

RESPUESTA: Después de hablar de este tema lo corregiremos para indicar que se trata del número de productos. Así por ejemplo, si hay resaltos, rotondas y semáforos, se emplean 3 tipos de productos. El dato que hay que poner aquí es 3. No se debe escribir en este espacio, es un campo numérico, no alfanumérico.

4°.-PREGUNTA: ¿De qué fuentes de información se pueden obtener datos de los cursos de educación vial?

RESPUESTA: Existen datos, además de la policía local, de protección civil. Si alguien revela nuevas fuentes, sería interesante que lo indicase en el foro



FEDERACIÓN
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS



5º.- PREGUNTA. En el indicador EDUCACIÓN sucede que en algunos municipios existen patrocinadores de eventos, ¿se tendría en cuenta este dato?

44

RESPUESTA: La búsqueda de patrocinadores reduce la inversión del municipio que debería ser tenido en cuenta. Recogeremos este aspecto en el mapa. De momento, contad sólo la partida aplicada procedente de recursos públicos.

En Sevilla, a 30 de Diciembre de 2011

Fdo.: Antonio Nieto Rivera
Secretario General FAMP