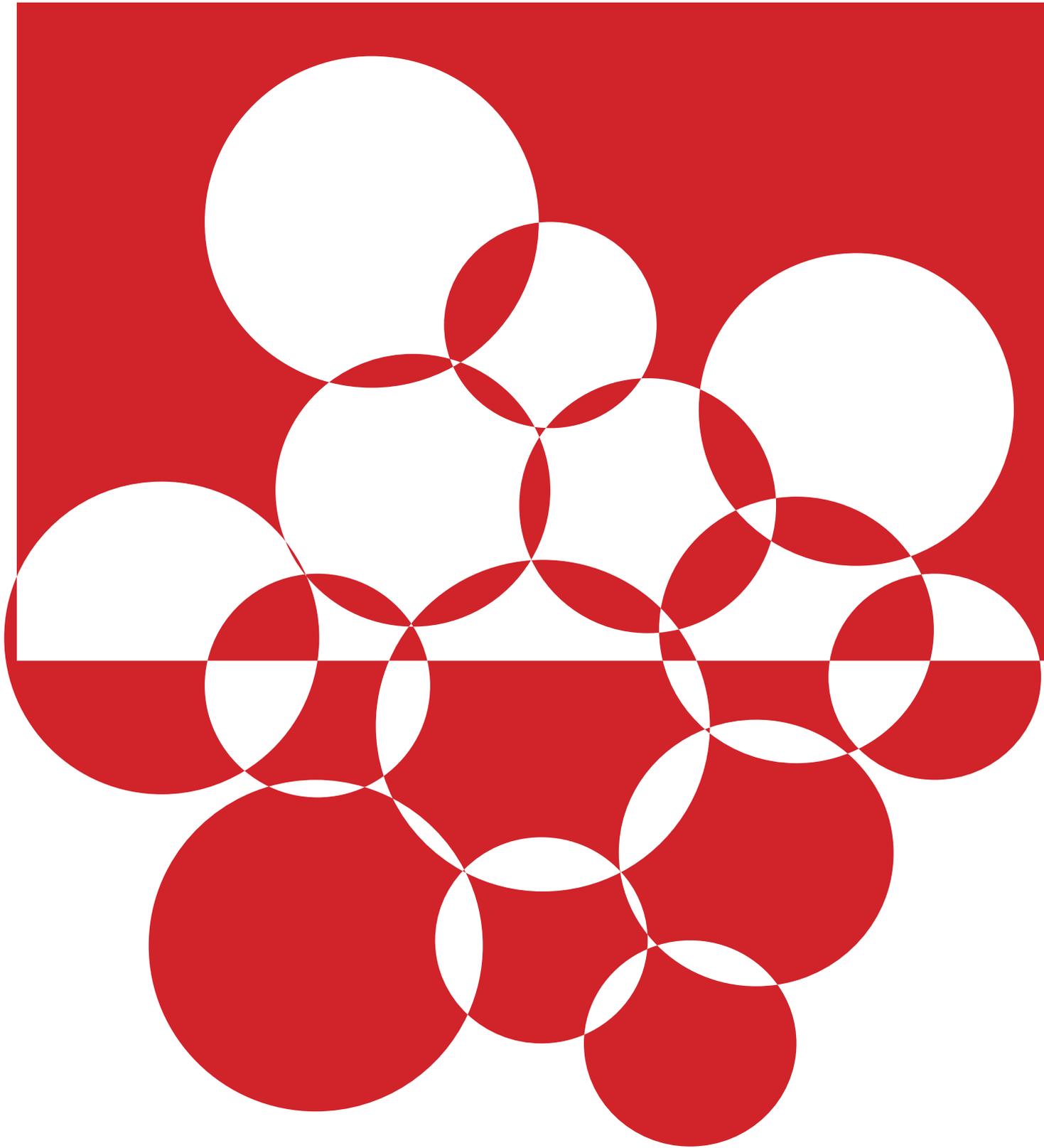




IV PLAN ANDALUZ DE SALUD

INDICE

PRESENTACIÓN.....	5
PUNTO DE PARTIDA:.....	9
SITUACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES EN ANDALUCÍA.....	9
1. Aspectos demográficos.....	9
1.1. Evolución de la población andaluza.....	9
1.2. Envejecimiento y dependencia.....	10
1.3. Inmigración.....	12
2. Condicionantes sociales de la salud (determinantes sociales).....	13
2.1. Situación económica y social.....	13
2.2. Nivel de renta y condiciones económicas de vida.....	13
2.3. Situación de empleo/desempleo.....	14
2.4. Condiciones de vivienda y el entorno urbanístico.....	15
2.5. Educación.....	16
2.6. Medio ambiente y salud.....	17
2.7. Desigualdades en la utilización de servicios de salud.....	20
3. Factores de riesgo, hábitos y estilos de vida.....	21
4. Situación de salud.....	24
5. Actividades y perspectivas del sistema sanitario público de andalucía.....	32
AVANZAMOS: IV PLAN ANDALUZ DE SALUD.....	41
Una sociedad más saludable, más justa y en desarrollo.....	41
Retos para la mejora de la salud en Andalucía.....	44
La salud, un derecho a garantizar.....	45
Compromisos.....	45
NOS COMPROMETEMOS.....	49
6 COMPROMISOS DE PRESENTE Y DE FUTURO.....	49
Compromiso 1: Aumentar la esperanza de vida en buena salud.....	49
Compromiso 2: Proteger y Promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.....	57
Compromiso 3: Generar y Desarrollar los Activos de Salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.....	63
Compromiso 4: Reducir las Desigualdades Sociales en Salud.....	71
Compromiso 5: Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los/las profesionales.....	75
Compromiso 6: Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.....	79
PUESTA EN MARCHA.....	85
LA IMPLICACIÓN DE TODOS LOS SECTORES.....	85
El IV PAS en la actuación autonómica y en los planes provinciales de salud y su desarrollo local.....	85
¿Cómo evaluaremos el IV Plan Andaluz de Salud?.....	93
LA EVALUACIÓN DEL IV PAS.....	93
CRÉDITOS.....	99
ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	125
BIBLIOGRAFÍA DEL GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	139



PRESENTACIÓN

Todo el mundo conoce la relación entre los hábitos de vida de las personas y su nivel de salud. Lo que no todo el mundo reconoce es la relación entre la salud de las personas y un buen número de circunstancias que no siempre están bajo su control: el medio social en el que se desenvuelven, el contexto político en el que se encuadra su historia de vida o el entorno socioeconómico en el que desarrollan su trabajo.

En este sentido, es un hecho que el compromiso de los diferentes gobiernos con la salud de las personas no responde siempre a los mismos valores ni a las mismas prioridades. Así, la mayoría de las políticas sanitarias públicas se centran en el abordaje más o menos completo de las enfermedades más frecuentes entre la población, alcanzando, en su mayoría, un elevado nivel de medicalización de la vida con pocos logros en la mejora real del nivel de salud colectiva. Pocas personas tienen en cuenta, sin embargo, la importancia de profundizar hasta los cimientos que construyen esa salud, con el objetivo de afianzarla sólidamente como valor capital de la sociedad a la que sirven.

Y esta es la apuesta que el Gobierno andaluz quiere hacer con este Plan de Salud, el IV Plan Andaluz de Salud de la comunidad autónoma de Andalucía.

En esta misma línea, la OMS ha publicado recientemente un marco teórico que explica por qué el nivel de salud varía de unas poblaciones a otras y define como elementos clave el contexto socioeconómico y político, así como la estructura social y la posición que adquiere cada persona en esa estructura. Una posición que viene determinada por factores como el género, la edad, el territorio en el que se vive e incluso el poder, entendido como la capacidad de influencia de la ciudadanía sobre su propia salud.

Por tanto, el nivel de salud de una sociedad está directamente relacionado con su nivel de cohesión: cuanto mayor sea el capital social de una comunidad, cuanto más equitativas las políticas sociales que se impulsen en ella, mejor será la salud individual y colectiva de la población y menores las situaciones de vulnerabilidad y desprotección.

Este complejo marco conceptual deja en evidencia que las situaciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que surgen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado.

COMPROMISOS DE GOBIERNO, METAS Y OBJETIVOS

Por tanto, cualquier política que quiera impulsar de lleno la mejora de la salud de una sociedad ha de abordar enérgicamente estos determinantes. Para ello, la estrategia contrastada de mayor impacto se denomina Salud en Todas las Políticas, es decir, la alianza entre todas las políticas de un mismo gobierno para lograr mejorar los determinantes estructurales de la salud, promoviendo el desarrollo armónico de todas las personas y grupos en la sociedad.

Este es el compromiso que adquiere el gobierno de Andalucía, una apuesta con mayúsculas por mejorar la salud de la población andaluza trabajando sobre los determinantes y las condiciones de vida que más le afectan, a través de la implicación de todas sus políticas. Un compromiso amplio que se traduce en seis metas concretas con idea de facilitar la rendición de cuentas a la ciudadanía y a sus representantes legítimos.

Seis objetivos que han adquirido los departamentos del gobierno de Andalucía a través de un intenso trabajo colaborativo entre todas las consejerías, y que se traduce en acciones concretas para su logro.

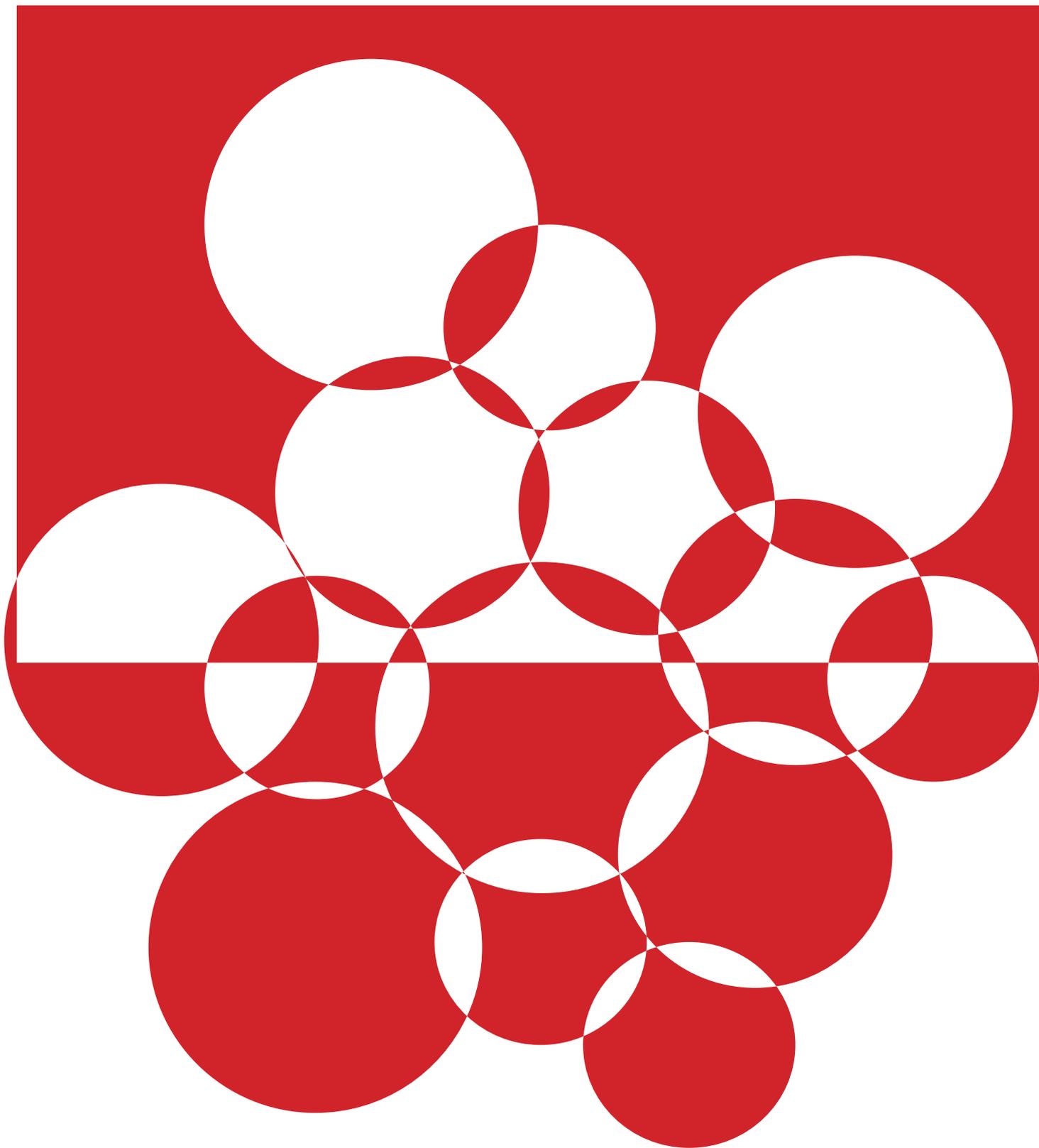
Es un honor para mí poder presentar este Plan como resultado del consenso de todos los departamentos de la Junta de Andalucía. Estoy convencida de que en su aplicación rigurosa se encontrarán las mejores vías para mejorar la salud, y en su evaluación participada se hallarán las áreas de mejora que, indudablemente, habrán de irse actualizando.

Valentía, rigurosidad y participación son las claves que destacan en la elaboración de este Plan. Quiero lanzar a toda la sociedad andaluza el reto de mantenerlas vivas durante todo su periodo de vigencia.

Enhorabuena a las personas que, desde cualquier responsabilidad, se han atrevido a asumir este reto social y político. Mi sincero agradecimiento por su participación a todas aquellas que configuraron grupos de trabajo, revisaron borradores e hicieron aportaciones de uno u otro tipo. Gracias, especialmente, a las asociaciones, ONGs y entidades sociales que, con su permanente colaboración, han ayudado a enriquecer este proyecto y con las que cuento para llevarlo a cabo y evaluarlo.

Con todo mi aprecio y reconocimiento a las generaciones que lo han hecho posible, les presento el IV Plan Andaluz de Salud, un instrumento valiosísimo para la defensa del derecho a la salud de todas las personas que viven en Andalucía y una garantía de equidad, bienestar y justicia social.

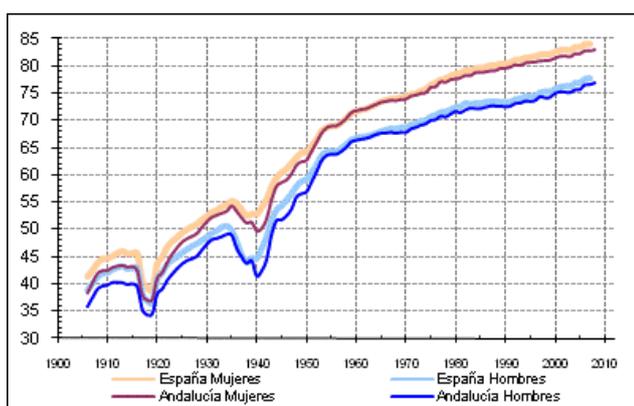
María José Sánchez Rubio
Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales



PUNTO DE PARTIDA: SITUACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES EN ANDALUCÍA

1. Aspectos demográficos

1.1. Evolución de la población andaluza



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía

estarán compuestos mayoritariamente por mujeres.

Este envejecimiento no es homogéneo. Los índices de envejecimiento más elevados se hallan en municipios de las provincias de Jaén y Córdoba, en el norte y este de Andalucía, coincidiendo con las zonas de mayor índice de ruralidad. La dependencia afecta más a las poblaciones pequeñas. Se constata que quienes más ayuda pueden necesitar viven más lejos de los flujos de recursos sociales que existen para hacer frente a la dependencia. Esto requerirá la habilitación de dispositivos de protección social móviles y contingentes que permitan asegurar unos mínimos niveles de apoyo a la dependencia rural.

Las previsiones del INE a 1 de enero de 2013, cifran la población andaluza en 8.394.209 habitantes, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma que más ha crecido desde el 2010.¹

La disminución de la fecundidad y el aumento de la supervivencia de las personas mayores están **modificando la estructura de edad de la población andaluza**. La esperanza de vida al nacer en 2011 alcanzó 78,1 años en los hombres y 83,7 años en las mujeres andaluzas. El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado **«envejecimiento del envejecimiento»**, o aumento porcentual del grupo de más de 80 años, un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad

¹ Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2011. INE: <http://www.ine.es/prensa/np788.pdf>

En Andalucía el envejecimiento es eminentemente femenino, y sus mayores índices se dan en zonas rurales

Además, las nuevas estructuras familiares, con núcleos cada vez más pequeños, redes de parentesco más reducidas y la integración de la mujer en el mercado laboral implican también un importante **cambio en la red de apoyo familiar**.

Por otro lado, un factor importante a considerar en el envejecimiento de la población, es el grado de buena salud de los años de vida que se ganan. **Andalucía es una de las Comunidades Autónomas con mayor incremento de la Esperanza de Vida Libre de Incapacidades (EVLI) y de Esperanza de vida en Buena Salud (EVBS)** entre 2002 y 2007. Cuanto mayor sea el número de años ganados en buena salud, menor será la necesidad de recursos sanitarios y sociales vinculados a los cuidados de larga duración, y mucho mayor la calidad de vida de la población mayor en nuestra comunidad autónoma.

Evolución de la EVBS en relación a la EV en España y en las CCAA

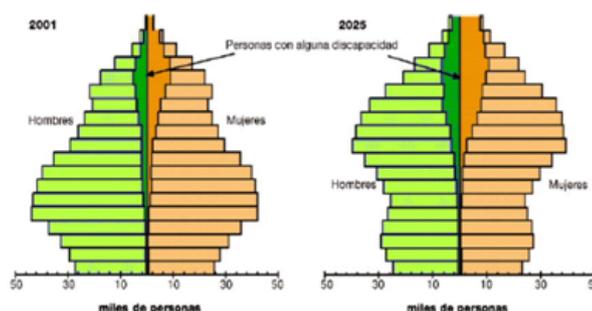
	EV en 2002 años	EV en 2007 años	EVBS en 2002 años	EVBS en 2007 años	Distancia EVBS 2007-2002 años	EV2007-EV2002	% incremento en EVBS/EV
España	79,4	81,1	55,1	55,3	0,2	1,7	11,76
Andalucía	78,3	79,8	51,2	54,8	3,6	1,5	240
Aragón	80,1	81,7	60,3	59,1	-1,2	1,6	-75
Asturias	79,2	80,4	50,9	53,8	2,9	1,2	241,66
Baleares	78,7	81,6	51,4	57,8	6,4	2,9	220,68
Canarias	77,7	80,4	47,5	54,5	7	2,7	259,25
Cantabria	79,8	81,1	54,7	59,6	4,9	7,1	6,87
Castilla-La Mancha	80,1	81,5	51,3	55,2	3,9	1,4	278,57
Castilla y León	80,8	82,1	59,5	61,3	1,8	1,3	138,46
Cataluña	79,1	81,6	56	55,2	-0,8	2,5	-32
Comunidad Valenciana	78,8	80,6	59,3	52,5	-6,8	1,8	-377,78
Extremadura	79	80,6	52,9	52,6	-0,3	1,6	-18,75
Galicia	79,5	81	48,6	47,8	-0,8	1,5	-53,33
Madrid	80,4	82,5	57,7	58,6	0,9	2,1	42,85
Murcia	78,6	80,5	54	50,7	-3,3	1,9	-73,68
Navarra	80,7	82,5	60,2	57,6	-2,6	1,8	-144,44
País Vasco	79,9	81,6	59,5	59,8	0,3	1,7	17,64
La Rioja	80,5	81,8	62,3	62,8	0,5	1,3	38,46
Ceuta y Melilla	78	79,5	51,2	52,8	1,6	1,5	106,67

Elaboración a partir de los datos de "Indicadores de Saud" Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm>

1.2. Envejecimiento y dependencia

Aproximadamente **el 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad**. En general, se estima que un 5,6% de la ciudadanía andaluza necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De cada 100 personas con dependencia, cerca de 70 son personas mayores de 65 años.

Población en Andalucía con alguna discapacidad en los años 2001 y 2025
Estimación a partir de la EDDDES 1999. INE



Por término medio, en Andalucía, los hombres viven 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que los hombres viven en promedio más años pero una parte importante de estos años los viven en situación de discapacidad.

Esta tendencia que incrementa el número de personas que requerirán cuidados de larga duración, común en otros países y regiones de la UE, va a obligar a considerar las políticas preventivas y de promoción de la salud que promuevan el mantenimiento de la salud y la autonomía de las personas. Y también, a reconfigurar las políticas y recursos sanitarios y sociales que mejoren los niveles de eficiencia en la atención a las personas mayores² esto es, que permitan redefinir la provisión de los cuidados, tanto desde los servicios de salud como de asistencia social, sea a través del apoyo familiar, informal y de atención domiciliaria o residencial.

Ley de Dependencia

En este sentido, la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia constituye en España un inestimable avance en la prestación de servicios sociales (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y plazas residenciales) y económicos (para el sujeto familiar que cuida o para la contratación de una asistencia personalizada de las personas mayores y con discapacidad).

Aunque es necesaria su mejora en equidad y en implantación, esta Ley del Estado pretende garantizar, por medio de las Comunidades Autónomas, el cuidado de las personas que no puedan valerse por sí mismas.

Principales datos de atención a la dependencia, a 31 de agosto de 2013

- En Andalucía hay actualmente 237.462 prestaciones, más del 25% del total de España, siendo la 1ª Comunidad Autónoma en número de prestaciones.
- El número de personas beneficiarias es de 173.642, que representan el 23% de las personas que están recibiendo una prestación en España.
- Más de 62.000 personas reciben en Andalucía dos o más prestaciones incluidas en la ley, como es el caso de teleasistencia, ayuda a domicilio o unidad de estancia diurna.

Fuente: http://compromisos20082012.junta-andalucia.es/principal_medida.php?id_medida=68

La ley sienta las bases para que en el ámbito doméstico las mujeres dejen de ser proveedoras casi exclusivas del cuidado de las personas en situación de dependencia. No obstante, si no se actúa en algunas de las situaciones que afectan simultáneamente a las relaciones de género en el ámbito doméstico y en las políticas de empleo, es más que probable que se mantenga la situación de feminización familiar en la atención a la dependencia.

Un reciente informe de la OCDE³ pronostica un importante incremento en las necesidades del gasto público en cuidados de larga duración como consecuencia de la evolución demográfica, y propone reformas en los modelos para su financiación:

- Se recomienda poner mayor atención en las personas cuidadoras familiares ya que suponen el soporte principal de estos cuidados. En este sentido, sugiere considerar: pagos directos, apoyo para equilibrar el tiempo dedicado a los cuidados con el de otras actividades, servicios para ofrecer “respiros” a personas cuidadoras, etc. así como formación y consejo.

La evolución demográfica supondrá en Andalucía un aumento del envejecimiento de su población y un mayor número y duración de situaciones de discapacidad y dependencia, sobre todo entre las mujeres

Según señalan algunos estudios, la inmigración ha tenido más impacto político que sanitario

² Projecting the impact of demographic change on the demand for and delivery of health care in Ireland. Richard Layte (ed.). Disponible online en www.esri.ie

³ Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OCDE. 2011

El sistema sanitario puede ser un dispositivo de integración social que reduzca desigualdades sociales en salud

Actualmente el riesgo de exclusión se distribuye de forma desigual en la población y es un fenómeno multidimensional

- Y recomienda desarrollar un sistema eficiente de cuidados formales de larga duración, y profesionalizar los cuidados.

Por otra parte, en el ámbito laboral, las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral necesitan ser rediseñadas desde la perspectiva de la equidad de género.

1.3. Inmigración

Según las previsiones del INE, a 1 de enero de 2013, en Andalucía residían 724.181 personas extranjeras, lo que supone un porcentaje sobre su población total del 8,6%. Ocupa, por tanto, la 12ª posición en el conjunto de comunidades españolas, muy por debajo de Illes Balears (20,1%), Comunitat Valenciana (16'8%), Región de Murcia (15,7%) y Comunidad de Madrid (14,7%).

Almería y Málaga acogen conjuntamente al 60,63% de la población extranjera residente en Andalucía, siendo la de Almería principalmente de origen africano y la de Málaga, de la Unión Europea. Con respecto a la totalidad de la población de cada provincia, un 20,8% de la población de Almería es extranjera y un 17,8% en el caso de Málaga.

La proporción de población extranjera en edad laboral sobre el total de ella alcanza sus máximos valores en Andalucía en las provincias de Sevilla y Huelva (84,26% y 84,14, respectivamente). Málaga, en cambio, es la que presenta menor porcentaje de personas extranjeras en edad laboral sobre el total del colectivo: un 69,78%, siendo, en cambio, la que contabiliza la mayor tasa de personas extranjeras mayores de 64 años (18,39%), sobre una media para el conjunto de Andalucía para este grupo de 10,68%.

La inmigración, en términos de salud pública no está suponiendo un gran impacto ni en la sostenibilidad del sistema sanitario ni en la recomposición del “mapa epidemiológico” en España y Andalucía. De momento su impacto ha sido más político que sanitario, como se deduce del reciente estudio de Moreno⁴ y Bruquetas, que afirman que:

“Los inmigrantes tienen en la actualidad mejor salud que la población autóctona, con una probabilidad entre un 30 y un 50% menor de declarar un estado de salud regular o malo, de sufrir una discapacidad o enfermedad crónica o experimentar limitaciones en su actividad diaria”

Este estudio apunta a que la causa fundamental de esta diferencia en el estado de salud subjetivo reside en la mayor juventud de estos grupos respecto a la población autóctona. *“Una vez éste deje de ser el caso, es de esperar que su estado de salud tienda a ser peor que el de la población autóctona por la mayor precariedad de sus condiciones de vida en nuestro país”*, añade.

Para prevenir ese escenario los autores proponen la eliminación de barreras para la consecución de una equidad de acceso real al uso de los servicios de salud; políticas de Salud Pública tendentes a mejorar sus condiciones de vida y de trabajo, -determinantes principales de su salud futura- así como la adecuada provisión de servicios de **Atención Primaria**.

Por otra parte, se debería aprovechar el potencial que los sistemas sanitarios poseen al convertirse en uno de los principales nexos de unión entre las poblaciones migrantes y las nuevas sociedades de acogida⁵. De ahí que el sistema sanitario puede ser un dispositivo de integración social que contribuya a reducir las desigualdades sociales en salud mediante la garantía de accesos y la prestación de una atención sanitaria de calidad a las poblaciones inmigrantes.

4 Inmigración y Estado de bienestar en España. Francisco Javier Moreno Fuentes, María Bruquetas Callejo. Colección Estudios Sociales Núm. 31. Obra Social “la Caixa”

5 Vázquez-Villegas, J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? Aten Primaria. 2006;37(5):249-50

2. Condicionantes sociales de la salud (determinantes sociales)

2.1. Situación Económica y Social

En el primer trimestre de 2013, la economía andaluza registró un descenso del 0,4% del PIB real, respecto al trimestre anterior, y del 2,6% respecto al mismo trimestre del año anterior. Estos resultados se producen en un contexto en el que en España, en el marco de políticas de austeridad para el cumplimiento del objetivo del déficit, se ha profundizado en el proceso de recesión, con una caída del PIB del 2,0% interanual.

En este periodo del 2013, se modera ligeramente el perfil de caída del empleo, en un contexto de cambio de tendencia del aumento de las personas activas, que vuelven a estar por debajo de los cuatro millones de personas, lo que lleva la tasa de paro hasta su máximo histórico, a pesar de un aumento record de la tasa de actividad. Según la Contabilidad Regional Trimestral de Andalucía (CRTA), el empleo, en términos de puestos de trabajo, disminuye un 5,2% interanual en el primer trimestre del año, medio punto menos que en el trimestre anterior, siendo la caída generalizada en todas las ramas de actividad.

Como resultado del aumento de la población activa y el retroceso de la ocupada, el número de personas paradas se ha incrementado, alcanzando el máximo histórico del 36,9% en el primer trimestre de 2013 (EPA), y se sitúa en casi 10 puntos porcentuales por encima de la tasa de paro para el total nacional (27,2%, también máximo histórico). Según el INE se observa una ligera mejoría de estas cifras en el segundo trimestre de 2013, con una tasa de paro de 35,8%⁶.

2.2. Nivel de renta y condiciones económicas de vida

En un contexto social cambiante, marcado por transformaciones profundas en el mercado de trabajo, la estructura familiar y las dinámicas de relación entre sus integrantes así como por algunos efectos de las políticas sociales, el perfil de las personas afectadas por situaciones de vulnerabilidad también se ha visto alterado.

Tradicionalmente estas situaciones se habían concentrado en las edades más avanzadas, provocadas por restricciones en la participación en el mercado de trabajo (por enfermedad, discapacidad, desempleo o abandono) o debido a la viudedad de las mujeres que se habían mantenido desvinculadas del ámbito laboral.

La exclusión social ha dejado de ser una condición fija o una característica personal o de un colectivo para convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad. Según el Informe de la Inclusión Social en España 2008 elaborado por Caixa Catalunya⁷, esta nueva lógica de la exclusión ha rejuvenecido notoriamente el perfil de la vulnerabilidad social. La infancia y la transición a la vida adulta son, en este sentido, nuevas etapas de riesgo. En la actualidad las dinámicas de exclusión tienen que ver, muchas veces, con procesos de formación de la familia, la estructura del hogar, condiciones de acceso y permanencia en el mercado de trabajo, además de la capacidad para conciliar las demandas de la esfera personal, familiar y laboral.

⁶ <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/economiainnovacioncienciaiyempleo/servicios/publicaciones/detalle/77008.html>

⁷ Informe de la Inclusión Social en España 2008; Fundació Caixa Catalunya – Obra Social; Coordinación general: Carmen Gómez Granell



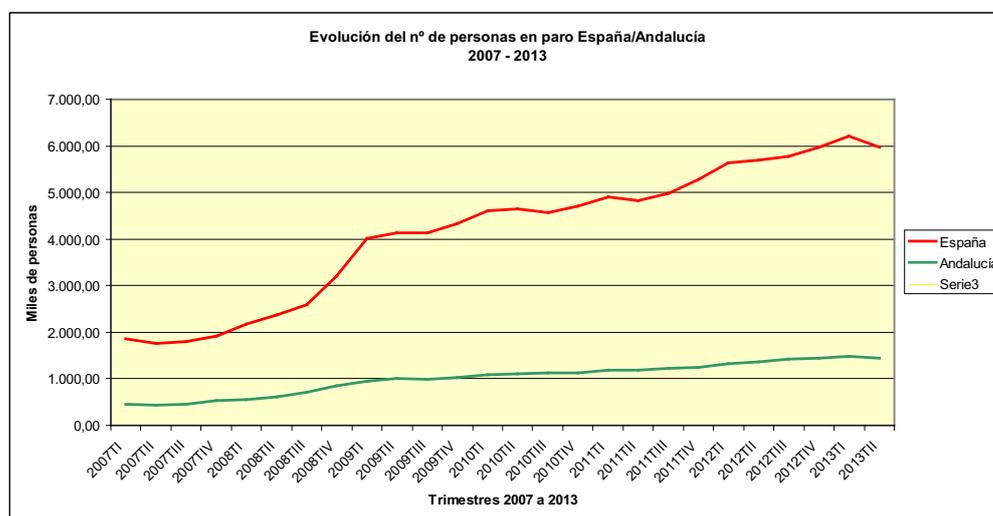
El descenso del empleo y el resentimiento de las rentas de los hogares pueden estar repercutiendo en los hábitos de vida y en la salud de la población

Las etapas del ciclo vital donde se concentra la exclusión económica en España son fundamentalmente tres: infancia, juventud y ancianidad. España es, a día de hoy, el país de la UE15 con las tasas más altas de pobreza infantil, y donde la edad de emancipación de la juventud se retrasa más.

El riesgo de exclusión se distribuye, por tanto, de forma desigual en la población, afecta de forma cambiante a las personas y suele producirse en diferentes ámbitos, ya sea de forma aislada o, más habitualmente, en una combinación en la que se superponen diversas formas de vulnerabilidad (multidimensionalidad del fenómeno de exclusión: económica, laboral, salud, educación).

2.3. Situación de empleo/desempleo

La crisis financiera global y la desaceleración de la actividad económica que ha propiciado afectan a la principal fuente de renta de las familias que es la derivada de su participación en el mercado de trabajo. Según datos de la EPA (Encuesta de Población Activa), desde finales de 2007 y hasta el segundo trimestre de 2013, la población parada en Andalucía se ha más que duplicado⁸.



Fuente EPA; Elaboración propia.

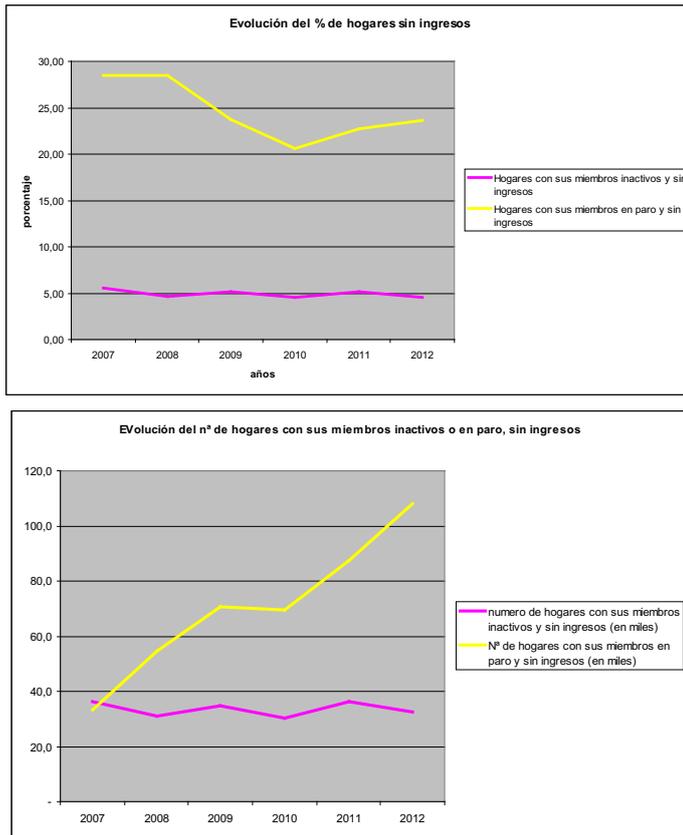
Este aumento del paro ha afectado especialmente a los hombres, entre 25 y 39 años, y según la nacionalidad, en términos relativos, el crecimiento del paro ha sido más intenso en las personas extranjeras (186,4%), si bien, en términos absolutos, el mayor incremento ha sido de la población española (84,9% del aumento total) y las personas cuyo nivel de formación máximo alcanzado ha sido la educación obligatoria.

Finalmente, el impacto de la crisis ha sido claramente amortiguado por el sistema de protección al desempleo y por el resto de las redes de protección social pública que han conseguido que a pesar de que el número de hogares que teniendo personas activas o inactivas en el hogar declaran no recibir ningún ingreso regular se haya incrementado, su porcentaje haya sido claramente reducido hasta 2010. Es preciso prestar atención a la evolución de este tipo de protección en Andalucía ya que en el periodo 2010-2012 el número de hogares con todas las personas activas en paro ha crecido en 38.700.⁹

⁸ Encuesta de Población Activa (EPA); Segundo trimestre de 2013. INE; <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0213.Pdf>

⁹ Encuesta de Población Activa (EPA); Tercer trimestre de 2011. INE; <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0311.pdf>

Se hace necesario profundizar en los efectos de la crisis económica sobre la salud y la calidad de vida



FUENTE: IEA. Explotación de la Encuesta de Población Activa del INE; Elaboración propia.

La “Encuesta de Condiciones de Vida” (ECV) del 2012 muestra, con datos del 2011, que el porcentaje de personas que se encuentra por debajo del umbral de la pobreza moderada en España es del 21,1%. Si se considera el valor del alquiler imputado, la tasa de riesgo de pobreza se reduce hasta el 18,4% en el año 2012. Andalucía presenta una de las mayores tasas de pobreza relativa (31,7%; 21,6% si se considera el valor de umbral de Andalucía). Siendo mayor este porcentaje en las mujeres (32,4%/22,1%) que en los hombres (30,9%/20,1%).

2.4. Condiciones de vivienda y el entorno urbanístico

Las ciudades andaluzas comparten un conjunto de características propias de la ciudad mediterránea: un tipo de ciudad compacta, compleja, eficiente y multifuncional. Este modelo de ciudad genera espacios de sociabilidad, crea un territorio con cercanía a los servicios, propicia el encuentro de actividades y permite el desarrollo de la vida en comunidad. Los desarrollos urbanos residenciales de estos últimos 15 años han roto con la tradición de la ciudad compacta, abrazando un modelo de ciudad dispersa o difusa, consumista de territorio, basada en la movilidad del transporte privado, con un mayor consumo energético, aumento de la contaminación atmosférica, ruido etc. que tienen un impacto negativo sobre la salud de su vecindad, lo que nos obliga a un replanteamiento de este modelo de crecimiento.

Tabla 1. Evolución del porcentaje de hogares que refieren problemas ambientales en la vivienda en Andalucía. Periodo:2007-2011

	2007	2011
Luz insuficiente	9,9%	6,1%
Ruidos producidos por la vecindad o de la calle	29,3%	18,9%
Contaminación y otros problemas ambientales	15,5%	9,1%
Delincuencia o vandalismo	18,6%	12,3%
Ningún problema	54,3%	70,4%

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. . Explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE.

Es importante mejorar nuestras ciudades, su habitabilidad, hecho que repercutiría en la salud de la ciudadanía

Al igual que ocurre en el territorio español, la mayoría de los hogares andaluces tienen **vivienda en propiedad** (83,2%). Un alto porcentaje (9,5%) goza de cesión gratuita de la misma. **El nivel de satisfacción** con la vivienda en los hogares andaluces es similar en Andalucía que en el estado Español (un 63,5%). Con respecto a las **condiciones de hábitat**, el 21,3% de los hogares andaluces no disponen de temperatura adecuada durante los meses fríos (mientras en España es el 12,8%) y el 25% no dispone de temperatura adecuada en verano.

La revitalización urbana es imprescindible para mejorar nuestras ciudades, sus condiciones de habitabilidad y por tanto la salud de la ciudadanía. Todo ello, si queremos que nuestras ciudades puedan satisfacer su función de motor de progreso social y crecimiento económico, tal y como se describe en la Estrategia de Lisboa¹⁰.

Además, los nuevos retos planteados a nivel global, como son el cambio climático, la reducción de consumos energéticos, el respeto ambiental, la reducción de la contaminación atmosférica, el reciclaje de residuos, entre otros, nos obligan a diseñar y construir viviendas y ciudades más sostenibles desde un punto de vista medioambiental, social, económico y también a plantear nuevos modelos de gestión urbana adecuados a dichos retos.

Existe relación entre el nivel educativo y/o clase social y la mejor salud y calidad de vida

2.5. Educación

En el curso 2008-2009 la **tasa de escolarización de menores** de 3 a 5 años fue del 98%, y la tasa neta de personas escolarizadas de 16 a 17 años en bachiller del 43%. El **nivel de instrucción** en Andalucía estaba por debajo del nivel de la población española. Las tasas de escolarización en las etapas no obligatorias han experimentado un crecimiento considerablemente en los últimos años, así el porcentaje de menores escolarizados en 2 y 3 años es 55,9% y 97% respectivamente en el curso 2011-12, valores superiores a los registrados en España a estas edades. Por otro lado, el 96% de los chicos y chicas estaban escolarizados a los 16 años. En el curso 2012-13 se encuentran matriculados 1.575.870 alumnos y alumnas en enseñanzas generales. Un 75,1% de las matrículas se realizan en centros públicos y un 24,9% en centros privados. Un 5,1% es alumnado extranjero.

Las etapas de educación infantil (24,1%), primaria (35,6%) y secundaria (23,4%) engloban el grueso del alumnado. Un 6,9% se encuentra matriculado en algún ciclo de formación profesional y un 7,7% en bachillerato.

TASAS NETAS DE ESCOLARIDAD	1991-92	2011-12
A los 16 años		
Andalucía	68,6%	95,7%
España	75,2%	92,4%
A los 17 años		
Andalucía	58,6%	85,4%
España	66,6%	86,2%
A los 18 años		
Andalucía	30,7%	42,4%
España	35,9%	41,9%
PORCENTAJE FINALIZACIÓN DEL BACHILLERATO	1999-2000	2011-12
Andalucía	43,9%	47,1%
España	45,1%	50,3%

Fuente: Consejería de Educación

¹⁰ Estrategia de Lisboa. Conclusiones de la presidencia. Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000, accesible desde la página del Consejo Europeo: http://www.consiliium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/00100-r1.eso.htm

Los principales contaminantes atmosféricos en Andalucía se deben al tráfico

Que las personas jóvenes continúen con sus estudios y evitar así el abandono escolar es el principal reto de la educación en España y en Andalucía. Según los últimos datos en España el 31,2% de jóvenes de entre 18 y 24 años no ha completado el nivel de Educación Secundaria Post-Obligatoria y no sigue estudiando. Por comunidades autónomas, Illes Balears (40,8%), Andalucía (37,5%), Murcia (37,3%), Ceuta y Melilla (36%), son las que tienen peores tasas, mientras que País Vasco (16%), Navarra (19,8%), Asturias (21,1%) y Cantabria (23,9%), las que disponen de mejores datos.

Para combatir esta situación se puso en marcha el Plan de Acción Español 2010-2011 en materia educativa, mediante distintos programas entre los que destacan el impulso de los Planes PROA o el establecimiento de contratos programa con aquellos centros que desarrollen iniciativas para combatir el abandono escolar. Además, en Andalucía se puso en marcha la iniciativa de Becas de Segunda Oportunidad para jóvenes en situación de desempleo. El objetivo de esta ayuda al estudio es dar una segunda oportunidad recuperando para el sistema educativo a personas jóvenes que no completaron sus estudios y ahora se encuentran fuera del mercado laboral, para que puedan completar sus estudios de ESO, Bachillerato o Ciclos Formativos de Grado Medio, facilitando la obtención de una titulación. En 2012 y 2013 la política de becas esta siendo reformada en sentido regresivo por el gobierno del Estado.

Efectos en la salud de las políticas de educación en Andalucía

Desde el campo de la salud pública está bien acreditada la relación entre el nivel educativo y/o clase social y la mejor salud y calidad de vida¹¹. Además, la población con mayor nivel de instrucción conoce más y mejor las formas de evitar riesgos o el acceso a los recursos sociosanitarios, por lo que es deducible que el nivel de salud puede ser el principal beneficiario de la generalización de un mayor nivel educativo. Si esta relación es acertada, la variación en los efectos de las políticas educativas va a tener reflejo en buena parte de los indicadores de salud y de calidad de vida.

Los factores interdependientes que actúan desigualmente sobre el rendimiento y la trayectoria escolar serían, a grandes rasgos: los que configuran el ámbito escolar, las del entorno tanto familiar, como el económico y social; el nivel de formación de padres y madres; y la interacción con las expectativas de agentes principales: estudiantes, profesorado y padres y madres. Asimismo, influyen en los indicadores las políticas educativas que abordan la gestión de las repeticiones de curso y los métodos pedagógicos. De manera resumida se puede concluir que:

- Es más importante la composición sociocultural de las poblaciones atendidas en las escuelas que los recursos dedicados o el gasto en enseñanza.
- La situación de desigualdad en el rendimiento académico de la población escolar está relacionado con el nivel educativo familiar.
- el tiempo dedicado en los hogares monoparentales y en los de menores ingresos a los deberes es mucho menor que en otros hogares más favorecidos. Por lo que la realización de los deberes en el propio colegio, con el profesorado, tutores o similares, reduciría la situación de desigualdad familiar que condiciona el rendimiento.

2.6. Medio ambiente y salud

Se ha estimado que en los países industrializados un 20 % de la incidencia total de

¹¹ Benach, J; Amable, M. Las clases sociales y la pobreza. Gac. Sanit 2004; 18 (Supl 1):16-23.

La mortalidad diaria en las ciudades andaluzas está relacionada con temperaturas mínimas y máximas alcanzadas

enfermedades pueden atribuirse a factores medioambientales¹². En Europa una proporción significativa de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el grupo en edad infantil son atribuibles a la contaminación del aire interior y exterior.

Calidad del Aire

La calidad del aire está fundamentalmente determinada por el **tráfico de vehículos, y en algunas zonas, por la actividad industrial**. Los **principales contaminantes atmosféricos** en Andalucía son las **partículas en suspensión y el ozono troposférico**, que con carácter general y en el medio urbano se deben al tráfico. A lo largo de 2009, el porcentaje de días con situación de calidad del aire admisible alcanzó el 88% de los valores de calificación (85% en 2008 y 78% en 2007), obtenidos en la mayor parte del territorio andaluz. No obstante, esta tónica general presenta excepciones en Bailén, Córdoba, Málaga y en la Costa del Sol, en las ciudades de Granada y Sevilla y sus respectivas áreas metropolitanas. El **ozono** es el contaminante implicado en la mayoría de episodios de superaciones de valores límite y umbrales de calidad del aire ambiente.

Los estudios realizados en zonas de alta industrialización de Andalucía ponen de manifiesto que aunque **los niveles de exposición a sustancias como el arsénico, metales o benceno** son significativamente más elevados que en zonas no industrializadas, **están por debajo** de los niveles recomendables en la normativa o por instituciones internacionales.

Calidad del Agua

En 2012, los problemas de abastecimiento de agua de consumo afectaron al 1,64% de la población, reduciéndose la cifra desde el 2,04% de 2007. En cuanto a la calidad del agua de las costas Andaluzas un 96% de aguas de baño marítimas presentaron en el año 2012 la calificación de “excelente” (programa de vigilancia de aguas de baño de la Consejería de Salud y bienestar Social).

Ruido

En los datos del Ecobarómetro de Andalucía correspondientes al año 2012 el **ruido se percibe como el segundo problema local que más preocupa a la población andaluza**, por detrás de la suciedad de las calles. Aparte de emisiones focalizadas y temporales, la principal fuente de emisión acústica urbana en las ciudades andaluzas mayores de 50.000 habitantes es el tráfico terrestre.

Temperaturas extremas

Es conocida la relación que la temperatura tiene con la morbilidad y mortalidad. Según las previsiones de cambio para el período 1950-2100 realizadas por el IPPC (Intergovernmental Panel on Climate Change) se producirán cambios climáticos, entre los que destaca:

- la existencia de temperaturas máximas y mínimas más elevadas,
- más días de intenso calor y menos días helados en la mayoría de las regiones continentales y
- más precipitaciones intensas en la mayoría de las regiones.

Los informes anuales de evaluación del Plan Andaluz frente a los efectos de la tempe-

¹² Kirk R. Smith, Carlos F. Corvalán and Tord Kjellström. How Much Global Ill Health Is Attributable to Environmental Factors? *Epidemiology*; 1999;10:573-584.

raturas elevadas sobre la salud, han puesto de manifiesto que el número total de urgencias atendidas asociadas a los periodos de ola de calor, y su diferencia con respecto al mismo periodo en la semana anterior, aumentaron hasta un 36.6% en los días posteriores a periodos con temperaturas excesivas. Como se ha mencionado previamente, el 25% de los hogares andaluces no dispone de temperatura adecuada en verano. La mortalidad diaria en las ciudades andaluzas, especialmente en personas ancianas frágiles, está relacionada con las temperaturas máximas o mínimas alcanzadas.

Los alimentos son fuente de enfermedad para la ciudadanía debido a: pesticidas, toxiinfecciones, brucelosis, contaminantes químicos, plaguicidas, alergias

Alimentación e inocuidad (seguridad) de los alimentos

El riesgo alimentario que la población andaluza considera más habitual es el de los residuos de pesticidas en frutas y verduras, a gran distancia del segundo riesgo que es la falta de higiene en los alimentos. Entre los alimentos que generan en Andalucía más confianza destacan enormemente los “frescos sin envasar” (62%) si bien es en éstos donde se producen los episodios de detección de residuos de fármacos o drogas en carnes o de plaguicidas en vegetales.

Un 20% de la población andaluza dice haber pasado algún episodio de Toxiinfección alimentaria (TIA), mientras que según la información notificada al SVEA, en 2012 se notificaron 170 brotes de TIA con un total 1371 personas afectadas, suponiendo un 45,8% del total de alertas epidemiológicas anuales en Andalucía). No obstante este hecho expresa la importancia que otorga la ciudadanía a los alimentos como responsables de enfermedad. En Andalucía los agentes causales de las TIA son los mismos que en el resto de Europa, manteniéndose la tendencia al alza de brotes producidos por *Campylobacter*, en tanto que *Salmonella* mantiene su tendencia a la baja.

El **control de las zoonosis** sólo es posible desde un compromiso de todos los sectores que intervienen en la cadena alimentaria y requiere un enfoque holístico del problema. De este modo se está abordando, desde el pasado 2008, el problema de la erradicación de salmonella en gallinas ponedoras, donde las medidas esenciales de control llevadas a cabo por la Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente, son complementadas por las medidas de seguimiento y retirada de huevos procedentes de manadas positivas a salmonella (enteritidis y typhimurium) de los mercados, realizada por los servicios de control oficial de la Consejería de Igualdad, salud y Políticas Sociales en un programa perfectamente coordinado.

Como resultado de dicho programa se han evitado que entren en el mercado o bien se han retirado del mismo, los huevos procedentes de las granjas diagnosticadas como positivas a salmonella (cuyos animales fueron sacrificados) en las siguientes ocasiones: 13 en 2011; 10 en 2012 y 3 hasta agosto de 2013.

Los brotes de brucelosis, sometidos desde hace años a intervenciones coordinadas de similar naturaleza, en la actualidad puede afirmarse que ha dejado de ser una zoonosis de importancia como problema de salud pública en Andalucía, pues desde 2009 hasta 2012 el número de brotes registrados por año ha sido 1 en 2009, 2 en 2010, 3 en 2011, ninguno en 2012, y en 2013 se produjeron 2 brotes con 35 afectados en total). (Fuente: redalerta)

En los últimos años se ha reducido el número de alertas alimentarias tramitadas en España:

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº ALERTAS	293	209	186	188	167	161

En cuanto al origen, el mayor porcentaje de ellas (las cifras oscilan alrededor del 50% en estos años), corresponde a peligros de carácter químico, aunque hay que decir que los contaminantes químicos presentes en los alimentos son, a menudo, conse-

El tabaquismo se asocia con mortalidad por cáncer y con enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En los últimos años las acciones puestas en marcha han reducido los datos

cuencia de la contaminación ambiental. Por ejemplo, durante 2012, de las 161 alertas alimentarias tramitadas 80 tuvieron como origen peligros de carácter químico (de las cuales el 6% corresponden a plaguicidas) y 43 peligros de carácter biológico. (AESAN Memoria 2012)”.

En los últimos años la prevalencia de las **alergias alimentarias** ha despertado un gran interés. Actualmente, se estima que el 2-4 % de las personas adultas y el 6 % de menores sufren algún tipo de alergia alimentaria. Aunque en teoría todos los alimentos pueden provocar una alergia alimentaria, en Europa hay 14 alérgenos alimentarios que representan la mayor parte del riesgo de alergias, por lo que su inclusión en el etiquetado nutricional ya está legislada. A pesar de que hoy sabemos más que nunca sobre las cuestiones relacionadas con los procesos alérgicos y sobre los alimentos que las producen, las alergias alimentarias siguen siendo un tema complejo y de difícil control, sobre el que hay que continuar avanzando.

Desde 2009, se realizan programas específicos de control de estos alérgenos en alimentos comercializados en Andalucía, de tal manera que para el Gluten se han tomado las siguientes muestras:

EVALUACIÓN GLUTEN 2010-2012						
	2010		2011		2012	
	Nº Muestras	Positivos	Nº Muestras	Positivos	Nº Muestras	Positivos
TOTAL	110	1	78	0	82	3

Se entiende como muestras positivas aquella en la que se detectan contenidos en gluten no declarado, o con niveles superiores al declarado en el etiquetado

Por otro lado también desde la misma fecha se dispone de programas específicos de control y vigilancia de Alérgenos, cuyos principales datos son los siguientes

EVALUACIÓN ALERGENOS 2010-2012						
	2010		2011		2012	
	Nº Muestras	Positivos	Nº Muestras	Positivos	Nº Muestras	Positivos
TOTAL	175	25	176	3	135	14

Se entienden como positivos aquellas detecciones de alérgenos que están presentes en la muestra y no están declarados en el etiquetado.

Globalización del mercado y nuevas formas de comercialización

La aparición de **nuevos canales de comercialización de productos alimenticios** - el 8% de la población española compra alimentos por Internet y el 25% de distribuidores los oferta por esta vía - hace necesaria una adaptación de los servicios oficiales, con el fin de garantizar el control de los productos comercializados en los mismos. La **creación de unidades virtuales de control**, que tengan como misión explorar aquellas actividades relacionadas con la seguridad alimentaria, con el objetivo de poner de manifiesto los potenciales riesgos para la salud de la población que de los productos ofertados pudieran derivarse, es hoy una necesidad que debe contemplarse.

2.7. Desigualdades en la utilización de servicios de salud

En Andalucía coexisten patrones de uso de los servicios sanitarios compatibles con

las desigualdades sociales y otros con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema.

Por ejemplo, no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de servicios de hospitalización, urgencias, consumo de medicamentos; pero se observa un mayor acceso a servicios preventivos, como salud bucodental, revisiones ginecológicas o pruebas de cribado del cáncer entre las personas con nivel educativo más alto y menor dificultad económica. Igualmente, los servicios, como la consulta médica de Atención Primaria, son más usados por las personas de menor nivel educativo.

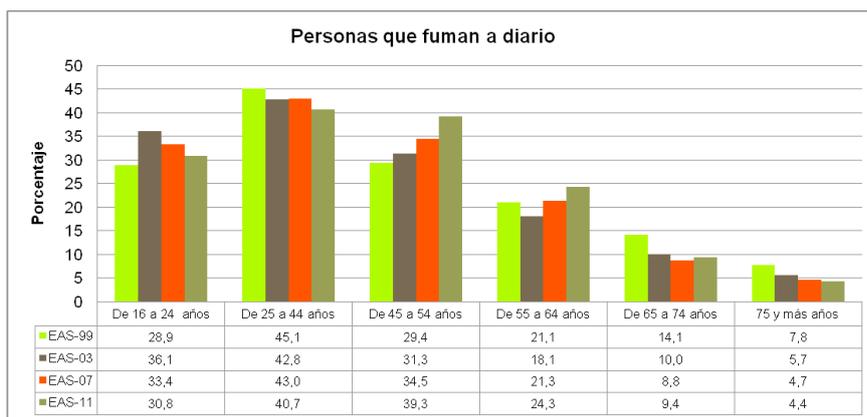
Estos hallazgos pueden estar reflejando el **potencial de un sistema sanitario público para corregir desigualdades en el acceso a los servicios.**

3. Factores de riesgo, hábitos y estilos de vida

Tabaquismo en Andalucía

La prevención del tabaquismo es la actuación de salud pública más importante que se puede realizar para la prevención del cáncer, de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. El hábito del tabaquismo se asocia con la incidencia y la mortalidad por cáncer y con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Al tabaquismo se le atribuye un tercio de todas las muertes por cáncer, en torno a un 31% de los casos de Enfermedades Cardiovasculares en hombres y un 7% para mujeres. Está constatado que dejar de fumar evita en gran medida el exceso de riesgo debido al tabaco, incluso en la edad adulta.

En Andalucía las encuestas nacionales y andaluzas de salud ponen de manifiesto el descenso del hábito del tabaquismo, especialmente en hombres, durante los últimos 20 años, que se ha acompañado además de un descenso en la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón.



En el año 2011 el 30,9% de la población andaluza manifestó consumir tabaco a diario, porcentaje superior en hombres (36,8%) que en mujeres (25,2%). El porcentaje de población que consume tabaco a diario es similar que en el año 2007, aunque continúa la tendencia a igualarse el consumo de tabaco entre ambos sexos a expensas del abandono entre los hombres y el continuado ascenso del consumo en las mujeres. Entre los hombres ha pasado del 39,4% 2007 a 36,8% en 2011, mientras que en las mujeres pasó de 23,1% a 25,2%.

Los valores mas elevados en la prevalencia de tabaquismo se concentran entre los

El consumo excesivo de alcohol y el número de personas que beben con regularidad más de una vez al mes ha aumentado desde 2007

16 y 64 años en los hombres y entre los 16 y 54 años en mujeres. El pico máximo se alcanza entre los 25 y 44 años y 45 a 54 años (40,7% y 39,3% respectivamente). A partir de los 65 años disminuye la prevalencia de tabaquismo, siendo entre los 65 a 74 años del 9,4% y 4,4% a partir de los 75 años.

En el año 2011 la edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en 16,4 años en los hombres y 17,6 años en las mujeres. La evolución de la edad media de inicio en el consumo desde 1999 hasta 2011 se mantiene estable en torno a los 17 años para el conjunto de la población, y para hombres y mujeres. Sin embargo, entre los que tienen menos de 24 años, se observa un descenso progresivo en la edad de inicio del consumo; en 1999 era de 16,4 años y en 2011 fue de 15,5 años. El inicio del tabaquismo en las edades más jóvenes es menos frecuente con un mayor nivel de renta, de estudios y entre clases sociales más favorecidas.

En el año 2011 el 47,7% de la población andaluza manifestó haber intentado **dejar de fumar** en alguna ocasión, el porcentaje es superior en mujeres (51,0%) que en hombres (45,1%) y en personas con edades comprendidas entre 45 y 64 años. Las personas de clase social más desfavorecida intentaron en menor proporción dejar de fumar en alguna ocasión (47,5%) que respecto a las clases sociales superiores (51,6% clase social I y II y 52,6% clase social III).

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud en 2003, mostraban que el 29,6% de quienes acudieron al personal médico de atención primaria recibieron **consejo para dejar de fumar**. Este porcentaje fue del 33,9% en 2007 y es del 53,62% según los datos provisionales de la primera oleada de la Encuesta Andaluza de Salud de 2011^{*13}.

Consumo de alcohol en Andalucía

En cuanto al **consumo de bebidas alcohólicas**, el porcentaje de personas en Andalucía que se declara abstemia ha pasado de un 39,12% en 2007 a 55,5% en 2011. Esta tendencia se replica en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Además **se incrementa el número de personas que beben con una regularidad de más de una vez al mes** (en la muestra global pasamos de un 41,8% a un 44,4%). Según grupos de edad, el que presenta un mayor aumento entre 2007 y 2011, entorno a un 13%, es el grupo comprendido entre 45 y 64 años.

Por su parte, el consumo excesivo de alcohol ha aumentado desde 2007 en las provincias de Almería, Cádiz, Huelva y Málaga y especialmente entre los hombres.

Consumo de fruta y verdura en la población andaluza

El 85,4% y el 75,1% de la población residente en Andalucía manifestó consumir al menos tres veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente. Para ambos productos se observa un mayor porcentaje de consumo en el caso de las mujeres que en el de los hombres, habiendo experimentado un aumento en su consumo en 2011 respecto a 2007 (78,9% y 67% respectivamente).

El consumo aumenta progresivamente con la edad, desde un 75% para las frutas y 57% para el consumo de verduras y hortalizas en el grupo de 16 a 24 años, hasta un 95,2% y un 85,3% respectivamente en el grupo de 75 o más años.

El consumo de verduras y hortalizas aumenta a medida que lo hace tanto el nivel de renta como el nivel de estudios.

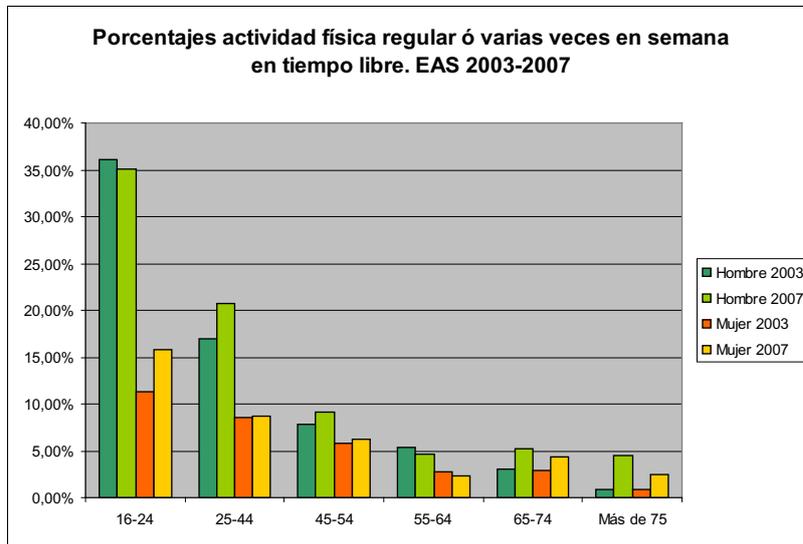
¹³ Sánchez-Cruz, A Daponte, A Cabrera et al. Encuesta Andaluza de Salud. Junta de Andalucía: Secretaría General de Salud Pública, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (años 2007 y 2011 (1ª oleada))

El consumo de fruta y verduras aumenta con la edad, y el de verduras y hortalizas aumenta a mayor nivel de renta y de estudios

Actividad física en la población andaluza

En 2011 las personas que no realizan ejercicio físico durante el tiempo libre asciende al 26,8%, siendo menor en hombres (22,3%) que en mujeres (31,1%). Es llamativo el descenso del sedentarismo en tiempo libre que se viene produciendo desde 2003. En 2003 era un 52,9% y en 2007 un 43,1%. Este descenso del sedentarismo se ha producido en todos los grupos de edad.

A mayor nivel de renta y de estudios, menor sedentarismo y mayor actividad física regular



Las diferencias de género desaparecen a partir del grupo de edad de 45 a 54 años.

Se observa un patrón de menor sedentarismo y mayor frecuencia de actividad física regular a medida que aumenta el nivel de estudios y de ingresos.

Sobrepeso, Obesidad

Desde 1999 se observa, tanto en hombres como en mujeres, un aumento en el porcentaje de personas con exceso de peso (48,9% en 1999, 51,1% en 2003, 53,5% en 2007 y 59,7% en 2011). La obesidad también aumentó desde 2007 a 2011 del 12,2% al 16,2% en los hombres y de un 14,9% al 21,3% entre las mujeres. Este incremento se refleja en todos los grupos de edad. La frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población andaluza aumenta con la edad tanto para hombres como para mujeres los grupos de edad con mayor prevalencia (superior al 60%) están entre los 45 y 75 o más años. Mientras que el sobrepeso es más frecuente en los hombres (48,8%) que en las mujeres (32,9%), la prevalencia de obesidad es algo superior en las mujeres (21,3%) frente a los hombres (16,2%).

El patrón de sobrepeso en Andalucía está fuertemente explicado por las condiciones de vida de los distintos grupos sociales. Las desigualdades en la prevalencia de obesidad varían en función de diferentes indicadores de posición social. Su frecuencia aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos, siendo en 2011 del 44,8% entre la población con mayor nivel de estudios y de un 68,4% entre menor nivel de estudios; de un 51,9% en el grupo de población de renta más elevada; del 66,9% en el de menor renta y de un 50,4% entre las personas que pertenecen a clase sociales mas favorecidas frente a un 62,7% entre quienes pertenecen a clases menos favorecidas o sin empleo.

En el futuro habrá que extender las iniciativas existentes destinadas a la promoción de la vida activa y de una dieta saludable y será preciso orientarlas con la perspectiva de reducción de las desigualdades que se observan.

En los últimos años ha aumentado el número de personas con exceso de peso y con obesidad. A menor nivel de ingresos y de estudios, mayor es su frecuencia

4. Situación de salud

Salud Percibida

En el año 2012, un 79% de la población andaluza percibía su salud como buena o muy buena y solo el 3,4% declaró tener una mala o muy mala percepción de su salud, siendo en las mujeres donde se percibió la mala salud en mayor porcentaje (4,6% frente al 2,2% de los hombres). Se observa una relación directa entre la percepción de mala salud y la edad de la persona encuestada; los porcentajes aumentan progresivamente desde un 0,4% en personas de 16 a 24 años hasta un 15,4% en mayores de 75 años.



Tanto en hombres como en mujeres se ha producido un descenso en los porcentajes de personas residentes en Andalucía que tuvieron una percepción de mala salud, siendo un poco más acusado entre los hombres que entre las mujeres.

Las personas con nivel de estudios primarios, o menor nivel de ingresos económicos, fueron los que tuvieron en mayor porcentaje una peor percepción de su salud.

Carga de Enfermedad

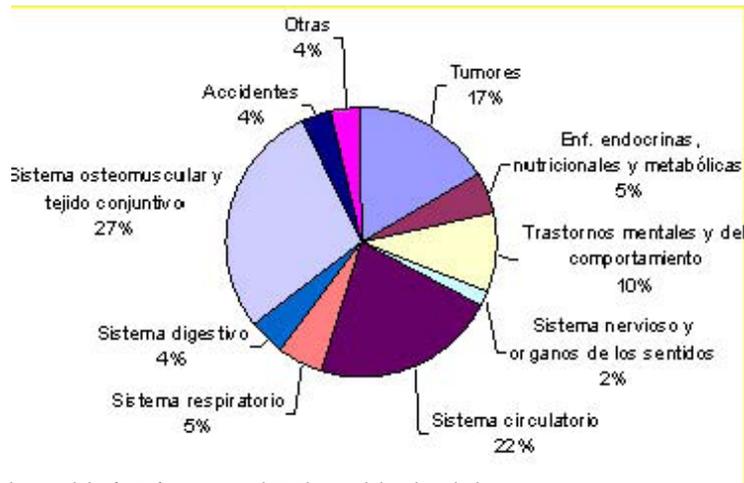
La carga de enfermedad mide las pérdidas de salud en una población, a partir de las consecuencias mortales y de las no mortales de las diferentes enfermedades o lesiones. Se expresa en “Años de Vida Ajustados por Discapacidad” (AVAD), Los AVAD de una enfermedad o lesión son el resultado de sumar los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con mala salud o discapacidad (AVD). Los AVAD miden, por tanto, la diferencia entre el nivel de salud real de una población y un ideal hipotético.

Los tres problemas de salud con más peso en la carga de enfermedad en Andalucía en 2007 fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores, representando el 27%, 22% y 17% respectivamente.

Los patrones de la carga de enfermedad son diferentes según sexo. Las mujeres aportan un mayor porcentaje que los hombres en la carga de enfermedad del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, trastornos mentales y del comportamiento y sistema nervioso (morbilidad AVD). Mientras que los hombres aportan un mayor porcentaje que las mujeres por los accidentes, sistema respiratorio y tumores (mortalidad AVP).

Contribución de los grandes grupos diagnósticos a la Carga de Enfermedad (AVAD) total. Andalucía 2007:

En los últimos 25 años se observa una tendencia decreciente de la mortalidad en la mayoría de los municipios andaluces



Fuente: La salud en Andalucía. Informe para el IV Plan Andaluz de Salud

Mortalidad por municipios en Andalucía

En los últimos 25 años se observa una tendencia decreciente de la mortalidad durante todo el periodo en la mayoría de los municipios; para todos los grupos de edad y sexo, excepto para las tasas de mortalidad masculina en los grupos de 15 a 44 años y de 45 a 64 años, donde la tendencia fue decreciente únicamente durante los últimos años del periodo.

El 10% de municipios, localizados principalmente en el noreste andaluz, en las provincias de Jaén y Almería, presentó una tendencia creciente durante todo el periodo para la mortalidad masculina de 15 a 44 años. La mayoría de los municipios cuya tendencia de mortalidad pasó de ser decreciente a creciente realizaron el cambio de tendencia a partir de 1991.

Desde mediados de la década de los 90, el número de municipios andaluces que presentaba un exceso de mortalidad con respecto a España comenzó a descender en la mayoría de grupos de edad y sexo. La excepción se encuentra en la mortalidad masculina y femenina de los grupos 1-14 y 15-44 años, en los que el número de municipios con exceso de mortalidad muestra una tendencia creciente desde finales de los 90.

Aunque existen variaciones entre grupos de edad y sexo, la evolución de mortalidad en los municipios andaluces, en términos generales, sugiere una tendencia convergente con las tasas españolas a través del tiempo.

Entre 1981 y 2005, la mayor parte de los municipios andaluces presentó sistemáticamente tasas específicas de mortalidad masculina y femenina inferiores o similares a las de España para los grupos de edad 1 a 14 y 15 a 44 años. La excepción la presentan algunos municipios de Jaén y Almería cuyas tasas de mortalidad masculina en el grupo de 15 a 44 años comenzaron a ser superiores a la española a partir de 2001.

Desde 1981, los municipios situados en la mitad occidental de Andalucía presentaron tasas específicas de mortalidad masculina y femenina superiores a las de España para los grupos de edad 45 a 64 y 65 a 74. Este patrón no es tan evidente para las tasas de mortalidad de los grupos de 75 a 84 años y 85 o más años, donde la dispersión geográfica de los municipios que presentaron un exceso de mortalidad significativo es mayor durante todo el periodo.

El Programa de Vacunaciones ha conseguido disminuir la incidencia de 12 enfermedades, no obstante en los últimos años han emergido algunas de ellas como el sarampión

Principales causas de morbimortalidad de la población andaluza

Vacunaciones

El **Programa de Vacunaciones en Andalucía** incluye en la actualidad la vacunación sistemática frente a un total de 12 enfermedades: hepatitis B, enfermedad invasiva por Meningococo C, enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae tipo b, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela y papilomavirus. La vacuna de la varicela se administra sólo en aquellos casos que no han padecido la enfermedad antes de los 12 años y la vacuna frente al papilomavirus se ha incluido en septiembre de 2008 para niñas de catorce años.

La incidencia de estas enfermedades ha disminuido en Andalucía, alcanzando valores muy bajos, a partir de su inclusión en el calendario vacunal.

Sin embargo, durante los últimos años se observa la reemergencia de alguna de estas enfermedades, incluidas en planes de control en Europa, como ha ocurrido con el sarampión desde 1997.

Además de la existencia de un número de casos antes del inicio de la edad vacunal o en poblaciones mayores que no se beneficiaron del Programa de Vacunaciones de Andalucía (PVA), se producen también casos en niños y niñas y juventud, lo que supone que existen bolsas de población que precisan mejores niveles de cobertura.

La tasa de incidencia de la **tuberculosis declarada** en Andalucía se sitúa por debajo de la media de España, y tiene una tendencia descendente. En 2012 la tasa de incidencia en Andalucía fue de 10,5 casos por 100.000 habitantes. Los Distritos que alcanzaron mayores tasas en 2012 fueron, Poniente de Almería (20.3), Sierra de Huelva-Andévalo (19.9) Almería (18.3), Condado-Campaña (18.1), Campo de Gibraltar (16,5) y Sevilla (17.5). Un 34% de los casos de tuberculosis tienen alguna situación de especial vigilancia epidemiológica. Entre éstas destacan la condición de personas inmigrantes (25,8%), internos en prisión (2.4%) y vagabundos en el último año (0.8%) y existe un 1% casos especiales con multiresistencias al tratamiento u otras dificultades para concluir el mismo.

Accidentes de Tráfico (AT)

Los AT constituyen la principal causa de mortalidad prematura en los hombres y la segunda en mujeres, además de ser la primera causa de lesión medular traumática y de incapacidad laboral en jóvenes. El grupo de edad de 15-44 años es con diferencia el que presenta mayor número de víctimas. Las víctimas en hombres son muy superiores a las mujeres, que cuadruplican en el nº de fallecimientos.

Víctimas de accidentes de circulación según grupo de edad por sexo y gravedad en Andalucía. 2008^a

	Hombres		Mujeres		Desconocido		Total	
	Muertos	Heridos	Muertas	Heridas	Muertos	Heridos	Muertos	Heridos
De 0 a 14 años	2	400	2	355	0	4	4	759
De 15 a 24 años	42	2.361	9	1.466	0	14	51	3.841
De 25 a 44 años	94	4.631	15	2.634	0	13	109	7.278
De 45 o más años	96	2.891	34	1.600	0	13	130	4.504
Desconocida	0	377	0	379	1	261	1	1.017
TOTAL	234	10.660	60	6.434	1	305	295	17.399

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico
Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

Tomado de: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dtbas/dtbtmujer10/dtbtmujer2010.pdf>

El análisis del tipo de desplazamiento nos permite establecer para Andalucía dos tipologías de accidentalidad distintos:

1.- La primera de tipo urbano se caracteriza por:

- Presentar una tasa de número de víctimas mucho mayor en zona urbana que en carretera sobre todo en el grupo de edad de 15-44 años.
- La tasa máxima es de 284,5 víctimas/100.000 habitantes para el grupo de 15-24 años en zona urbana en el 2011.
- Ocurre en las grandes áreas metropolitanas andaluzas: Sevilla, Cádiz, Málaga.
- Tiene una mayor frecuencia de accidentes y de víctimas.
- Sin embargo tiene un menor número de víctimas y muertes por accidente.

2.- La segunda se caracteriza por:

- Presentar una tasa de número de víctimas mayor en carretera que en zona urbana para todos los grupos de edad.
- La tasa máxima es de 207,5 víctimas/100.000 habitantes para el grupo de 15-24 años en carretera en el 2011.
- Ocurre en áreas metropolitanas más pequeñas: Almería, Córdoba, Granada, Jaén, Huelva.

En 2011 Sevilla se incorpora al modelo 2 con mayores víctimas por desplazamientos en carreteras en todas las edades:

- Tiene una menor frecuencia de accidentes y de víctimas.
- Sin embargo, tiene un mayor número de víctimas por accidente y de muertes por accidente.

Salud Laboral

Según la II Encuesta Andaluza de Condiciones de Trabajo, realizada por el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo en 2011, el reconocimiento médico por los servicios de prevención de las empresas, propios o ajenos, en el último año alcanzó al 52,8% de los trabajadores y trabajadoras en Andalucía. Un **36,34% de las personas encuestadas** afirman que no han recibido tal ofrecimiento por parte de su empresa¹⁴.

La percepción de algún riesgo de accidente laboral en el puesto de trabajo se extiende al 76,3% de trabajadores y trabajadoras en Andalucía, siendo en el 81,4% en los hombres y en el 68,4% en las mujeres. Entre las causas de riesgos percibidos más citadas están las distracciones o faltas de atención (el 36,3%), la rapidez con la que se trabaja (17,7%) y las posturas forzadas/sobreesfuerzo (17,3%).

Un 15,9% de trabajadores y trabajadoras manipulan sustancias o preparados nocivos o tóxicos y un 8,6% agentes biológicos, bien porque han de manipularlos deliberadamente como consecuencia de su trabajo (2,4%), bien porque pueden entrar en contacto con ellos de forma accidental, al manejar, habitual o esporádicamente, productos que pudieran contenerlos (6,2%).

La prevalencia de enfermedades profesionales diagnosticadas o en trámite era del 1,4% de la población ocupada en Andalucía. El grupo de edad más frecuente es de 45 a 54 años. Entre los tipos de enfermedades profesionales predominan las dolencias osteomusculares, que afectan al 70,9% de los enfermos/as, lo que supone un 0,98% de de la población ocupada en Andalucía.

¹⁴ II Encuesta Andaluza de Condiciones de Trabajo: 2012. Junta de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales

Se detecta la necesidad de extender la cobertura de vigilancia de la salud de los riesgos existentes en el ámbito laboral para reparar daños generados por las enfermedades profesionales y trabajar en su prevención

La mortalidad por cáncer disminuye progresivamente, acercándonos a la media nacional salvo en grupos de edad muy altos (>85 años) y en algunos tipos de cáncer

Además de extender la cobertura de la vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras, parece preciso generalizar que ésta sea específica de los riesgos existentes en el ámbito laboral. Esto, junto con otras acciones técnicas y administrativas, podría permitir diagnosticar, reportar y reparar los daños generados por las enfermedades originadas o agravadas por el trabajo, así como diseñar las medidas para su futura prevención.

Cáncer

Durante los últimos años ha aumentado la incidencia del cáncer, y sin embargo ha descendido la mortalidad. Este fenómeno está muy relacionado con el envejecimiento de la población.

También es llamativo el aumento significativo del cáncer de piel no melanoma tanto en hombres como en mujeres durante las últimas décadas, si bien su impacto en el conjunto de la mortalidad es muy bajo (94 personas fallecidas en Andalucía en 2010).

Hay que destacar el descenso significativo tanto de la incidencia como de la mortalidad del cáncer de pulmón en hombres durante los últimos años.

Las tasas de incidencia estandarizadas de cáncer más elevadas, por provincias, son las de Sevilla, Huelva y Cádiz en hombres, y las de Cádiz, Huelva y Almería en mujeres. Fuente: : *Estimación de la incidencia y prevalencia de cáncer en Andalucía. Registro de cáncer. EASP. Granada.*

ESTIMACIONES DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN ANDALUCÍA 2007 Y PROYECCIONES HASTA 2012						
	2007			2012		
	Nº Casos	TB	TE	Nº Casos	TB	TE
Hombres	16.473	421	393	16.976	428	373
Mujeres	13.148	334	268	15.335	379	284

ESTIMACIONES DE LA INCIDENCIA PARA LAS LOCALIZACIONES TUMORALES MÁS FRECUENTES EN ANDALUCÍA 2007 Y PROYECCIONES HASTA 2012						
	2007			2012		
	Nº Casos	TB	TE	Nº Casos	TB	TE
Hombres						
Próstata	4.010	104	93	5.903	149	127
Pulmón	3.339	85	81	3.142	79	71
Colon-recto	2.890	74	68	3.407	86	74
Estómago	684	17	16	647	16	14
Mujeres						
Mama	5.020	126	107	5.691	141	111
Colon-recto	2.079	52	37	2.202	54	36
Pulmón	450	11	9	552	14	11
Estómago	419	11	8	409	10	7

Fuente: Estimación de la incidencia y prevalencia de cáncer en Andalucía. Registro de cáncer. EASP. Granada

En mujeres las principales causas de mortalidad por cáncer se deben al cáncer de mama, colorrectal, útero total, ovario y al de estómago; y en los hombres al cáncer de pulmón, colorrectal, próstata, vejiga y al de estómago.

En los **hombres**, a partir del año 1998 se detecta un cambio en la tendencia ascendente de la mortalidad que venía ocurriendo desde 1975, con un descenso significativo a partir de 1998, debido principalmente a los cambios producidos en la mortalidad por el cáncer de pulmón, estómago y laringe. Sobre todo es alentador el cambio producido en la tendencia del cáncer de pulmón, que al igual que está ocurriendo en el resto de España ha comenzado a descender de una manera clara. Igual está ocurriendo con el cáncer de estómago y laringe. En el extremo contrario se sitúa el cáncer colorrectal con una tendencia ascendente desde 1975, constante a lo largo del periodo estudiado, detectándose un incremento de la mortalidad prematura. Lo que está poniendo de

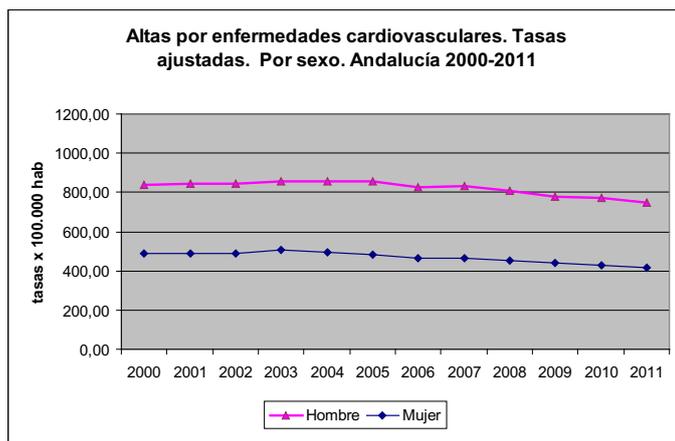
manifiesto no sólo el aumento de la mortalidad sino también un adelanto en la edad de muerte, que tendría que plantear medidas de prevención y detección precoz.

En las **mujeres** se ha producido un descenso del 0,45% anual de la mortalidad por todos los cánceres. Principalmente, a partir del año 1993, por el importante descenso de la mortalidad por cáncer de mama, con buenas expectativas a partir de que el impacto del diagnóstico precoz por cribado poblacional de este cáncer comience a tener pleno efecto, y también por cáncer de estómago. Por el contrario, han aumentando de una forma continuada el cáncer de ovario, linfoma no Hodgkin, y pleura.

En general la mortalidad por cáncer disminuye progresivamente, acercándonos a la media nacional salvo en grupos de edad muy altos (> 85 años) y en algunos tipos de cáncer. Por el contrario, el número absoluto de casos diagnosticados anualmente sube, debido en gran parte al envejecimiento de la población. De hecho el 50% de las personas con cáncer en la comunidad tiene de 65 a 84 años. Esto significa un gran número de personas con cáncer en tratamiento o en seguimiento durante muchos años.

Las enfermedades cardiovasculares

Los ingresos hospitalarios por Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en Andalucía se han mantenido estables, con un ligero descenso estadísticamente no significativo, en los últimos años en hombres y mujeres, duplicando la tasa de los hombres (en torno a 800 por 100.000) a la de las mujeres (por encima de 400 por 100.000).



Fuente: Informe de Vigilancia de Enfermedades Cardiovasculares en Andalucía. Evaluación de Resultados en Salud. S. Epidemiología y S. Laboral. S.G. de Salud Pública y Participación. 2012

Los ingresos por Cardiopatía Isquémica (C.I.) han seguido la misma tendencia que el conjunto de las ECV durante el periodo 2000 y 2011. Entre los hombres, la tasa casi triplica a la de las mujeres en 2011. La tasa ajustada de altas hospitalarias por enfermedades cerebrovasculares (ECBV) también presenta una suave tendencia a descender durante la última década en Andalucía, pasando de valores alrededor de 180 a 157 por cada 100.000 hombres y de entorno a 110 a 93 por cada 100.000 mujeres.

La mortalidad por CI y por ECBV en Andalucía ha tenido un importante descenso durante los últimos 30 años tanto en las mujeres como en los hombres, destacando el descenso de los ECBV. Ha sido tan importante el descenso para esta última durante este periodo, que los números absolutos en los últimos años son menores que en los que existían en la década de los 70 del siglo pasado a pesar el envejecimiento que se ha producido en la población andaluza.

El aumento de la incidencia de Enfermedades Cardiovasculares (ECV) junto con la disminución de la mortalidad que se viene produciendo durante los últimos años, implica un progresivo incremento de la prevalencia de ECV, sus complicaciones y secuelas, con la correspondiente demanda de servicios sanitarios y sociales.

La prevalencia de diabetes aumenta de manera progresiva durante los últimos años en Andalucía

Diabetes

Con un comportamiento parecido a otros países de nuestro entorno, en Andalucía la diabetes es la quinta causa de muerte en mujeres, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y digestivas; y la sexta en hombres tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias, causas externas y enfermedades digestivas. La mortalidad por Diabetes Mellitus ha tenido una tendencia descendente durante las últimas décadas en Andalucía, siendo en las mujeres donde este descenso se ha producido de una manera más acusada, con un promedio de 4,5% anual.

PREVALENCIA DE DIABETES AUTODECLARADA %				
	2007		2011	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Almería	4,8	6,7	4,1	7,0
Cádiz	5,2	6,8	8,6	11,3
Córdoba	5,8	9,4	6,9	10,1
Granada	5,0	6,4	5,7	8,6
Huelva	6,3	9,2	9,1	12,7
Jaén	5,3	7,7	4,1	10,0
Málaga	6,9	8,3	8,1	8,6
Sevilla	6,9	6,1	6,3	5,9
Andalucía	6,0	7,4	6,8	8,8

Fuente: EAS 2007 y 2011-2012

La prevalencia de diabetes aumentó durante los últimos años. Según la última EAS 2011-2012, la prevalencia de diabetes diagnosticada en Andalucía es de un 6,8% en los hombres y 8,8% en las mujeres. El incremento de la prevalencia de obesidad no augura un escenario de contención en la prevalencia de diabetes en el futuro próximo. El refuerzo de las medidas antes citadas de promoción y prevención resulta cada vez más apremiante.

Los ingresos hospitalarios por Diabetes Mellitus también han aumentado en Andalucía durante los últimos años, alcanzando en 2011 un 16,7% del total de altas hospitalarias. Este aumento se ha producido especialmente a partir de la población diabética mayor de 45 años.

Salud Mental

La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) utiliza un cuestionario SF-12, que con una escala de 0 a 100 en sus puntuaciones se describe la salud física y la salud mental. El valor 50 (con una desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores respectivamente que la media poblacional.

En 2011 se obtuvo un valor medio de salud mental de 50,6 para el total de la población. Los hombres obtuvieron una puntuación mayor (51,8 frente a 49,1 para mujeres), indicando en media una buena salud mental en ambos sexos, mejor en los hombres.

Con respecto a la edad del encuestado, se observa una mejor salud mental en personas más jóvenes: los valores medios descienden desde el 53,3 de personas entre 16 y 24 años hasta el 47,5 de personas con 75 años o más.

Las puntuaciones medias del componente de salud mental percibida disminuyen conforme aumenta la edad, no obstante, todos los grupos de edad se encuentran por encima del valor 50 en 2007, a pesar de que en este año el valor medio de la población andaluza (51,68) está un punto por debajo del valor alcanzado en 2003 (52,69).

El patrón geográfico es consistente con la distribución que se describe más adelante sobre los problemas de ansiedad y depresión en la población de Andalucía. Las provincias con menor media en salud mental fueron Cádiz (49,76) y Huelva (49,91) y las provincias con mayor media fueron Córdoba (54,44), Granada (52,78) y Málaga (52,71). Jaén no puede valorarse en esta distribución por la amplitud de su desviación estándar.

Los trastornos de depresión y ansiedad y el consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos han aumentado en la última década especialmente entre las mujeres. Según la EAS 2011-2012, la prevalencia de depresión o ansiedad diagnosticada por los servicios sanitarios, es de 5,4% en hombres y 7,8% en las mujeres y presentan un gradiente social inversamente relacionado con el nivel de ingresos económicos y el nivel de estudios alcanzados.

Para los hombres presentan las prevalencias más altas las provincias de Almería (5,3%), Málaga (5,2%), Huelva (5,1%), Córdoba y Jaén con 5,0% ambas y para las mujeres se observa que la prevalencia más alta es en la provincia de Huelva (20,3%).

Además del predominio de declaración de estos trastornos entre las mujeres frente a los hombres, en ambos sexos su frecuencia aumenta con la edad, alcanzándose las prevalencias más elevadas a partir de los 65 años. Además, es llamativamente elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente, seguido en menor grado por personas jubiladas (especialmente mujeres), paradas y amas de casa que ya han trabajado antes, sobre todo si son mujeres.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD DIAGNOSTICADA. EAS 2011			
Nivel de ingresos	Hombre	Mujer	Total
Hasta 999 €	6,5%	17,4%	12,6%
De 1.000 a 1.499 €	4,2%	13,2%	8,7%
De 1.500 a 1.999 €	3,1%	7,3%	5,2%
Más de 2.000 €	2,8%	4,9%	3,7%
NS/NC	2,5%	7,4%	4,9%
Estudios	Hombre	Mujer	Total
Sin estudios	7,6%	23,5%	17,6%
Primarios	4,7%	12,8%	8,9%
Secundarios / FP	2,8%	5,7%	4,1%
Universitarios	2,2%	5,4%	3,7%
Otros	1,9%	1,1%	1,6%
Situación laboral	Hombre	Mujer	Total
Trabaja	2,0%	5,8%	3,5%
En paro	4,1%	10,1%	6,6%
Busca 1er empleo	0,0%	2,3%	1,5%
Jubilado/a	6,5%	21,5%	11,4%
Persona ama de casa	0,0%	15,3%	15,3%
Estudiante	0,7%	1,3%	0,9%
Incapacidad / Invalidez	23,5%	32,8%	26,9%
Otros	14,3%	33,3%	25,0%
Hábitat			
Menos de 2.000 habitantes	3,3%	9,1%	5,9%
Entre 2.001 y 10.000 habitantes	4,0%	14,2%	9,1%
Entre 10.001 y 50.000 hab.	4,6%	11,3%	7,9%
Más de 50.000 habitantes	2,8%	10,4%	6,6%
Capitales de provincia	4,4%	11,6%	8,2%
TOTAL	4,0%	11,6%	7,8%

5. Actividades y perspectivas del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La atención sanitaria y sociosanitaria de los problemas de salud que generan la mayor parte de la carga de enfermedad en Andalucía (enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio, tumores, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso y accidentes) exige una planificación de servicios y recursos. Una planificación que debe garantizar la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, de cribados, rehabilitadoras, de procesos asistenciales, cuidados paliativos y a personas cuidadoras de las personas con discapacidad, contemplados en distintos Planes Integrales (Oncológico, Cardiopatías, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Salud Mental, Accidentalidad, etc.).

Asimismo, la necesidad de ganar años de vida en buena salud, libre de discapacidad o enfermedades crónicas, pone de relieve la importancia de cuestiones como la intervención sobre los **determinantes** de la salud que se evidencien como las causas de las causas de las enfermedades crónicas que originan la mayor parte de la carga de enfermedad, mediante acciones coordinadas con sectores no sanitarios, así como la **profundización en la perspectiva de los cuidados de larga duración y de atención a la dependencia**.

Sobre el reto del envejecimiento y su impacto en el crecimiento del gasto sanitario, existe bastante evidencia que afirma que lo que incide en el incremento del gasto es la proximidad a la muerte más que la edad en sí misma. Aunque depende de con qué grado de salud se produce el envejecimiento.

En la evolución del gasto sanitario, los factores no demográficos -y particularmente la alta tecnología- son un elemento clave en su crecimiento. Factores, entre los que también destacan los precios o costes relativos más elevados de los inputs, el cambio tecnológico incesante, las nuevas prestaciones, una mayor utilización de los servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico. Todo ello refuerza la necesidad de que el incremento que se observa en esperanza de vida se acompañe de un aumento progresivo de la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y de incapacidad.

Los elementos relevantes que se identifican como principales determinantes de qué servicios sanitarios serán necesarios en un futuro próximo, están ya presentes en esta última década: el **envejecimiento** de la población, **la cronicidad** de las patologías y la irrupción **tecnológica**.

Actividad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

Observando la evolución anual de la **Atención Primaria** destaca lo siguiente:

La frecuentación en **medicina de familia** se mantiene prácticamente constante en el periodo 1993- 2012 en torno a 6 consultas por habitante. (6,1 en 2012)

La frecuentación en **pediatría** se incrementa progresivamente en el periodo 1996-2012, desde 4,0 a 5,7 consultas por habitante infantil, un 42% por encima del dato inicial.

La frecuentación en **enfermería** se ha mantenido estable en términos generales en el periodo 1993- 2012, en torno a 3 consultas por habitante. (3,3 en 2012)

La frecuentación de las **urgencias médicas** en atención primaria se ha incrementado

El futuro próximo viene marcado por el envejecimiento, la cronicidad de las patologías y la irrupción tecnológica

de manera progresiva a lo largo de todo en el periodo 1993-2010, en ambas décadas, desde 482 urgencias por 1000 habitantes a 692 por 1000 habitantes, un 43,6% de incremento respecto al dato inicial. Hubo un mayor crecimiento en la primera década (26,3%) que en la segunda (5,2%). En el año 2012 ha descendido a 655 urgencias por 1000 habitantes.

En lo referente a la evolución de la **Atención Hospitalaria**, se observa lo siguiente:

Los **ingresos hospitalarios por habitante** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en el periodo 1990-2009, se incrementaron en la primera década un 25% y disminuyeron en un 11% en la segunda. En el 2012 la tendencia de descenso se consolida, cayendo los ingresos en un 1,55 % con respecto al final de la década 2000-2009: 558.725 ingresos (INIHOS 2012) lo que supone una tasa de 68,60 ingresos por cada 1.000 habitantes

Las estancias hospitalarias por habitante en el SSPA, en el periodo 1990-2009, registran un ligero incremento en la primera década, un 5,3% y disminuyen en un 19% en la segunda década. En la evolución hasta 2012 se mantiene la tendencia descendente, alcanzando el valor más bajo en todo el periodo: 3.726.605 estancias (INIHOS 2012) y una tasa de 457,5 estancias por cada 1.000 habitantes.

Los cambios en la estructura de **altas por grupos de edad** en el SSPA en el periodo 2000-2012 reflejan un envejecimiento de las mismas.

La distribución porcentual de los puntos **GRD** (Grupos Relacionados por el Diagnóstico (como aproximación a los costes generados por hospitalización) demuestran cómo desde el año 2000 al 2010 se produce un desplazamiento del gasto hacia los grupos de mayor edad, tendencia que se confirma en los resultados del 2012.

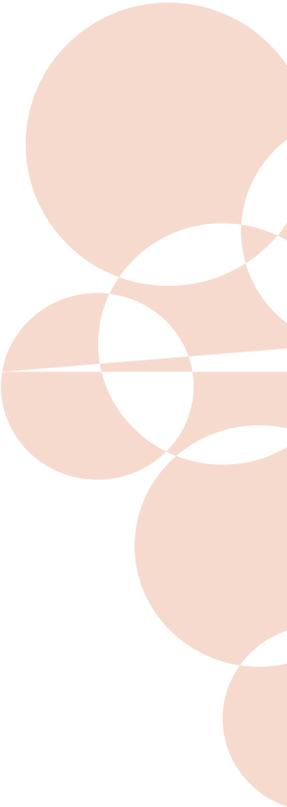
En cuanto a la distribución de las **altas por categoría diagnóstica** mayor en hospitalización en el SSPA es similar en el periodo 1995-2012, si bien destaca la disminución progresiva del porcentaje de ingresos sobre el total anual, en la categorías de oftalmología, ORL y patologías relacionadas con el aparato reproductor femenino; y un incremento en las de aparato respiratorio, circulatorio, sistema músculo esquelético y hepatobiliar-páncreas.

Sobre la evolución de la distribución de las altas por Categoría Diagnóstica Mayor en hospitalización en las personas mayores de 64 años cabe mencionar:

- El porcentaje de altas de oftalmología ha disminuido del 6,12 % en 1995 al 1,15 % en 2012 por el importante desarrollo que ha tenido la CMA en esta especialidad
- Por el contrario el número de ingresos de las especialidades de los aparatos respiratorio y circulatorio se ha incrementado. El porcentaje de altas de aparato respiratorio ha pasado del 12,40% del total en 1995 al 16,23% en 2012 y el porcentaje de altas de aparato circulatorio del 19,12% del total en 1995 al 22,03 % en 2012.
- Se detectan también incrementos en las patologías del sistema músculo esquelético (9,17 % en 1995 y 11,66% en 2012) y en el apartado de enfermedades infecciosas y parasitarias (0,87% en 1995 y 2,82 % en 2012).

La frecuentación de **consultas externas hospitalarias** en el SSPA en el periodo 1990-2009 registra un incremento en todo el periodo; mayor en la primera década con un 12,6% y de un 8,8% en la segunda década. En el periodo 2009 a 2012 se mantiene la tendencia ascendente, alcanzando en 2012 un total de 12.073.223 consultas (INIHOS 2012) y una frecuentación de 1.482 consultas por cada 1.000 habitantes.

Las **intervenciones quirúrgicas totales** en el SSPA en el periodo 1990-2009 registran



un incremento en el periodo, muy destacable en la primera década cuando creció un 104,9 %. En la segunda década, el crecimiento fue sólo del 6.8 %. En el año 2012, el total de intervenciones quirúrgicas asciende a 517.633, lo que supone un descenso del 5,5% en el total de intervenciones con respecto a 2009.

La **cirugía mayor sin ingresos (CMA)** por habitante en el SSPA en el periodo 1997-2009 ha registrado un notable incremento, un 115 %. En el año 2012 las intervenciones de CMA ascendieron a 200.801, lo que supone una tasa de frecuentación de 24,65 intervenciones por cada 1000 habitantes arrojando crecimiento desde 2009 del 16.1%.

Fruto del impulso que se ha dado a la CMA, es el crecimiento que ha experimentado en el periodo 1995-2012, la actividad quirúrgica ambulatoria de categorías diagnósticas mayores propias de las especialidades de oftalmología, urología, dermatología y traumatología.

Las **intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso** por habitante en el SSPA en el periodo 1990-2009 registraron un incremento en la primera década de un 31% y un descenso de un -13% en la segunda década. Las Intervenciones de cirugía programada con ingreso en 2012 ascendieron a 130.380, lo que supone 16 intervenciones por cada 1000 hab.

Las **intervenciones quirúrgicas urgentes con ingreso**, por habitante en el SSPA, en el periodo 1990-2009 registraron un incremento de un 17% en la primera década y un descenso de un 5,5% en la segunda década. En 2012 ascendieron a 72.799, lo que supone casi 9 intervenciones por cada 1000 hab. y un descenso del 8.4% sobre la actividad del final de la década anterior.

La actividad del **hospital de día médico** en el SSPA en el periodo 1999-2009 ha experimentado un incremento muy notable en el periodo, entre los años 2000 y 2009 el crecimiento fue del 320%.

La actividad en **procedimientos diagnósticos en el SAS** se ha incrementado de manera constante en el periodo 1999-2012: en términos de frecuentación la TAC (Tomografía Axial Computarizada) registró un incremento de un 65,7% en la década 1999-2009 y del 26.3% en el periodo 2009 a 2012.

La RNM (Resonancia Nuclear Magnética) experimentó un crecimiento del 172% entre los años 1999 y 2009. En el periodo 2009 a 2012 se ha estabilizado su uso, con un crecimiento de sólo el 1,9% entre estos tres años citados

La frecuentación de las **urgencias hospitalarias** en el SSPA se ha incrementado de manera constante a lo largo del periodo 1990-2009, en ambas décadas, pasando de 294 urgencias por 1000 habitantes a 525 por 1000 habitantes, siendo el crecimiento del 42% en la primera década y del 25 % en la segunda. En el periodo 2009 a 2012 se ha frenado la tendencia alcista y se registra un descenso del 5,25% en la tasa de frecuentación de este servicio, con respecto a los valores de 2009.

En los últimos años se observa que el hospital está viendo transformada su actividad con la reducción de los ingresos, estancias y actividad quirúrgica ligada al recurso cama y su **reorientación en la atención a personas en estado agudo**. Frente a ello, cobran creciente fuerza las tendencias asistenciales de hospitalización de día y cirugía sin ingresos, más resolutivas y eficientes.

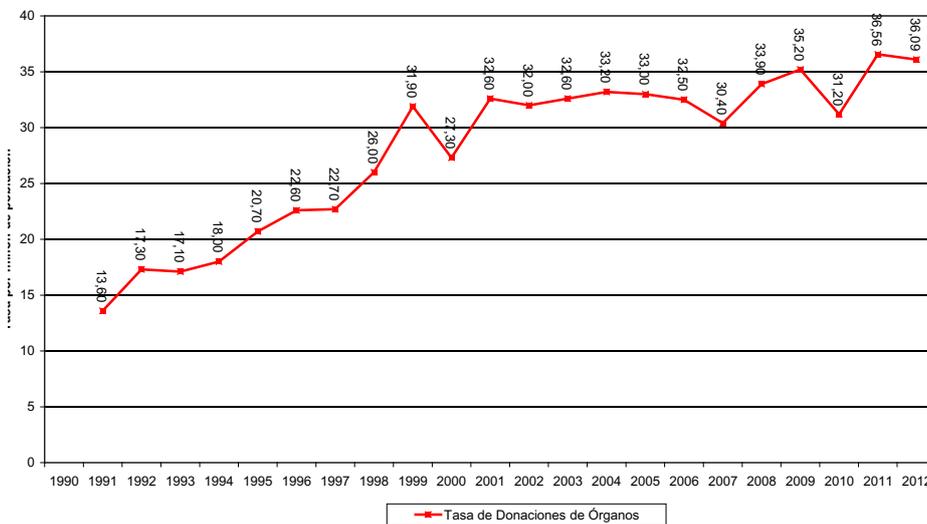
Por otra parte, la **cronificación** de patologías y la evolución de la **oncología** (que como se ha mencionado ha de hacer frente a una mayor incidencia ligada al envejecimiento, y como consecuencia de la disminución de la mortalidad, a una mayor prevalencia), plantea un escenario en el que además de plantearse nuevos desarrollos para gestión de las personas con enfermedades crónicas, podría hacer necesario redimensionar al alza la dotación tecnológica ligada a procedimientos diagnósticos, terapias y exploraciones complementarias de seguimiento clínico, así como poten-

ciar los cuidados de enfermería y la atención sociosanitaria a domicilio o en otros establecimientos.

En materia de evolución de las actividades de los servicios de atención a los problemas de **Salud Mental** se destaca que la frecuentación en consultas totales ambulatorias de salud mental (comunitarias más infantojuveniles), expresada en consultas por habitante, se ha incrementado en el periodo 1990-2010 en un 154% y en un 18% en estos dos últimos años (2010-2012) La frecuentación por habitante (2003-2010) en los dispositivos especiales (URA, CT y hospital de día) en pacientes que se atienden ha aumentado un 19%. Por otro lado, en la hospitalización de salud mental de personas en agudo, la frecuentación ha disminuido en un 16%.

Respecto a las actividades de **Trasplantes y Donaciones** de sangre destaca que la donación de órganos, expresada en donantes por millón de habitantes (1991-2010), registró un marcado incremento en la primera década (101%) y menor en la segunda (14%).

Evolución tasa de donaciones de órganos. SSPA 1991-2012



TRANSPANTES DE ÓRGANOS SÓLIDOS POR TIPO. ANDALUCÍA 1991-2012													
	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
TX RIÑÓN	161	187	250	268	342	334	343	330	344	381	330	426	457
TX HÍGADO	37	57	75	101	151	160	149	161	175	195	168	211	203
TX CORAZÓN	43	51	43	42	48	44	36	37	37	41	26	38	32
TX PULMÓN		1	10	25	20	19	23	20	26	27	25	24	24
TX PÁNCREAS	3	2	4	9	2	15	14	30	13	23	22	23	18
TOTAL	244	298	382	445	563	572	565	578	595	667	571	722	734

Como es lógico, la evolución de las cifras de trasplante de órganos sólidos ha seguido una trayectoria similar, habiendo experimentado un incremento en los dos últimos años de un 28,5%. Las donaciones de sangre total por habitante (1990-2010) ha registrado un incremento en el periodo en la primera década cuando creció un 31.6%; en la segunda década, en cambio, se ha mantenido estable, descendiendo algo en los dos últimos años

En relación a la prestación farmacéutica, a través de recetas, su evolución en el período 1992-2012 refleja que el gasto farmacéutico, incluidos los medicamentos financiados por la Junta de Andalucía, se ha incrementado en un 143,7%, frente a un 188,2% del conjunto nacional. El gasto farmacéutico por habitante (1992-2012) se ha incrementado en un 105,20%, frente a un 139,03% del conjunto nacional. Si la factura andaluza hubiese crecido en ese período como la media nacional se hubiese gastado 307 millones de euros de más.

Entre los subgrupos de medicamentos de mayor consumo en 2012, destacan en primer lugar los antihipertensivos con 24,7 millones de envases, seguido de los antiulcerosos con 14,3 millones de envases, y de los analgésicos y antipiréticos con 12,3.

El consumo de medicamentos en hospitales durante los cuatro últimos años (2009-2012) ha crecido el 13,4%, logrando una importante disminución (-20,5%) en el consumo de personas ingresadas, mientras que la partida para pacientes en régimen externo (medicamentos para el SIDA, esclerosis múltiple, enfermedad de Gaucher, fibrosis quística, unidades de hemodiálisis, y otros dispensados desde el hospital a pacientes en régimen ambulatorio) ha registrado un crecimiento del 24,7%, debido a la incorporación de nuevos medicamentos de precio muy elevado.

El porcentaje de recetas prescritas por principio activo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en el año 2012, alcanza al 93,62% del total de recetas prescritas por personal médico del SSPA (94% en atención primaria y 85% en atención hospitalaria). Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de dispensaciones de medicamentos genéricos en Andalucía en 2012 es del 43,5%, por encima del valor del Sistema Nacional de Salud. Además de los beneficios sanitarios derivados de esta forma de prescripción, el resultado de esta medida para la sanidad pública andaluza ha supuesto un ahorro estimado, desde septiembre de 2001 hasta diciembre de 2012, de 533 millones de euros.

Servicios que se han de prestar a medio plazo

Por otro lado, aunque la revisión realizada de los **Planes integrales y Estrategias** de Salud no permite establecer cuantitativamente, con carácter general, cuántos nuevos servicios, recursos y tecnologías se contemplan en la formulación de cada uno de los mismos de manera precisa, sí posibilita identificar los que de manera más o menos redundante se consideran como los servicios sanitarios que se han de prestar a medio plazo y su tipología. Estos serían:

- La priorización de **la prevención y la promoción de salud**
- Los **procesos asistenciales integrados** como elemento clave: la instauración o su gestión
- Las **unidades de gestión clínica**, como modelo clave organizativo
- La creación de **comités** tanto locales, como provinciales o autonómicos.
- La necesidad de **Sistemas de Información** basados en la Historia Clínica de Salud (Diraya); y la integración de diferentes fuentes y o registros y creación de estándares.
- Desarrollo de nuevas prestaciones desde la plataforma multicanal que representa Salud Responde y desarrollo de **procedimientos de comunicación entre paciente y sistema sanitario** que permitan una nueva forma de relación más eficiente con la consiguiente reducción de la demanda presencial
- La elaboración, desarrollo e implantación de documentos de **evaluación** de los planes
- El impulso de las estrategias de desarrollo del **autocuidados** en pacientes, y la **escuela de pacientes** como alternativa para el refuerzo de la autonomía de la persona.
- El **fortalecimiento del papel de Enfermería** incorporando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de pacientes crónicos.

- El desarrollo de **acuerdos con el área social**, tanto para el apoyo de la ayuda mutua como para el desarrollo de alianzas con el sistema de residencias para garantizar una alternativa residencial frente al encamamiento en los casos de enfermedad avanzada sin soporte familiar
- La interoperabilidad e **interacción entre los diferentes Planes**
- La priorización de la **atención a colectivos** de especial relevancia (infancia, adolescencia, embarazo, etc.)
- La potenciación de **la participación** de asociaciones, ciudadanía y pacientes.
- El fomento de la **investigación y formación** en los diferentes ámbitos

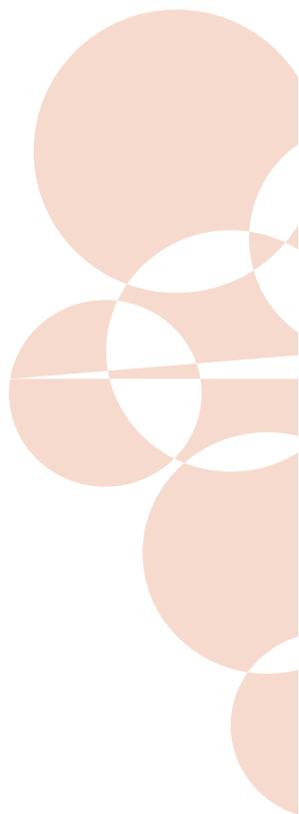
Análisis de necesidades de Servicios Sanitarios

El análisis de las tendencias en la utilización por la población de los servicios sanitarios –junto con la evolución en salud y enfermedad de la población–, pueden dar algunas de las claves para **identificar cuáles y de qué tipo serán los servicios sanitarios necesarios para atender la demanda** y para dar respuesta a las necesidades en salud y atención sanitaria de la población en la próxima década.

Con la prudencia y reserva exigibles a la hora de hacer un pronóstico de esta naturaleza, sobre todo en un contexto de especial incertidumbre; y desde el punto de vista de los valores que guían nuestro sistema sanitario –como la equidad en el acceso o la universalidad, entre otros igualmente importantes–; partiendo del análisis realizado, se sintetizan en los siguientes puntos las **tendencias esperables** en la utilización de los servicios para la próxima década.

- Adquirirá cada vez más relieve en la mejora de la salud la **detección precoz, la prevención y promoción** así como la intervención en los **determinantes** de la salud, como queda señalado en la totalidad de los planes integrales.
- En **Atención Primaria** parecería que las frecuentaciones –en términos poblacionales– de medicina de familia, enfermería y pediatría estuvieran estabilizadas en los últimos años; no así las urgencias en las que sigue incrementándose su frecuentación, aunque en menor medida en estos últimos años. Lo que apunta a que, en términos generales, las mejoras necesarias han de ser más de índole cualitativa que cuantitativa en este esencial ámbito de atención sanitaria. Será preciso que se adecue su actuación a las necesidades de atención a la cronicidad, mediante la coordinación con otros sectores para la actuación sobre los determinantes de las desigualdades de salud, y potenciando su papel en la continuidad de cuidados, así como optimizando su colaboración en la atención sociosanitaria.
- En **hospitalización** se está registrando claramente una gran transformación de su actividad: reducción de los ingresos, reducción de las estancias, reducción de la actividad quirúrgica ligada al recurso cama y reorientación en la atención a agudos. Frente a ello, cobran creciente fuerza las tendencias asistenciales de hospitalización de día y cirugía mayor sin ingresos, más resolutivas y eficientes. Los nuevos recursos parecerían más necesarios en la actividad ligada a esta hospitalización de día y a la actividad sin ingresos y no tanto a los vinculados a la de la cama hospitalaria de agudo. La frecuentación a urgencias hospitalarias se ha incrementado progresivamente, –también en atención primaria–, aunque hay una aparente estabilización en los tres últimos años.
- La **cronificación de patologías y la evolución de la oncología** está planteando un escenario de redimensionamiento al alza de la dotación tecnológica

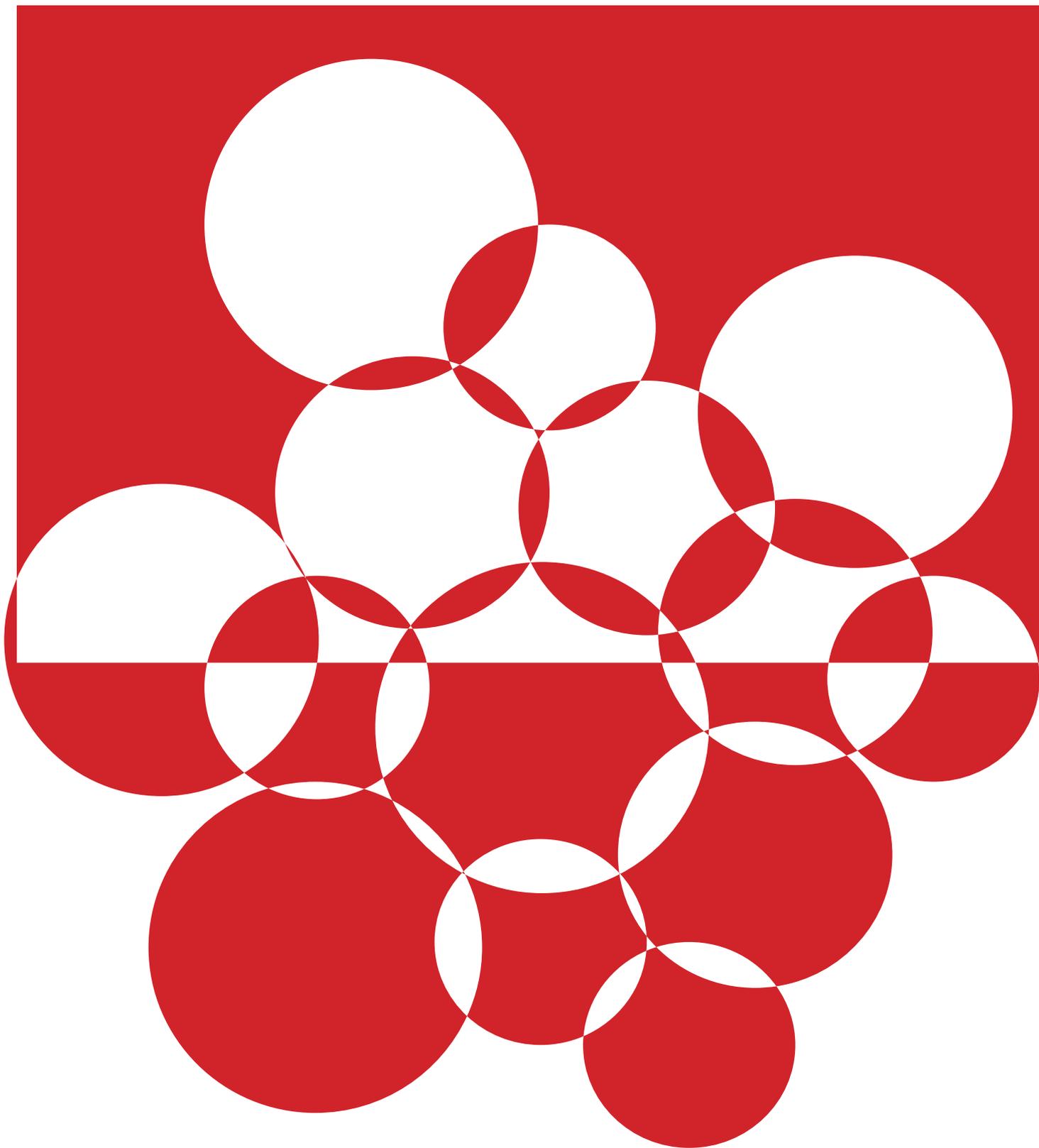




ligada a procedimientos diagnósticos, terapias y exploraciones complementarias de seguimiento clínico así como la dotación ligada a los cuidados domiciliarios y a la atención a la dependencia originada por este tipo de enfermedades. Dado que la mayor parte de la carga de enfermedad se deriva de problemas de salud crónicos, **la adecuación de las formas de organización y gestión para la atención de la cronicidad** cobrará un interés primordial.

- Los resultados positivos de estos últimos años con respecto a la media nacional y la contribución neta y específica del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el **uso racional del medicamento** han sido muy importantes para la sostenibilidad global del sistema sanitario. De cara a la próxima década, resultará crucial profundizar e incrementar las **políticas de uso racional del medicamento** en este sentido.
- En el perfil de qué servicios sanitarios y de qué tipo van a ser necesarios para estos próximos años, **todos los planes integrales y las estrategias** coinciden en destacar, entre otros, aspectos importantes tales como el papel ya citado de la prevención y promoción, desde los primeros años de vida y a todas las edades; la actuación por procesos asistenciales; la gestión clínica como modelo organizativo; la potenciación de la Enfermería en la gestión de la cronicidad, la coordinación y desarrollo de la atención sociosanitaria para la atención domiciliaria o en residencias, en todo el territorio, las necesidades en materia de información; un mayor papel y protagonismo para los y las pacientes; la interacción de los planes entre sí; y la evaluación de los mismos.
- Sobre el **envejecimiento y su eventual impacto** en el crecimiento del gasto sanitario, los retos no estarán asociados tanto al envejecimiento en sí mismo como a que el incremento que se observe en la esperanza de vida, se acompañe de un aumento progresivo de la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y de incapacidad, así como a la adecuada gestión de las necesidades asociadas al incremento esperado de las enfermedades crónicas vinculadas a la edad y a la incorporación de las tecnologías.





AVANZAMOS: IV PLAN ANDALUZ DE SALUD

Una sociedad más saludable, más justa y en desarrollo

Las predicciones demográficas indican un **envejecimiento progresivo** de la población andaluza. Éste se acompañará de un aún mayor envejecimiento de las personas más mayores, y en concreto, dado que tienen una esperanza de vida más larga, un aumento relativo del número de mujeres mayores. Algunas de ellas vivirán solas y se prevé un aumento del número de personas mayores en lugares con un número relativamente bajo de personas jóvenes que las pudiesen cuidar, lo que generaría un cierto compromiso de los recursos para la provisión de los servicios necesarios, incluidos los derivados de la discapacidad.

En 2015 se prevé que el número de personas mayores de 65 años será de unas 200.000 personas más que las que había en 2010. Esto supone que si enfermedades como la diabetes o la hipertensión no reducen su prevalencia, el número de personas que requerirá los servicios de salud aumentará proporcionalmente a su frecuencia. Habrá que atender a unas 12.000 personas diabéticas más, o a unas 120.000 hipertensas más.

Por otro lado, las **causas de muerte más importantes como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer van reduciendo su tasa de mortalidad pero no su número de casos, o incidencia, que van en aumento**, lo que significa un mayor número de personas, generalmente también ancianas, que precisan de atención sanitaria además de ayuda o atención social.

El escenario de **incremento de la Esperanza de Vida ha de acompañarse de un aumento paralelo de los años vividos en buena salud**. Esto, además de ser una obligación vinculada al derecho individual a disponer de la mejor salud posible (que permita, dentro del ejercicio de la libertad, la capacidad para el desarrollo del proyecto vital de cada persona) es también un requisito para que la sociedad sea capaz de alcanzar sus metas sociales compartidas de justicia y desarrollo.

La situación económica que vivimos además de incidir en los determinantes sociales que afectan a la salud, generando escenarios de desempleo e inseguridad económica, pone de manifiesto la **necesidad de una respuesta de protección social solidaria y justa**. Esto se acompaña de una valoración de los **servicios de salud como uno de los**

Disponer de una sociedad más saludable es una forma de incrementar la eficiencia social

Objetivo del IV Plan Andaluz de Salud: ahondar en el conocimiento de las desigualdades en salud y reducirlas

La ciudadanía andaluza, parte activa en las políticas de salud

bienes públicos esenciales. Disponer de una sociedad más saludable es una forma de incrementar la eficiencia social.

Las personas con buena salud contribuyen al desarrollo social y económico y no consumen recursos sanitarios derivados de la atención a problemas de salud. Potenciar el valor de un Sistema Sanitario de Andalucía (SSPA) público y ponerlo al servicio de la ciudadanía para alcanzar las mayores cotas de salud es también objetivo de este IV Plan Andaluz de Salud.

En este sentido, evitar que la población enferme o que lo haga de manera irreversible, mediante intervenciones de promoción, prevención y protección supone un reto deseable que redundaría en una mejor salud y una mejor economía. Para ello se ha de demostrar la efectividad y eficiencia de las intervenciones mediante la generación y uso de la evidencia científica.

Cada vez es mayor el conocimiento que indica la existencia de desigualdades en salud. El nivel socioeconómico y el de instrucción y capacitación, junto con el lugar y entorno de residencia, la vivienda, las relaciones sociales y familiares, el grupo al que se pertenece, el empleo y el entorno de seguridad, higiene y significado del trabajo, condicionan las oportunidades y las elecciones que se realizan cotidianamente.

Hay un conjunto de comportamientos que constituyen lo que se denomina hábitos o **estilos de vida**: la forma en la que las personas se alimentan, viven el ocio, consumen, se relacionan socialmente, descansan o dan sentido a la vida, etc. Son algunos aspectos que constituyen la base de una vida más o menos saludable. Estos comportamientos están profundamente relacionados con las condiciones de vida y de organización social en las que viven las personas.

Los datos muestran que existe un **gradiente social en la salud**. De manera que las personas de los niveles más altos de ingresos, educación y posición social, disfrutan de una mejor salud, una vida más larga, y un mejor pronóstico en caso de enfermar que los de los niveles más bajos. Estas diferencias de nivel, posición, etc. no son fruto de la casualidad. Reducir estas desigualdades es además de un imperativo de justicia social, una oportunidad de mejora de la salud de toda la sociedad.

Ahora que el modelo de desarrollo económico está en crisis, parece que **la reducción de desigualdades proporcionaría mayores cotas de bienestar social que el esperable de un crecimiento económico.**

Por todo ello, **el IV Plan Andaluz de Salud se propone para los próximos años ahondar en el conocimiento de las desigualdades en salud.** Y para ello propone tanto orientar las intervenciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la reducción de las desigualdades como colaborar con las demás instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud para que orienten sus políticas y programas hacia unas cotas de salud distribuidas con mayor equidad. Para ello, se plantea como **eje transversal la incorporación progresiva de la estrategia de Salud en Todas las Políticas**, siguiendo el acuerdo de Roma de 18 de Diciembre de 2007.

El desarrollo del Estatuto de Autonomía lleva aparejado el avance en los nuevos derechos sanitarios, la mejora de unos servicios de salud cercanos, de calidad y orientados a las necesidades expresadas por la ciudadanía por medio de procesos de participación vinculados al desarrollo social y democrático. Por otra parte, la participación en sí misma ha demostrado que mejora la efectividad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, facilitando también la accesibilidad de las personas tradicionalmente marginadas por el sistema¹⁵, y además facilita el cumplimiento, garantizando la responsabilidad de rendir cuentas¹⁶.

¹⁵ <http://www.healthissuescentre.org.au/documents/items/2008/08/226174-upload-00001.pdf>

¹⁶ Doing it with us, not for us. Participation in your health service system 2006–09: Victorian consumers, carers, and the community working together with their health services and the Department of Human Services.

La Salud en Todas las Políticas: eje transversal para los próximos años

El Programa de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha marcado para esta legislatura que la Salud Pública se oriente a mejorar la salud de la población en su conjunto, y este IV Plan Andaluz de Salud se plantea este reto desde la reducción de las desigualdades en salud en su compromiso con la justicia y desde el convencimiento que ese cometido es también social y económicamente deseable.

Además, el Programa de Gobierno plantea poner en valor el Sistema Sanitario Público de Andalucía y establecer una alianza con sus profesionales para que sean protagonistas de una atención sanitaria de calidad que realce el valor de lo público. Finalmente, se compromete a potenciar la investigación, la innovación y la incorporación rápida y equitativa de las tecnologías que demuestren con evidencias suficientes su efectividad. Así como a reforzar las infraestructuras y equipamientos para ofrecer servicios sanitarios accesibles a toda la población. Todo ello en consonancia con la opinión ciudadana vertida en la evaluación del III Plan Andaluz de Salud (PAS).

La ciudadanía ha mostrado su aprobación por los logros obtenidos por el anterior Plan y al respecto:

- Demanda que el creciente desarrollo e incorporación de las tecnologías de información y comunicación (TICs), que consideran muy positiva, se haga evitando las brechas digitales, para ello piden especial atención a la **información y comunicación** con aquella parte de la ciudadanía que por razones de edad, capacidad o recursos no tiene acceso a las mismas.
- Reclama que estos instrumentos de información se traduzcan también en **una comunicación mejor y más cercana con los y las profesionales**, y en una **información asequible** que les permita manejar las evidencias con la mayor capacidad en su **toma de decisiones**.
- Reclama también, en línea con las directrices de la Consejería, mejoras en la **accesibilidad a los servicios**, y sobre todo, accesibilidad para los ciudadanos y ciudadanas con dificultades derivadas de su posición social o económica, de su lugar de residencia o de su estado de discapacidad.

Se abordará conocer el impacto de la globalización en la salud de la ciudadanía andaluza

Así pues, **siguiendo sus demandas de participación activa en las políticas de salud, la ciudadanía ha formado parte de los grupos que han elaborado este IV Plan Andaluz de Salud (PAS), y lo harán también en las actividades de seguimiento y evaluación del mismo una vez que esté aprobado y sea puesto en marcha.**

Pero además, y siguiendo los acuerdos y recomendaciones nacionales e internacionales, este IV PAS plantea la preparación ante los nuevos retos derivados de **la globalización y del cambio climático**. Dos fenómenos diferentes pero ambos de ámbito global y con potenciales efectos adversos en la salud de la ciudadanía. Por un lado, los desastres que el cambio climático puede estar ya generando de forma directa o indirecta, como las inundaciones, olas de temperaturas extremas, cambios en los ecosistemas de floras y fauna, incluyendo las bacterias, virus y sus reservorios, suponen un reto para el que se están ya aplicando diferentes tipos de medidas. Este IV PAS pretende avanzar en las mismas mediante el análisis de cómo impactan en la realidad de Andalucía y en la subsiguiente implantación de **intervenciones de protección, prevención y actuación ante emergencias**.

De otra parte, la **globalización** es un fenómeno reconocido a nivel mundial e implica sustancialmente la **libre circulación de bienes y personas**. **Las relaciones entre globalización y salud no son buenas**, actualmente está admitido que las enfermedades aumentan con la exportación legal e ilegal de bienes (claros ejemplos de ello son las últimas crisis alimentarias vividas como las vacas locas, dioxinas, melamina y leches infantiles); que el movimiento de personas facilita la transmisión de enfermedades (nuevos casos en países desarrollados de tuberculosis o paludismo importado) y de manera indirecta provoca la degradación del medio ambiente, hecho que incide de la misma forma negativamente en la salud. A pesar de que también están descritos ac-

IV PAS busca una mirada más amplia sobre los activos de salud

tivos en salud relacionados con la globalización (incremento de riquezas, solidaridad etc.) **en el ámbito del IV PAS se contempla la necesidad de conocer el impacto de la misma en la salud de la ciudadanía andaluza.**

Un **aspecto innovador de este Plan es el de ampliar la mirada de los factores que inciden en la salud individual y colectiva.** La medicina y la salud pública están orientadas generalmente hacia los riesgos, hacia los problemas de salud, una **mirada dirigida a reducir el déficit de salud.** Este Plan quiere explorar las posibilidades de una **mirada más amplia que recoja los activos de salud.**

Los **activos de salud** se definen como los elementos o recursos que aumentan la capacidad de personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar. **Este IV PAS se propone identificar estos recursos, rescatarlos, generarlos en su caso y potenciarlos y estudiar su contribución a la salud.** Estos recursos pueden ser de carácter social, cultural, familiar, ambiental, estructural, etc.

El **propósito del IV PAS es conocer los activos de salud disponibles en Andalucía,** saber si pueden constituir, o no, una de las causas por las que se encuentran menores desigualdades en salud en los países del sur de Europa que los esperados, de acuerdo a la relativamente poca extensión de sus políticas sociales en comparación con las de los países nórdicos¹⁷, con objeto de valorar su potencial para generar salud.

Retos para la mejora de la salud en Andalucía

En resumen, los **retos para la mejora de la salud en Andalucía** se plantean en varios ámbitos:

La salud es un requisito para el progreso y para el bienestar individual y colectivo

- Uno de ellos implica **hacer mejor lo que ya se viene haciendo.** Supone poner en evidencia que gran parte de los **factores conocidos que inciden en la salud** de la población están siendo ya abordados. Factores como el tabaquismo, la alimentación inadecuada, el sedentarismo y sus consecuencias como la obesidad, la hipertensión, las cifras altas de colesterol o de glucosa y las enfermedades relacionadas con ellos, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, o el cáncer, se abordan ya con estrategias específicas contenidas en los Planes Integrales, y en los procesos asistenciales, entre otras iniciativas.
- Adecuar estos planes a las nuevas evidencias relacionadas con las desigualdades antes mencionadas y orientar las acciones hacia los determinantes extrasanitarios (educación, seguridad económica, desempleo, medioambiente, condiciones de trabajo,...) que los originan, actuando conjuntamente con las instancias responsables de las mismas, para que valoren adecuadamente las consecuencias para la salud de sus políticas, planes, programas o intervenciones. Esto junto con la continuación en la mejora de la calidad de los servicios existentes, la resolución de potenciales problemas de accesibilidad y la consideración de la participación de la ciudadanía, son parte de las propuestas de este Plan.
- Otro de los retos se refiere a **desarrollar los compromisos e indicaciones de organismos nacionales e internacionales en lo referente a diagnosticar y aplicar las estrategias locales** que permitan proteger de manera efectiva a la ciudadanía andaluza de los retos derivados del **cambio climático y de la globalización**, o las indicaciones de UE en materia de **salud en todas las políticas**, o las recomendaciones de la OMS para reducir la injusticia de las desigualdades en salud.

17 J.P. Mckenbach. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med 2008;358:2468-81

- Finalmente, el reto de **explorar la potencialidad de una visión amplia de los determinantes de salud**, sobre todo los que constituyen **activos de salud** y contribuyen a generar salud tanto a nivel individual como colectivo.

La salud, un derecho a garantizar

Desde el convencimiento de que **la salud es un bien precioso**, y de que es responsabilidad tanto del Gobierno de Andalucía y como de la ciudadanía, individual y colectivamente, el velar por la salud, **el escenario expuesto lleva a un nuevo pacto social por la salud expresado en el IV PAS.**

En este sentido se considera que **la salud es ante todo un derecho que hay que garantizar**, pero además que esta garantía ha de traducirse en hechos porque **la salud es un requisito para el progreso, para la obtención de recursos para la vida, y para que esta pueda vivirse en su máxima plenitud a nivel individual y social.** Es por lo tanto, también un requisito para la sostenibilidad de una comunidad que aspira a las más altas cotas de bienestar.

Este IV PAS se propone orientar las intervenciones que del mismo se derivan siguiendo los **principios que guían el buen gobierno.** Tanto en la denominada **“gobernanza vertical”**, en coordinación con las políticas nacionales y supranacionales, pero sobre todo, y con las lecciones aprendidas de la provincialización del II PAS, **desarrollando las acciones a nivel provincial y local;** como en la **“gobernanza horizontal”** coordinando las acciones intersectoriales con objetivos compartidos de salud con otros sectores.

Además, este IV PAS incorpora, siguiendo las recomendaciones de la OMS y las directrices de la política de salud para la legislatura, la **función de difundir las políticas de salud a las demás instituciones y administraciones** para que colaborando con cuantas ostenten competencias sobre los determinantes de salud, contribuyamos a que sus políticas, programas o intervenciones tengan el impacto más positivo posible sobre la salud. Para ello, se propone la **introducción de instrumentos ágiles que permitan la evaluación del potencial impacto de las mismas en la salud de la población.** Además, se propone la **introducción de instrumentos de gestión que potencien la descentralización y el protagonismo de los y las profesionales,** con transparencia y con el compromiso de rendición de cuentas.

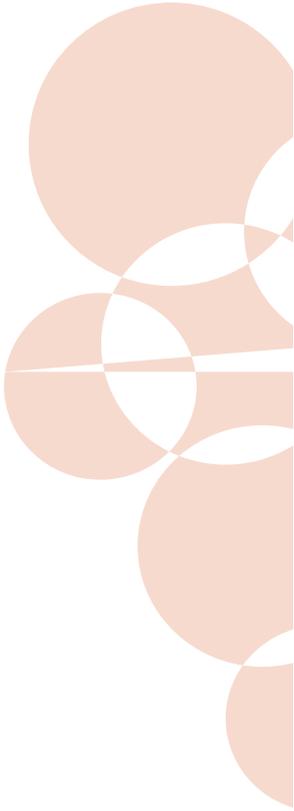
Finalmente, **este IV PAS se plantea incorporar como una actividad propia del plan la evaluación continúa del mismo,** como método de aprendizaje, mejora continua, y como actividad que añade valor y significado a la rendición de cuentas.

Compromisos

Por lo tanto, como consecuencia del diagnóstico de la situación de la salud y de sus determinantes, de la evaluación del III PAS, de los datos de prospectiva demográfica, social y económica relevantes para la salud, de las expectativas de la ciudadanía y de profesionales, de los desarrollos y retos de la investigación e innovación sanitaria, del desarrollo de los derechos en materia de salud y de las nuevas formas organizativas para ofrecer mejores y más eficientes servicios de salud **se propone que el IV PAS se oriente a la consecución de los siguientes compromisos:**

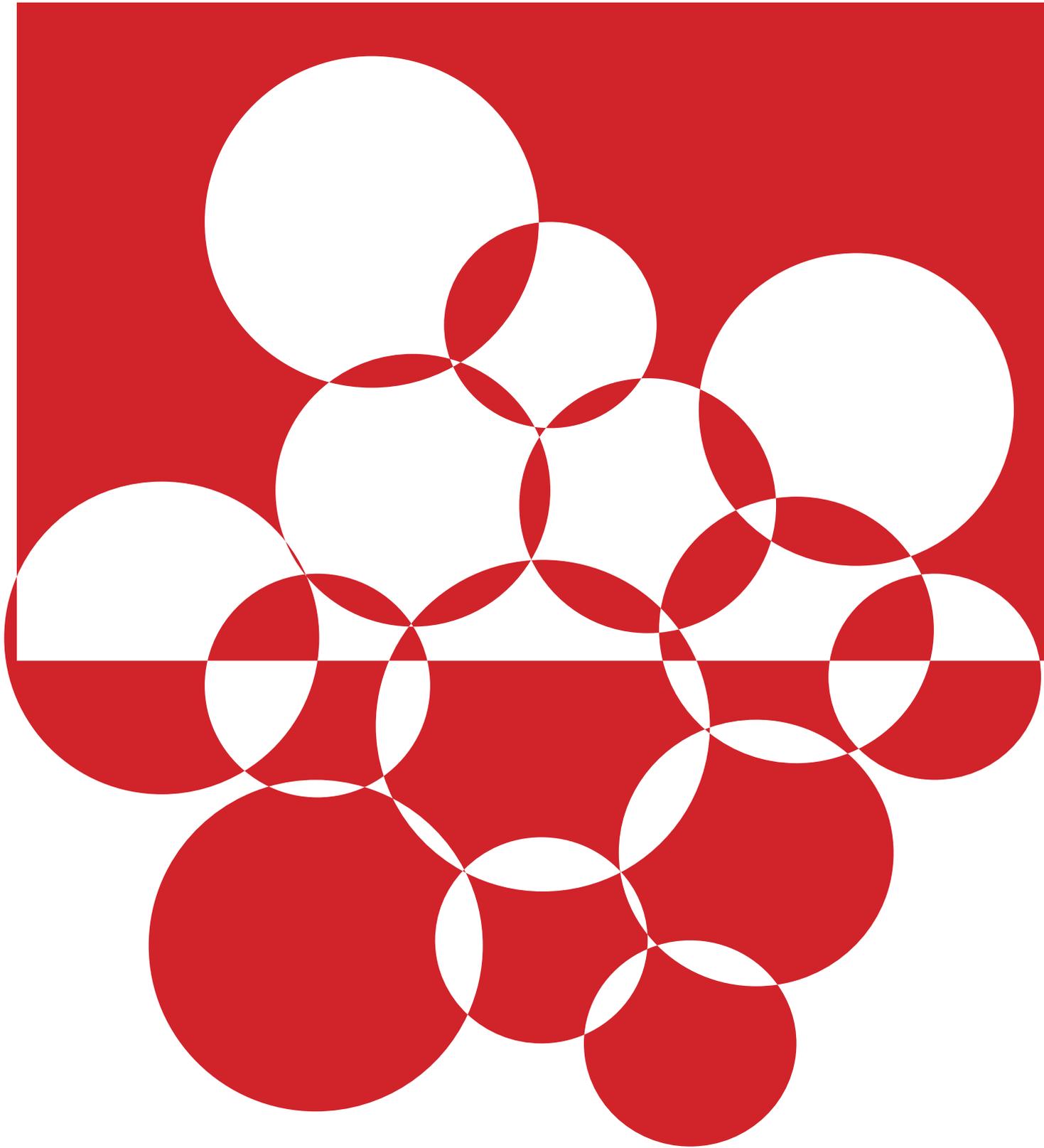
- Aumentar la **esperanza de vida en buena salud.**
- **Proteger y Promover** la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la sostenibilidad, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.
- Generar y desarrollar los **activos de salud** de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.





- Reducir las **desigualdades sociales** en salud.
- Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al **servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales, potenciando el espacio compartido de la gestión clínica**.
- Fomentar la **gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías** con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.





NOS COMPROMETEMOS...

6 COMPROMISOS DE PRESENTE Y DE FUTURO

Compromiso 1: Aumentar la esperanza de vida en buena salud

El aumento de la esperanza de vida (EV) y la reducción de la natalidad, están en la base del envejecimiento que va a experimentar en los próximos años la población andaluza. Según las estimaciones, en 2015, el número de personas mayores de 65 años será de unas 200.000 personas más que las que había en 2010. Esto supone que si enfermedades como la diabetes o la hipertensión no reducen su prevalencia, el número de personas que requerían los servicios de salud aumentará proporcionalmente a su frecuencia. Habrá que atender a unas 12.000 personas diabéticas más, o a unas 120.000 hipertensas más.

Aunque se ha pensado con frecuencia que la esperanza de vida habría llegado a su límite, la tendencia actual muestra que la esperanza de vida aumenta 2,5 años por decenio, con lo que no está claro cuanto se prolongará en el futuro¹⁸.

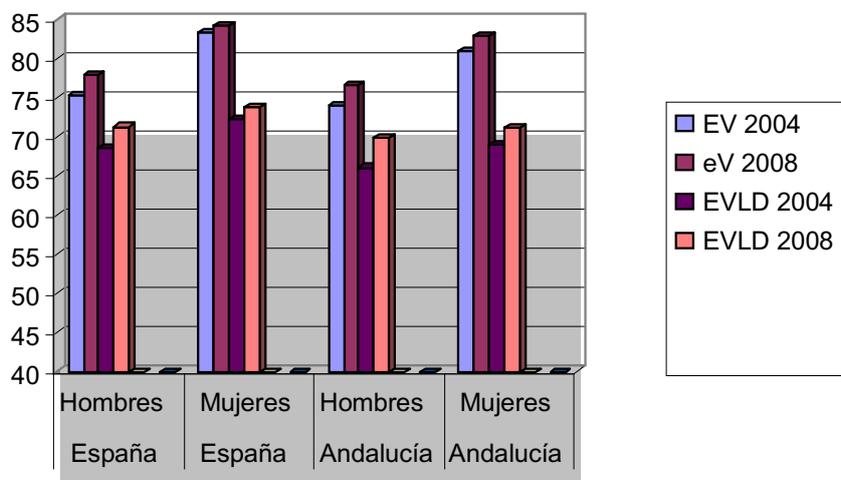
Incrementar la esperanza de vida con buena salud (EVBS) significa que la población no solamente viva más tiempo, sino que también viva una mayor parte de la vida sin enfermedades crónicas incapacitantes, sin discapacidad y con mejor percepción de su salud. Es un mandato ligado al derecho a disponer de la mejor salud posible, considerando la salud tanto como un fin y como un recurso para que cada persona pueda desarrollar su proyecto vital.

La EVBS, o la libre de discapacidad (EVLD) es bastante más corta que la esperanza de vida, tanto para hombres como para mujeres; y el objetivo de las estrategias de salud no sólo debe ser incrementar la esperanza de vida sino aumentar lo más posible el porcentaje de tiempo que se vive con buena salud. Las mujeres disponen de una esperanza de vida y una esperanza de vida libre de discapacidad más larga que los hombres. Sin embargo, el porcentaje de años que viven en buena salud es menor que la de los hombres.

¹⁸ EHEMU Technical report 2 July 2005 Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel (ECHP)

Actualmente, la esperanza de vida con buena salud al nacer, en los países de la antigua UE-25, está 15 años por debajo de la esperanza de vida general para los hombres, y 19 años por debajo para las mujeres¹⁹. Andalucía presenta cifras de EV y EVLD algo por debajo de la media española. En los últimos años el diferencial en la EV y EVLD se ha acortado con respecto a España, sobre todo en hombres. La ganancia en EV de 2004 a 2008, en hombres en España fue de 2,48 años, mientras que fue de 3,29 para los hombres de Andalucía, para las mujeres fue similar 1,8 años en ambos casos. En el caso de la EVLD, la ganancia en hombres en España fue de 2,75 años, mientras que fue de 3,78 para los hombres de Andalucía. Para las mujeres fue también mayor en Andalucía que en el promedio de España: 2,23 y 1,54 años respectivamente.

Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en Andalucía y España: evolución 2004-2008. Fuente: INE



Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008²⁰, la EV libre de enfermedades crónicas y la EVBS en hombres son las variantes de este indicador en las que Andalucía obtiene cifras más altas que la media española. Las discapacidades relacionadas con la movilidad y las discapacidades severas son las que más pesan a la hora de reducir la EVLD.

La esperanza de vida con buena salud es un indicador que sintetiza en una sola medida cuatro indicadores que son: la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de enfermedad crónica, la esperanza de vida libre de discapacidad y la esperanza de vida con una percepción subjetiva de buena salud.

Se trata de un buen indicador del nivel de salud y calidad de vida de una comunidad. Su principal ventaja es que no hace únicamente hincapié en la duración de la vida, como sucede con la esperanza de vida, sino en otras características de cómo se viven esos años para intentar aproximarse a la medición de la esperanza de vida con calidad. Aunque al incorporar la percepción del estado de salud introduce la subjetividad de las personas en la medición, y es precisamente este hecho el que le permite dar una buena aproximación a la esperanza de vida con buena calidad, en lo que a la salud se refiere²¹.

Como indicador refleja el hecho de que, por lo general, una persona no vive toda la

19 EHEMU Technical report 3 Juillet 2005 Différentes estimations des espérances de santé dans les pays de l'Union européenne en 2002

20 http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/esp_vida/10/&file=02002.px&type=pcaxis&L=0

21 En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. CDC en <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>

vida en plena salud. Las enfermedades crónicas, la fragilidad y la discapacidad tienden a volverse más frecuentes en la vejez, por lo que una población con una mayor esperanza de vida no es necesariamente más sana.

Además, como se ha mencionado, la esperanza de vida en buena salud es un buen indicador para expresar desigualdades en salud, sean debidas a diferencias socio económicas o a desigualdades de género. La salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores²².

El creciente envejecimiento y los años sin buena salud conducen a mayores necesidades sanitarias y sociales, especialmente en cuanto a enfermedades vasculares degenerativas, cáncer, enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas y osteoarticulares.

Las personas enfermas representan un compromiso financiero mayor que las sanas²³, en cambio las que tienen una buena percepción de su estado de salud están en condiciones de contribuir económica y socialmente y consumen menos recursos sanitarios y sociales.

Esto también influye en las políticas económicas y productivas, por ejemplo, para prolongar la vida productiva de las personas, las personas tienen que estar en condiciones físicas de trabajar, y para ello tener una mayor esperanza de vida con buena salud.

Clásicamente las estrategias para lograr su aumento han de pasar por:

- la promoción de entornos de vida saludables, de estilos de vida protectores que reduzcan la aparición de oportunidades y de peligros para enfermar y que potencien las opciones saludables (Promoción de Salud)
- el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (Prevención Primaria)
- el diagnóstico precoz o rápido y el tratamiento de las enfermedades para reducir la discapacidad y la mortalidad (Prevención Secundaria)
- la rehabilitación funcional y la recuperación de la trayectoria vital para reducir el grado de discapacidad y dependencia. (Prevención Terciaria)

Estas estrategias se han dirigido fundamentalmente a la reducción de la mortalidad evitable. La Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE) se definió a mediados de los años 70 como la mortalidad debida a un conjunto de causas que, según la evidencia científica disponible, puede ser vitada mediante la intervención de los servicios de salud²⁴. Posteriormente se han sumado otras causas que susceptibles de intervención preventiva por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI), dejando con ello de limitar su uso a la evaluación de la calidad del sistema asistencial²⁵.

Estas formas tradicionales de reducir la carga de enfermedad no incorporan estrategias específicas para mejorar el cuarto componente de la Esperanza de vida en buena salud que, como se ha visto, es la percepción subjetiva de buena salud. Esta es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud,

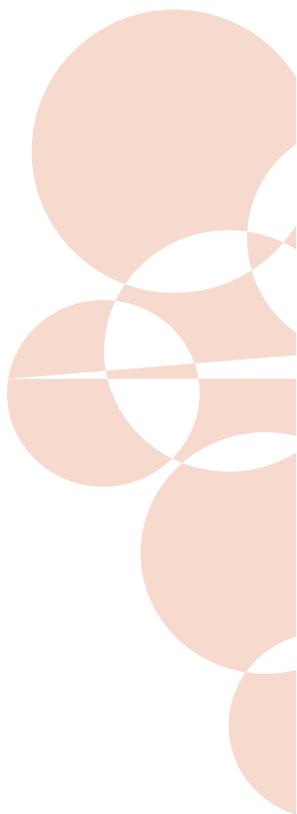
22 AZPIAZU GARRIDO, Mercedes et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, vol.76, n.6, pp. 683-699. ISSN 1135-5727.

23 UE. DG SANCO La esperanza de vida con buena salud, en el corazón de la estrategia de Lisboa. En http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_es.htm

24 Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, et al. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med. 1976;294: 582-8.

25 Gispert Rosa, Arán Barés María de, Puigdefàbregas Anna. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit 2006;20(3):184-93





mostrando ser buena predictora de la esperanza de vida, de la morbi-mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios^{26,27}.

La percepción del propio estado de salud es también un buen indicador para la evaluación de desigualdades en salud. De hecho, la percepción de su salud es peor entre quienes tienen menos recursos, entre las mujeres y entre las personas mayores²⁸.

Esta percepción, está influida por características propias de cada persona y por circunstancias del entorno. Entre las características personales están: el padecimiento de alguna enfermedad, el significado que de la salud y de la enfermedad tienen la persona, sus valores, sus expectativas y creencias; y, fundamentalmente, su salud mental y su capacidad funcional. Entre las relativas al entorno están el medio educativo, el ambiente laboral, el contexto familiar y social y el hábitat.

La capacidad que tengan las personas para el afrontamiento de las circunstancias vitales adversas (resiliencia) es uno de los determinantes más importantes de la aparición del estrés y, por tanto, de la salud mental y de la autopercepción más o menos negativa del estado de salud.

También la capacidad de afrontar determina en gran medida la reacción de las personas cuando su percepción de la salud es negativa, en el sentido de buscar una respuesta médica a problemas que no lo son. Alrededor de un 2% de la población presenta síntomas físicos sin causa orgánica, y este fenómeno, denominado somatización, es más frecuente en mujeres y en personas con pocos recursos económicos²⁹. Estas personas resultan hiperfrecuentadoras del sistema sanitario. Algunos estudios estiman que entre un 20 y un 25% de las personas que consultan en Atención Primaria lo hace por un problema psicósomático o somatoforme³⁰. El grupo más frecuente de pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria con sufrimiento psicológico no cumplen los criterios de caso psiquiátrico y la farmacoterapia no es generalmente útil para estos problemas³¹.

La capacidad para afrontar los problemas no es un rasgo que las personas tienen o no tienen de forma innata. Incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona y que se adquiere a través del aprendizaje, mediante técnicas psicoeducativas, de las formas adecuadas de resolución de problemas, del fomento de la autoestima, el autocontrol, la autoeficacia y la comunicación. Se trata, por tanto, de algo sobre lo que es posible intervenir para mejorar la propia percepción de salud y bienestar por lo que estas intervenciones deben contemplarse para el cumplimiento del compromiso de mejorar la esperanza de vida en buena salud.

El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los problemas osteomusculares y del tejido conjuntivo y los problemas de salud mental, son los grupos de enfermedades que contribuyen con más peso al conjunto de la carga de enfermedad en Andalucía. El consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, los niveles sanguíneos elevados de colesterol y glucosa, se encuentran entre los factores de riesgo estudiados

26 Antonio Abellán. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol* 2003;13(5):340-342

27 Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Beha* 1997;38:21-37.

28 Maica Rodríguez-Sanz, Paloma Carrillo Santistevé, Carme Borrell Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003. Observatorio de Salud de la Mujer. En www.msc.es/.../sns/.../Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

29 KARL-HEINZ LADWIG, BIRGIT MARTEN-MITTAG, NATALIA ERAZO, HARALD GU NDEL. Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination Survey Psychosocial Burden and Gender Differences. *Psychosomatics* 42:6, November-December 2001

30 Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):52-8. Epub 2009 Apr 10.

31 Gutierrez Nieto, AM. Propuesta de trabajo social desde atención primaria en el proceso asistencial integrado de ansiedad, depresión y somatización (ADS): grupos de atención psicossocial para mujeres. *Trabajo Social y Salud*, 2007; 58: 187-198.

más estrechamente vinculados a la pérdida de años de vida en buena salud.

En Andalucía se vienen desarrollando desde hace años, y a través de los diferentes Planes de Salud, estrategias para mejorar la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de discapacidad. Estas se han orientado a abordar:

- **Los estilos de vida y los entornos saludables** mediante abordajes como el Plan de Alimentación Equilibrada y Actividad Física (PAFAE), el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) y la promoción de la salud en la adolescencia y la juventud (Forma Joven).
- **La prevención de enfermedades transmisibles**, fundamentalmente mediante el Programa de Vacunaciones de Andalucía, la prevención de la infección por VIH y las intervenciones de protección de la salud para controlar la transmisión alimentaria, hídrica y ambiental de estas enfermedades.
- **La prevención de enfermedades no transmisibles y lesiones** a través del desarrollo de los Planes Integrales (PPII) que han definido actuaciones preventivas para los problemas de salud que producen una mayor morbilidad, discapacidad y mortalidad. Son el Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía (PICA), el Plan Integral de Diabetes Mellitus de Andalucía (PIDMA), el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA), el Plan Integral de Salud mental de Andalucía (PISMA) y el Plan Integral de Accidentalidad (PIAA), el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA), el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN) etc. Además existe una estrategia de prevención y atención a las víctimas de la violencia de género.
- También **los PPII** han abordado el **diagnóstico precoz, el sistema de atención sanitaria y la rehabilitación** de las personas afectadas por los problemas de salud a los que se enfrentan. Los instrumentos fundamentales para ello son los Procesos Asistenciales Integrados en los que se define cómo debe hacerse el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades más prevalentes o más graves y los indicadores de calidad de esas prácticas.

Otras estrategias que no son PPII también pretenden mejorar la Esperanza de vida en buena salud desde una perspectiva sociosanitaria, como son la de **Atención Temprana, la de Envejecimiento Activo, el Plan Andaluz de Alzheimer, el Plan Andaluz de Enfermedades Raras, el Plan Andaluz del Dolor o el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.**

Además, los PPII han desarrollado líneas instrumentales de actuación como los **sistemas de información, la vigilancia de las enfermedades y sus determinantes y la gestión del conocimiento** mediante la producción y divulgación de información científica relevante.

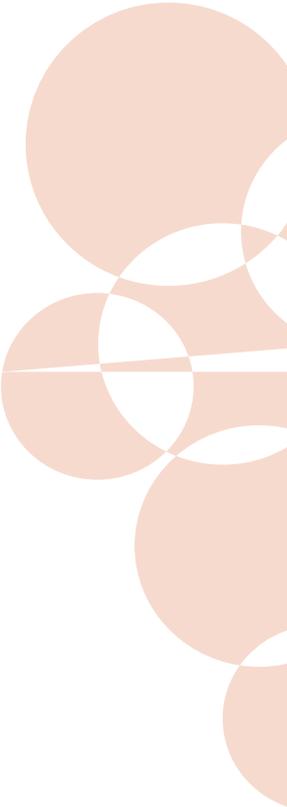
Los PPII han articulado sus intervenciones con otros planes y estrategias de salud fundamentales para su desarrollo como el III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, el Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Estrategia para la Seguridad del Paciente, o la Estrategia Cuidarte.

El desarrollo de los PPII ha supuesto un gran avance en las estrategias de mejora de la esperanza de vida en buena salud, aunque hay problemas de salud para los que no se dispone de una estrategia definida, o la que existe no está suficientemente actualizada a la luz de las nuevas evidencias científicas disponibles.

Andalucía cuenta con unas cifras excelentes de esperanza de vida. Durante el siglo XX, la esperanza de vida prácticamente se ha duplicado, se han ganado cerca de cuarenta años de vida más por persona, un ritmo de crecimiento promedio cercano al medio año de vida por año calendario (40,7 años en 1910 y 78,6 años en 2001)³²

32 IEA. Longevidad y calidad de vida en Andalucía. En <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/lcva/>





y ha seguido aumentando aunque más levemente en los últimos años hasta alcanzar 79,7 años en 2008. Con todo, los indicadores de EV, EVLD y EVBS pueden mejorarse. Por ello, en el abordaje del compromiso de “Aumentar la esperanza de vida en buena salud” se parte de un alto nivel de logro en el que es necesario identificar las oportunidades de mejora para definir los objetivos que deben ser definidos prioritariamente.

Para ello se proponen metas concretas precisas vinculadas a los factores que inciden en la EVLD y en la EVBS.

Para actuar sobre la primera meta, las actuaciones irán dirigidas a potenciar el enfoque preventivo y de promoción de la salud en el desarrollo de los planes integrales y las estrategias de salud, con el fin de incrementar la efectividad de sus acciones en términos de resultados en salud, al tiempo que se actualizan las acciones dirigidas a los principales problemas de salud emergentes y los determinantes relacionados.

Una parte importante de esta meta dirige sus estrategias a la mejora de la calidad de las intervenciones y a la potenciación del enfoque de la recuperación en el abordaje de las situaciones con mayor impacto sobre la EVBS.

La segunda meta busca avanzar en la integralidad de las respuestas, potenciando la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto en el abordaje de las condiciones de vida y los determinantes de la desigual distribución de este indicador en la población andaluza, con especial énfasis en la adecuación de los entornos en los que la población vive y se relaciona.

El componente de autonomía frente a las decisiones y la percepción de la salud (que como se ha mencionado se relaciona muy estrechamente con el estado de salud y predice la mortalidad) es el objeto de la tercera meta, que se centra en reforzar las capacidades y mejorar las competencias de la ciudadanía para influir sobre los elementos que determinan en su propia salud, promoviendo la corresponsabilización. Pero también compromete a las autoridades en el desarrollo de instrumentos que faciliten la toma de decisiones informada y eviten la medicalización de situaciones vitales.

Finalmente, la última meta para cumplir el compromiso se centra en generar, extender y compartir conocimiento sobre la esperanza de vida en buena salud y la efectividad de las intervenciones y políticas para mejorarla, con un fuerte compromiso de rendición de cuentas ante la sociedad y, especialmente, sus agentes principales.

META 1.1. Conseguir mayores niveles de salud con las acciones contempladas en los planes integrales y las estrategias de salud priorizadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

OBJETIVOS:

1.1.1. Potenciar el enfoque preventivo y de promoción de la salud en el desarrollo de los planes integrales y las estrategias de salud, con el fin de incrementar la efectividad de sus acciones en términos de resultados en salud.

1.1.2. Definir nuevas estrategias frente a problemas de salud emergentes y actualizar las existentes en base a las modificaciones en el contexto social y a los nuevos conocimientos que se generen:

1.1.3. Seguir impulsando las líneas del Plan de Calidad del SSPA en la atención a las personas que presenten enfermedades o riesgos con impacto en la esperanza de vida en buena salud.

1.1.4. Potenciar la recuperación de las personas que presentan enfermedades o discapacidad, con mayor impacto en el proyecto vital.

1.1.5. Conseguir una respuesta integral apropiada para reducir el impacto de la dependencia en la vida de las personas.

META 1.2. Potenciar la acción social e intersectorial en el abordaje de las condiciones de vida y los determinantes de salud de mayor impacto en la esperanza de vida en buena salud de la población de Andalucía.

OBJETIVOS:

1.2.1. Establecer un marco efectivo de colaboración con todos los agentes implicados para el abordaje de los principales determinantes relacionados con la esperanza de vida en buena salud.

1.2.2. Potenciar la adecuación del entorno físico de las personas, de manera que se facilite la vida en buena salud.

1.2.3. Elaborar propuestas basadas en los paradigmas de Envejecimiento Activo y Saludable, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

META 1.3. Promover una cultura vital autónoma en Salud.

OBJETIVOS:

1.3.1. Facilitar la autonomía y las decisiones informadas de la ciudadanía sobre las intervenciones terapéuticas.

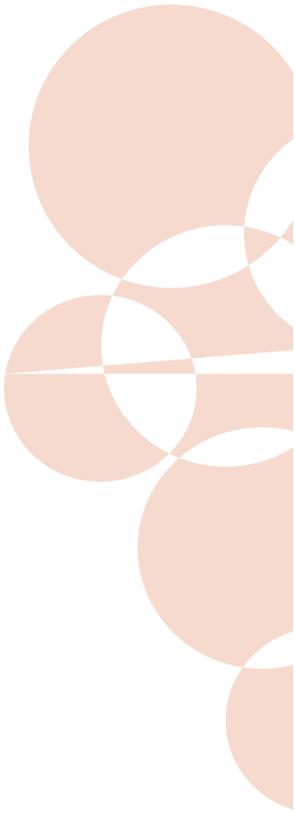
1.3.2. Mejorar las competencias de las personas para valorar, cuidar y mantener, de manera autónoma, su propia salud, como estrategia de corresponsabilidad.

META 1.4. Generar nuevo conocimiento sobre la medición de la esperanza de vida en buena salud, y la efectividad de las intervenciones y políticas para mejorarlas.

OBJETIVOS:

1.4.1. Medir, analizar y evaluar de forma periódica los años de vida en buena salud, siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea para su comparación con las comunidades y naciones de nuestro entorno.

1.4.2. Evaluar el impacto de las diferentes iniciativas de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en la salud de las integradas en la red de servicios y prestaciones derivadas de la ley.



Compromiso 2: Proteger y Promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario

El cambio climático, las acciones antropogénicas no sostenibles, la globalización y los riesgos de salud pública emergentes, comparten elementos comunes e interdependientes que configuran una misma constelación causal: las actuaciones humanas que dañan los ecosistemas, polarizan los recursos y afectan a la salud. Aun siendo difícil su segregación, se ha abordado en metas distintas para facilitar la definición y evaluación de los objetivos.

Sobre el cambio climático

Existe hoy un firme consenso científico mundial en torno a la idea de que “el calentamiento del clima es incuestionable³³” y se debe a la actividad humana, principalmente la quema de combustibles fósiles que liberan a la atmósfera gases de efecto invernadero. Igualmente, hay suficientes pruebas de que la inacción puede llevar a costes inalcanzables o, simplemente, a que se produzcan efectos irreversibles y de magnitud desconocida hasta el momento presente. Por otro lado, el sur de Europa, y particularmente Andalucía, se encuentran a escala global en la categoría de territorios de especial vulnerabilidad a los efectos del cambio climático. A esta necesidad responde el Programa Andaluz de Adaptación al Cambio Climático (PAACC), en cuya elaboración han participado todas las Consejerías de la Junta de Andalucía y se han tenido en cuenta las observaciones y sugerencias surgidas en diversos foros de expertos en materia de cambio climático³⁴. El Portal Andaluz del Cambio Climático (PACC) es un portal temático, de carácter divulgativo, impulsado por la Junta de Andalucía, que pretende mejorar el conocimiento de la ciudadanía sobre el Cambio Climático y sus implicaciones prácticas, especialmente en el ámbito de la comunidad autónoma andaluza.

La OMS ha subrayado que los riesgos para la salud son considerables, afectan a todo el planeta y son difícilmente reversibles, como la muerte de más de 44.000 personas provocada por la ola de calor que sufrió Europa en 2003. El cambio climático está afectando por diversos mecanismos a algunos de los determinantes más importantes de la salud como los alimentos, el aire y el agua³⁵.

El impacto será desproporcionadamente mayor en poblaciones vulnerables, especialmente en personas menores, en la vejez y en personas enfermas o con escasos recursos. La vulnerabilidad será mayor en las zonas sensibles al clima, con estrés por escasez de agua, megaciudades y zonas aisladas geográficamente.

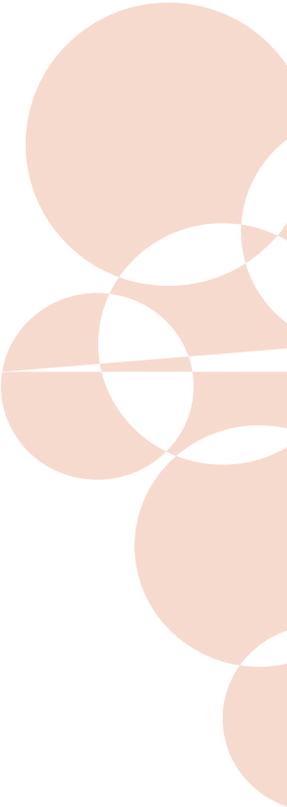
En este sentido, el **Plan de Acciones Preventivas contra los Efectos del Exceso de**

33 Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio climático, Cuarto Informe de Evaluación. Cambio climático 2007: informe de síntesis. Resumen para responsables de políticas. Ginebra.

34 ACUERDO de 3 de agosto de 2010, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Programa Andaluz de Adaptación al Cambio Climático. CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA.

35 “Cambio climático y salud”. OMS. Consejo Ejecutivo. 122ª reunión. Informe de la Secretaría. 16/01/2008





Temperaturas de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, ha sido una iniciativa coherente y orientada a la prevención de la morbimortalidad asociada con la exposición al calor excesivo.

Se prevé que **la falta de respuesta tenga un impacto en términos de enfermedades, gasto sanitario y pérdidas de productividad, equivalente o mayor al gasto necesario para afrontar el riesgo ambiental en cuestión.**

La OMS recomienda, entre otras medidas, que se estudie en qué medida puede el sistema sanitario hacer frente a la amenaza adicional que supone el cambio del clima, aplicar estrategias de adaptación para fortalecer la protección de la salud, que se mejore la capacidad para afrontar emergencias de salud pública, se promueva la salud a través de la estrategia de salud en todas las políticas, se potencie la investigación aplicada sobre la protección de la salud frente al cambio climático, al mismo tiempo que se mejoran los sistemas de vigilancia sanitaria y fomentan las alianzas interdisciplinares³⁶.

Sobre la globalización

La globalización tiene aspectos positivos y negativos. Aporta beneficios, puede incrementar la riqueza e inspira un sentido de solidaridad y responsabilidad compartida con respecto a la salud. Sin embargo carece de reglas que garanticen una distribución justa o equilibrada de los beneficios. Las crisis energética, alimentaria, financiera y del clima que estamos viviendo son en gran parte producidas por la globalización. Todas tienen causas mundiales y consecuencias locales, injustas para la salud. El sector de la salud no ha tenido ni voz ni voto cuando se han formulado las políticas que han causado estas crisis, pero **la salud está sufriendo la mayor parte de las consecuencias**³⁷.

Es necesario por tanto **realizar las reformas necesarias para estar presente en la toma de decisiones políticas**, potenciar la abogacía del sector salud y **mejorar la gobernanza** potenciando la estrategia de salud en todas las políticas.

Uno de los más claros efectos de la globalización es el **movimiento poblacional y la desaparición de fronteras para las enfermedades transmisibles** emergentes y re-emergentes.

Por otra parte, las **crisis de seguridad alimentaria** vividas en los últimos 20 años han puesto de relieve que el mercado global de productos y alimentos aumenta los riesgos de origen biológico, químico y físico y, por tanto, es necesario un reforzamiento de los sistemas de vigilancia y control y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante las alertas de salud pública.

Es necesario profundizar en las consecuencias para la salud de la globalización y la manera de mitigar sus efectos.

Sobre el conocimiento y la innovación

Existen multitud de datos que relacionan los factores ambientales con numerosas patologías. En las últimas décadas se ha registrado en Europa un aumento considerable de la tasa de incidencia de cáncer de pulmón y testículos así como el empeoramiento de la calidad seminal relacionada con la hipótesis de “disruptores endocrinos”³⁸. Sustancias muchas de ellas incluidas en multitud de artículos de consumo doméstico como aditivos plásticos (envases, tetinas de biberones) materiales de construcción etc.

36 Protecting Health in Europe from climate change. WHO 2008

37 Globalización y salud. Dra. Margaret Chan. OMS. Intervención ante la Asamblea General de las Naciones Unidas. 24/10/2008.

38 Chil“Europe’s environment: the third assessment” (Medio ambiente en Europa: tercera evaluación), Agencia Europea de Medio Ambiente 2003

Por otra parte, se ha descrito igualmente un aumento de las enfermedades respiratorias y asma sobre todo en personas menores relacionada entre otros factores con la industrialización y las partículas PM₁₀, PM_{2,5}³⁹ incluso con fracciones menores como son las partículas ultrafinas (PM_{<0,1micra}).

Éstos últimos son algunos ejemplos de enfermedades relacionadas con factores ambientales para las cuales no se cuenta con la mejor evidencia científica disponible. **Establecer un vínculo causal entre medio ambiente y salud presenta muchas dificultades.** No se conocen datos sobre la exposición global a contaminantes, su distribución en los ecosistemas, sobre la exposición combinada y efectos sinérgicos de los mismos (efecto cóctel), tiempo de aparición de los síntomas, etc.

En cuanto a la **inocuidad de los alimentos**, una vez que los sistemas de evaluación de los riesgos asociados a los mismos y de su impacto sobre la salud de las personas ha mostrado su eficacia, es preciso reforzar las estrategias de gestión del conocimiento hasta el nivel local, en donde las evaluaciones y actuaciones derivadas del mejor conocimiento científico son las bases primordiales de las intervenciones de protección de la ciudadanía frente a dichos riesgos. Por otro lado, también la aparición de nuevos escenarios tanto sociales como tecnológicos y sus riesgos asociados, que afectan al consumo y producción de los alimentos ha hecho aparecer la necesidad de nuevas metodologías de investigación y evaluación que requieren de una continua evolución de las agencias y organismos científicos y administrativos encargados de ello, y consecuentemente una mejor difusión y explicación de los nuevos conocimientos.

Este reto es precisamente el que hace que la salud ambiental y la seguridad alimentaria precisen una actualización constante para gestionar el mejor conocimiento científico y respaldar la instauración y fortalecimiento de políticas de protección de la salud de la población.

Se hace necesario, por tanto, un enfoque innovador basado fundamentalmente en la mejora del conocimiento científico, que integre la información en relación a la carga contaminante, su distribución en los ecosistemas y su relación con datos de carácter sanitario, así como un fortalecimiento de la investigación en esta materia, llevada a cabo por grupos multidisciplinares. Y basado también en la incorporación de la mirada hacia los determinantes medioambientales de la salud influidos por las actividades y competencias de otros sectores.

La etiología multifactorial, las dimensiones de los problemas relacionados con la seguridad alimentaria y la salud ambiental y su epidemiología, caracterizada por la ausencia de fronteras nítidas entre ambas, contaminación alimentaria y ambiental, y la necesidad de abordar otros nuevos problemas derivados del actual contexto social, como la preservación de un entorno saludable en los espacios donde se desenvuelve la vida humana, o en los medios de transporte disponibles, ha determinado un **nuevo paradigma en protección de la salud** que pasa por un enfoque holístico, integrado y coordinado de los mismos, que requiere un replanteamiento de las estructuras organizativas del control oficial y, al mismo tiempo, de la propia función de “autoritas” que le corresponde.

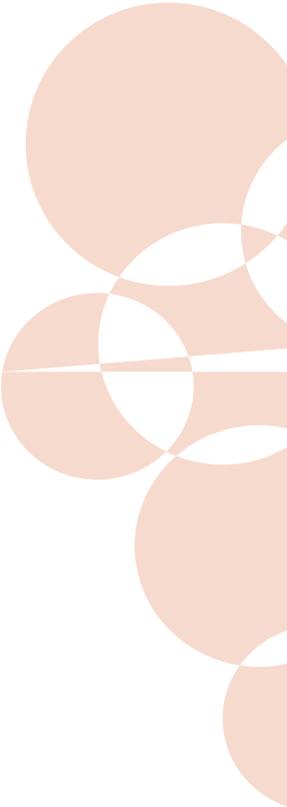
Sobre los riesgos ambientales y alimentarios

Riesgos ambientales

La exposición a **sustancias y preparados químicos peligrosos**, el uso de biocidas y plaguicidas fitosanitarios, las sustancias Carcinogénicas Mutagénicas y Tóxicas para la reproducción (CMRs), Persistentes Bioacumulables y Tóxicas (PBT) representan junto a otro tipo de compuestos químicos, graves amenazas que deben ser objeto de vigilancia y control.

39 ISAAC, International study of Asthma and Allergies in childhood 1995-1996





El Instituto Nacional de Toxicología registró 59.724 consultas por episodios de intoxicación por productos químicos en 2005, de las que 9.709 (16,3%) se realizaron desde Andalucía. El 78% de las mismas provenían del entorno doméstico, y el 50% de ellas están relacionadas con menores de 14 años.

El *Proyecto de Inspección Europeo ECLIPS* llevado a cabo en países miembros en 2003-2004, puso de manifiesto que el 60% de los productos químicos comercializados en Europa presentan **deficiencias** en el contenido y formato de su etiqueta de peligrosidad y que el 70% de los mismos presentan deficiencias en sus Fichas de Datos de Seguridad. Estos resultados coinciden con la situación evidenciada en Andalucía.

En Andalucía se dispone en la actualidad de 615 estaciones depuradoras de **aguas residuales** (EDAR, en adelante) urbanas en funcionamiento, con capacidad para realizar el tratamiento de aguas residuales equivalente a una población de 11,9 millones de habitantes, lo que supone el 88% de carga contaminante total generada procedente de núcleos urbanos.

Según la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio actualmente se encuentran en fase de construcción las infraestructuras necesarias para la depuración de un 3% de la carga contaminante generada en Andalucía. Es preciso continuar la inversión en infraestructuras hasta cubrir todas las necesidades de depuración actuales.

Otro aspecto a destacar es la práctica cada vez más extendida es la reutilización de aguas depuradas, “aguas regeneradas” dentro del denominado ciclo integral del agua. En España es objeto de regulación jurídica mediante la publicación del RD 1620/2007 en cumplimiento de las directrices impuestas por la directiva marco de aguas (Directiva 2000/60/CE). En esta normativa se establecen unos criterios de calidad mínimos dependientes de sus usos. Sin embargo, su sostenibilidad implica riesgos emergentes derivados tanto del mantenimiento de las aguas regeneradas como de las afecciones que implican en el medio multitud de compuestos no controlados dentro de los parámetros de calidad establecidos en sus distintos usos (productos farmacéuticos, de higiene personal pesticidas, etc.)⁴⁰.

Se hace necesario por tanto en el marco del IV PAS, **identificar estos nuevos riesgos, evaluarlos y elaborar directrices sanitarias** encaminadas a su control.

Riesgos Alimentarios

Los **riesgos** asociados a los alimentos que se producen o derivan de peligros conocidos o emergentes en el marco de la producción y el mercado interior (UE, nacional o local), están en general **bien delimitados y sujetos a vigilancia y control adecuados**, no se puede olvidar que la europea es una cadena alimentaria muy segura. No obstante, una gran parte de los alimentos consumidos en la UE se producen (totalmente o en parte) fuera de dicho espacio, y por lo tanto, la capacidad de protección frente a una amplia gama de amenazas como las enfermedades infecciosas, las contaminaciones, los productos de riesgo, los fraudes etc., están estrechamente relacionados con el desarrollo mundial de la prevención a través de la cooperación, el fomento de la capacidad, los sistemas de alerta y la investigación.

En dicho marco, el fenómeno del Cambio Climático, puede dar lugar a nuevos peligros o situaciones que favorezcan la aparición de riesgos alimentarios emergentes, o no, asociados a los alimentos.

Por otro lado, la **Globalización, afecta a la inocuidad de los alimentos** tanto por el proceso de libre circulación de mercancías, como ya se ha indicado anteriormente, como por la libre circulación de personas (con independencia de las migraciones de tipo social o económicas de carácter ilegal, pero imparable) que hacen que los patrones de consumo de alimentos se hagan cada vez más complejos. Patrón que

⁴⁰ La reutilización de aguas regeneradas en España: Ejemplo de aplicación en el marco del proyecto consolidar-tragua. Aqua-LAC - Vol. 2 - Nº 1 - Mar. 2010. pp. 1-17.

además se ve muy influenciado en nuestro ámbito social, por el fenómeno de la creciente sofisticación de las producciones de alimentos y de la demanda ciudadana, así como a la fragmentación de la población en múltiples grupos de destinatarios o consumidores con intereses divididos.

Por último, las **nuevas tecnologías** cada vez más se constituyen como un factor decisivo tanto en la elaboración de alimentos como en su comercio, siendo por lo tanto las responsables de la aparición de nuevos problemas y riesgos asociados a los alimentos.

Acciones del IV PAS

Este nuevo escenario de un mundo Globalizado al que afecta el fenómeno del Cambio Climático y con alta utilización de Nuevas Tecnologías, es el nuevo marco en el que hay que establecer los objetivos del IV PAS, y que pasan por: en primer lugar **conocer** estos posibles nuevos riesgos, y en caso de ser identificados, hay que **caracterizarlos** adecuadamente, y **evaluarlos**, para si es preciso incidir sobre los mismos mediante los correspondientes **planes y/o programas** de vigilancia y control. De otra parte, también es necesario establecer **nuevas metodologías y herramientas** (o adaptar las existentes) que se adapten a los nuevos tipos de abordaje que requieren estos posibles nuevos riesgos.

El anterior enfoque será el propuesto para **intervenir en los riesgos** ligados a nuevos alimentos y nuevas tecnologías, zoonosis de origen alimentario, contaminación de alimentos por productos químicos, así como para riesgos concretos ya catalogados de emergentes como son los alérgenos, y todo ello en el ámbito de un mercado global en donde el comercio on-line gana día a día más cuota de mercado e incidencia sobre la ciudadanía.

Meta 2.1. Preparar a la sociedad andaluza ante los retos de salud derivados del cambio climático y acciones antropogénicas no sostenibles.

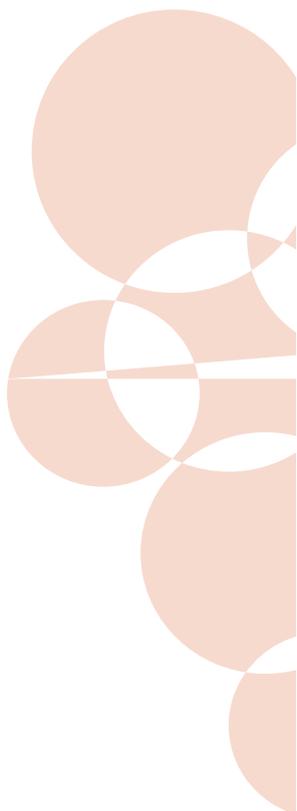
OBJETIVOS:

- 2.1.1. Conocer el impacto de los diferentes escenarios del cambio climático en la salud de la población andaluza y especialmente en la población vulnerable.
- 2.1.2. Promover las estrategias de acción ante los efectos para la salud del cambio climático.
- 2.1.3. Desarrollar un sistema permanente de comunicación e interacción con la sociedad.
- 2.1.4. Aumentar y fomentar actividades medioambientalmente sostenibles y saludables en el ámbito local.

Meta 2.2. Reducir los efectos negativos que pueden incidir en la salud de la población asociados a la globalización en protección de la salud

OBJETIVOS:

- 2.2.1. Analizar, en el ámbito de la Protección de la Salud, el impacto de la globalización en la salud de la población andaluza.
- 2.2.2. Fortalecer la vigilancia y control de enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes (ETIER).
- 2.2.3. Reorientar las políticas de Protección de la Salud en base a la creciente complejidad de los comportamientos de consumo en este ámbito



2.2.4. Establecer la implantación de medidas de vigilancia y control de productos milagro y terapias alternativas.

Meta 2.3. Garantizar un alto grado de protección de la salud frente a los riesgos de origen alimentario y ambiental y promover la mejora de la calidad del entorno donde viven y trabajan las personas

OBJETIVOS:

2.3.1. Establecer estrategias de respuesta ante los riesgos emergentes de origen ambiental y de la cadena alimentaria

2.3.2. Conocer la exposición de la población andaluza a factores ambientales emergentes.

2.3.3. Diseñar una estrategia de comunicación sobre riesgos emergentes que aborde especialmente aquellos que en cada momento sean objeto de preocupación social.

2.3.4. Desarrollar una estrategia de protección frente a riesgos ambientales de entornos específicos.

2.3.5. Evaluar el impacto de la aplicación de las nuevas tecnologías en la producción de alimentos, con mayor énfasis en los nuevos alimentos.

2.3.6. Diseñar el apoyo analítico para el proceso de Vigilancia y Análisis de riesgos con excelencia científico técnica y calidad en el marco del nuevo modelo de Salud Pública

Meta 2.4. Desarrollar un modelo de organización inteligente que genere, fomente y comparta el conocimiento y la innovación y promueva la mejora continua y la calidad de las actuaciones en materia de protección de la salud

OBJETIVOS:

2.4.1. Creación de las bases y estructuras para trabajar con un enfoque integrado y multidisciplinar de la protección de la salud.

2.4.2. Fortalecer los Sistemas eficientes de información y registro de datos en Protección de la Salud, así como el intercambio de conocimiento

2.4.3. Sistematizar, evaluar y mejorar los procedimientos de trabajo en Protección de la Salud.

Meta 2.5 Fomentar el uso del transporte público así como los desplazamientos a pié y en bicicleta para mejorar la salud individual y colectiva

OBJETIVOS:

2.5.1 Establecer elementos en la planificación que restrinjan el uso del vehículo privado.

2.5.2 Fomentar el uso del transporte público y la intermodalidad.

2.5.3 Fomentar los desplazamientos no motorizados: a pié y en bicicleta

Compromiso 3: Generar y Desarrollar los Activos de Salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza

El campo de la salud pública está dominado por un modelo del déficit basado en la identificación de los problemas y necesidades de la población y en la creación y oferta de los recursos profesionales que permitan la superación de dichos problemas. Las estrategias preventivas surgidas de este modelo persiguen determinar cuáles son los **agentes de riesgo asociados con diversas patologías para después intervenir sobre ellos y así reducir su incidencia y prevalencia.**

Aunque este modelo consigue buenos resultados, también tiene algunos efectos indeseables como la excesiva dependencia de la población de los recursos sanitarios profesionales o una visión de la salud limitada a la ausencia de enfermedades.

La insatisfacción con los resultados obtenidos por los modelos preventivos tradicionales ha llevado a lo largo de la última década al surgimiento de nuevos enfoques, como el **modelo de los activos de salud, que trata de completar las propuestas procedentes del modelo del déficit con otras como la capacidad de personas y comunidades para desarrollarse saludablemente, lo que supone una menor dependencia de los servicios de salud.**

Qué es un activo de salud

Un **activo de salud** es **todo factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.**

Por lo tanto, los activos pueden actuar a nivel individual (competencia social, autoestima, compromiso con el aprendizaje), comunitario (redes de apoyo familiar, capital social, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria) e institucional (seguridad en el empleo, viviendas seguras, recursos ambientales)⁴¹.

Salutogénesis y resiliencia

Uno de los puntos de partida recientes del modelo de activos es la teoría de la **salutogénesis** propuesta por Aaron Antonovsky^{42,43} para explicar el origen de la salud, o por qué algunas personas permanecen sanas a pesar de haber atravesado situaciones difíciles y estresantes.

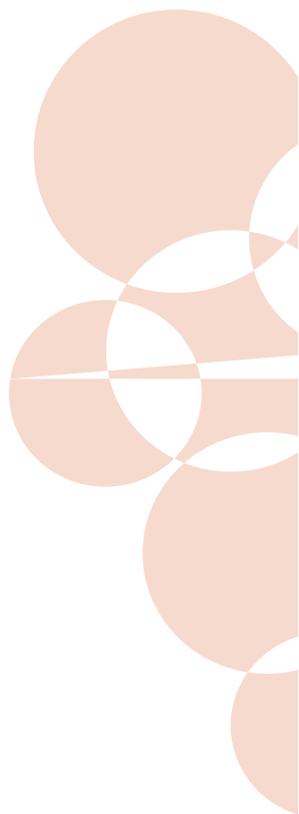
Esta perspectiva destaca la importancia de **algunos recursos personales y externos para el mantenimiento de la salud y el bienestar.** Además de esos recursos, Antonovsky hizo referencia al sentido de coherencia como un factor de protección fundamental, de forma que cuanto mayor es la comprensión que las personas tienen del mundo en el que viven, y lo consideran manejable y con sentido, mayor es su

41 Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 2, 17-22.

42 Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass, San Francisco.

43 Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* vol. 11, pp. 11-18.





capacidad para usar los recursos personales y externos para mantenerse saludable⁴⁴.

El concepto de salutogénesis está claramente asociado con el de **resiliencia, o resistencia ante la adversidad**, que se refiere a los procesos que llevan a algunas personas a mostrar una buena adaptación a pesar de estar expuestos a una adversidad severa⁴⁵.

La **resiliencia tiene que ver con las diferentes reacciones individuales ante situaciones traumáticas**, y quizá su definición más popular sea la de una adaptación positiva a pesar de experiencias de adversidad o trauma. Es decir, aunque hay una importante evidencia acumulada acerca de los efectos negativos que tienen sobre la salud algunas situaciones estresantes, tales como la pobreza, la guerra, o la muerte de familiares cercanos, muchas personas consiguen atravesar estas adversidades sin sufrir secuelas. En los últimos años se han acumulado datos que indican que algunos recursos tanto personales (autoestima, autoeficacia, optimismo), como sociales (apoyo familiar, redes sociales) protegen a las personas de los efectos negativos de las situaciones adversas (Luthar, 2006).

Hay que reseñar las aportaciones de la Psicología Positiva y su búsqueda de las fortalezas de la persona de cara a la promoción de su bienestar y felicidad⁴⁶. O del enfoque del Desarrollo Positivo Adolescente⁴⁷, que tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años 80 en el ámbito de la psicología comunitaria⁴⁸, o en las propuestas de autores como Waters y Sroufe sobre la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada⁴⁹.

Aplicación del modelo de activos a las políticas de salud pública

También hay que hacer referencia a la integración que Morgan y Ziglio han realizado de las aportaciones anteriores, en una propuesta de **aplicación del modelo de activos a las políticas de salud pública**⁵⁰. Para estos autores es preciso encontrar un equilibrio entre el modelo del déficit - más dominante en el campo sanitario-, y el de los activos -más novedoso y menos conocido-, que apoya sus posibilidades en las fortalezas y potencialidades de personas y comunidades para hacer frente al problema de las desigualdades en salud.

Todas las propuestas anteriores tienen varios elementos en común, como el partir de un concepto amplio de salud, que va más allá de la ausencia de enfermedades e incluye aspectos como:

- el bienestar subjetivo,

44 Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2006) Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* vol 212, No.3, pp. 238-244.

45 Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2ª edición, Vol. 3, pp. 739-795). Nueva York: Wiley.

46 Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

47 Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F., & Sesman, A., Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. In R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology* (6th ed., pp. 894-941). Editors-in-chief: W. Damon & R.M. Lerner. Hoboken, NJ: Wiley.

48 Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J.Sigal, *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press.

49 W. Andrew Collins and L. Alan Sroufe .Capacity for Intimate Relationships: A Developmental Construction . Furman, W., Brown, B. B., & Feiring, C. (Eds.) (1999), *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 125-147). New York: Cambridge University Press.

50 Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 2, 17-22.

- el funcionamiento óptimo para un proyecto vital,
- o el hecho de que se trata de enfoques sistémicos que consideran que el desarrollo y la salud del ser humano está determinado por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, **lo que está en la línea de la idea de los determinantes en salud y la propuesta de Salud en todas las políticas (STP).**

Además **son propuestas optimistas, porque parten de las fortalezas y no de los déficits de las personas**, y porque tienen la expectativa de que se pueden promover cambios individuales positivos y que vayan más allá de la mera solución de los problemas de salud. De ahí que el concepto de activo sea el que posiblemente haya tenido una mayor trascendencia por su utilidad a la hora de diseñar e implementar políticas de salud pública más participativas, que partan de los propios recursos, y que se alejen de los modelos asistencialistas clásicos, que generan una dependencia excesiva en la población.

La evidencia empírica disponible sobre factores de riesgo es abundante, pero no podemos decir lo mismo acerca de los activos o recursos que promueven la salud. Aunque en los últimos años se ha venido acumulando alguna evidencia, aún es necesario seguir investigando para disponer de más datos sobre cuáles son los factores externos que contribuyen a la salud y al bienestar personal, y cuáles las características personales que hacen que las personas puedan y sepan afrontar mejor las situaciones de estrés y adversidad.

Mapa de activos

Esto es lo que se trata de conseguir con la Meta 1 del presente compromiso, es decir, la **generación de activos y de mapas de activos que recojan los recursos para la salud de que dispone una determinada comunidad**. Para Kretzmann y Mcknight⁵¹ hay tres niveles de activos que han de ser tenidos en cuenta en la elaboración de un mapa:

- El primero se refiere a las habilidades y capacidades de las personas residentes.
- El segundo incluye las asociaciones de personas residentes existentes en la comunidad que hacen que la vecindad trabaje conjuntamente por objetivos comunes.
- El tercer nivel se refiere a aquellos recursos institucionales presentes en el vecindario, como hospitales, colegios, bibliotecas, instalaciones deportivas, zonas verdes, etc.

Nuevo enfoque

Hay que indicar además la utilidad de plantearse desde el modelo de activos un **nuevo enfoque de la evaluación de las intervenciones** en promoción de salud y en salud pública en general, proponiendo métodos de evaluación que complementen la explicación y la comprensión del contexto y los patrones ligados a la salud⁵², y proponiendo nuevos indicadores relacionados con la salutogénesis, que vayan más allá de los clásicos índices de morbilidad y mortalidad, que puedan explicar el estilo de vida de la población de un lugar y no sólo de qué enferma y muere.

El desarrollo de estos indicadores es un primer paso necesario de cara a producir evidencias acerca de la eficacia de las intervenciones basadas en el modelo de activos, y **deben referirse tanto a competencias personales como a recursos o activos comunitarios, ambientales y culturales**. Esto último es muy importante, ya que de esa forma

51 Kretzmann, J & Mcknight, J. (1993) Building Communities from the inside out: a path towards building and mobilising a communities assets. Institute for Policy Research, Evanston, Illinois.

52 Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education, 2, 17-22.



se recogerá una información muy significativa sobre los mecanismos que vinculan activos contextuales con resultados en salud.

Algunas iniciativas para desarrollar indicadores ya están en marcha, como la propuesta del EUHPID⁵³ de un modelo de clasificación de indicadores de salud pública en el marco de la salutogénesis⁵⁴.

Interacción y apoyo social

Por otro lado, **la interacción social entre las personas y las organizaciones comunitarias, constituye una fuente potencial de apoyo social.** Así, las relaciones interpersonales que se crean en el ámbito de las actividades colectivas proporcionan importantes recursos para la persona (información, apoyo instrumental), pero además aumentan el sentido de pertenencia y de integración a la comunidad, lo que tiene, en general, claras consecuencias sobre el bienestar y la salud.

La evidencia del apoyo social sobre la salud es abundante, sobre todo por su eficacia como factor de protección antes el estrés⁵⁵ y de fortalecimiento del sistema inmunológico, puesto que genera un sentimiento de autoestima, satisfacción vital y realización personal con valor en sí mismo, además de una serie de ventajas a nivel de relaciones interpersonales, como una mayor capacidad de iniciativa y toma de decisiones, mejor manejo de conflictos, mayores habilidades de comunicación y, en general, más habilidades sociales^{56,57}.

Participación y redes sociales

Desde un enfoque más sociológico también han surgido propuestas interesantes de cara a entender los efectos de la **participación en grupos o actividades sociales sobre el bienestar psicológico.**

Un ejemplo sería el **concepto de capital social**, entendido como aquellas características de la organización comunitaria como las redes sociales existentes y la confianza recíproca, que facilitan la acción y cooperación para el beneficio mutuo entre las personas integrantes de una comunidad⁵⁸.

Según algunos autores y autoras, este capital social llevaría a la eficacia colectiva y al deseo de implicarse de forma activa en beneficio de la comunidad⁵⁹.

Capital social, por tanto, como conjunto de recursos y activos sociales o culturales (conocimiento, destreza, capacitación que generan beneficios en el ámbito de la integración social) **y recursos políticos o cívicos** (redes sociales que facilitan la acción colectiva y puede hacer ganar autonomía e influencia social), que obtienen las personas por participar en organizaciones o colectivos con objetivos comunes sujetos a normas⁶⁰. También es capital social la **capacidad de las personas para actuar en común hacia fines comunitarios** y participar en grupos y asociaciones guiadas por

53 European Health Promotion. Indicator Development EUHPID.

54 Bauer, G., Davies, J.K. & Pelakin, J. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. Health Promotion International vol 21, no 2, pp. 153-159.

55 Cohen, S., Gottlieb, B.H. & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood & Gottlieb (Eds.) Social support measurement and intervention. Oxford: University press.

56 Eccles, J. S., Barber, B. L., Stone, M. y Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. Journal of Social Issues, 59, 865-889.

57 Elder, G. H. Jr. y Conger, R. D. (2000) Children of the Land: Adversity and success in rural America. Chicago: The University of Chicago Press.

58 Putnam, R. D. (1993) 'The prosperous community: social capital and public life' in the American Prospect, 4:13

59 Cancino, J. M. (2005). The utility of social capital and collective efficacy: social control policy in nonmetropolitan settings. Criminal Justice Policy Review, 16, 287-318.

60 Serrano, C. (2002). Pobreza, capital social y ciudadanía. Asesorías para el Desarrollo, Chile.

normas de reciprocidad e intercambio basados en la confianza mutua⁶¹.

Si las redes sociales construidas en el ámbito comunitario son fundamentales para la salud y el bienestar personal, también lo son las relaciones interpersonales en el contexto familiar. Está muy documentada la evidencia acerca de los efectos del **contexto familiar** sobre el desarrollo y la salud de las personas integrantes, especialmente de niños, niñas y adolescentes.

El concepto de estilo educativo parental también ha sido muy utilizado a la hora de analizar las influencias familiares sobre niños y adolescentes. Existe abundante bibliografía acerca de la relación que algunas dimensiones de este estilo, tales como el apoyo, la comunicación, la supervisión o la existencia de normas y límites, tienen sobre el desarrollo y la salud mental infantil y adolescente.

Es precisamente el **fortalecimiento o creación de esas redes sociales, del impulso de la participación ciudadana y del apoyo al contexto familiar donde centra su interés la Meta 2 del presente compromiso.**

Espacios y entornos

Por su parte, en la meta 3 del compromiso se apuesta por **potenciar y desarrollar aquellos activos previamente identificados que estén vinculados al entorno geográfico natural**, tanto en relación al clima, a la producción y disponibilidad de alimentos, a las oportunidades del entorno físico y natural, al sistema de organización de pueblos y ciudades en el territorio y a las vinculadas al urbanismo.

Referidos a aquellos vinculados a que las condiciones de vida y el estado de salud sean más favorables en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de los distintos grupos sociales. Existe una relación entre adecuación del entorno y la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de los servicios⁶².

Los avances en la salud de la población se apoyan, en gran medida, en factores estructurales que favorecen la mejora de las condiciones de vida y el incremento de las oportunidades de la población, más que en los enfoques preventivos clásicos.

Esto significa que son **factores externos** como la mejora de la situación y de las oportunidades en la vida, en la dieta, en el entorno, en el cuidado de sí mismo/a, los que tienen más influencia sobre la salud y el bienestar del conjunto de la población, muy por delante de las propuestas con un enfoque preventivo clínico o apoyadas en concepciones de educación para la salud individual. Estas propuestas no se ocupan de los determinantes sociales, apenas tienen en cuenta las percepciones subjetivas de las personas, ofrecen una limitada cobertura poblacional, generan dependencia del sistema, tienen un impacto muy limitado a largo plazo y acaban fabricando más desigualdades en salud.

Empoderamiento de la población

Frente a esta concepción, la de activos de salud apuesta, centrándose en los factores determinantes, en el empoderamiento de la población, en su capacitación para decidir sobre la propia salud, en el fomento de la participación para elaborar líneas de intervención o por la intersectorialidad, que sin duda, hacen avanzar los proyectos destinados a mejorar las oportunidades para la salud. En suma, una propuesta de

61 Serrano, C y Raczynski D. (2003). Derechos sociales básicos, superación de la pobreza ante la vulnerabilidad. Asesorías para el Desarrollo, Chile. Citado en Programa Áreas Metropolitanas Vuolnerables. División de Políticas y Estudios. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. (Marzo de 2008).

62 Buck, R. (1985). PRIME Theory: An integrated approach to motivation and emotion. Psychological Review, 92, pp. 389-413.



vida activa y protagonista que vaya calando en todas las edades y sectores sociales.

De modo que esta **Meta 3 de este compromiso fomenta los activos presentes u ofrecidos por el entorno.**

De igual modo, otro objetivo de la Meta 3 dirigirá su enfoque a **las estructuras urbanas para ofrecer a las personas y familias posibilidades de encuentro más allá del ámbito doméstico.** Un entorno urbano con lugares de esparcimiento y espacios verdes en el que puedan confluir, desde la garantía de seguridad, los distintos intereses deportivos, lúdicos, recreativos o culturales de los distintos sectores poblacionales.

Actividad física

Respecto a la actividad física de la población, el conocimiento generado a través de algunas investigaciones indica diferentes tipos de factores que están asociados al nivel de la práctica física. Entre ellos pueden destacarse: la disponibilidad de equipamientos deportivos, la proximidad y densidad de plazas para la práctica en la vecindad, las características medioambientales (clima, horas de sol, contaminación ambiental, etc.). Estos factores, generalmente, no afectan directamente a las personas, sino a las estructuras de organización de la práctica y, por ello, la valoración de su efectividad se realiza a largo plazo. Su implementación no sólo es función de los y las profesionales de la salud pública, sino también de agencias comunitarias y organizaciones, personas legisladoras y medios de comunicación.

Los **activos identificados vinculados con las oportunidades para la realización rutinaria de actividad física, por su accesibilidad y conveniencia se potenciarán y pondrán a disposición de la ciudadanía con criterios de equidad.**

Apuesta por el modelo de activos

El IV Plan Andaluz de Salud apuesta por explorar el modelo de activos porque es algo más que una teoría o promesa a la hora de reconfigurar el protagonismo de la población respecto a su salud y su bienestar. En la convicción de que es bastante probable que en los próximos años se lleven a cabo muchas intervenciones siguiendo este modelo, que persigue promover la salud y el bienestar mediante el fortalecimiento de los recursos y habilidades que disponen las personas y las comunidades.

Aún así, **el modelo de activos no se concibe como una alternativa al modelo centrado en el déficit, ya que ambos enfoques son necesarios y complementarios.** El IV PAS apuesta por la conjunción de ambos, con el compromiso de mejorar la salud de la población y, a su vez, reducir las desigualdades.

Meta 3.1. Identificar y desarrollar los activos que promueven salud y generan bienestar en la población**OBJETIVOS:**

- 3.1.1. Identificar los activos de salud de Andalucía.
- 3.1.2. Realizar y potenciar el mapa de activos en salud de Andalucía.
- 3.1.3. Incorporar el modelo de activos en salud en los distintos niveles territoriales de planificación.

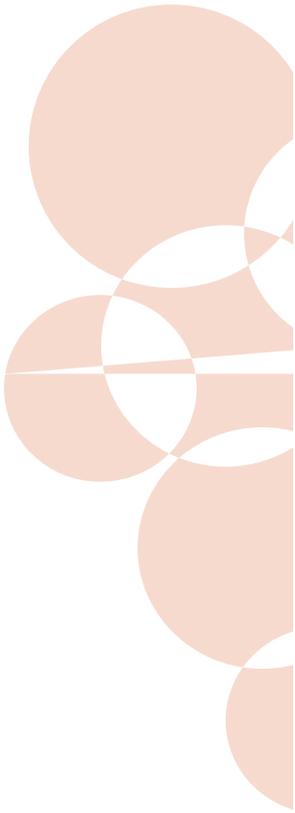
Meta 3.2. Desarrollar los activos de salud vinculados a las relaciones sociales y la cultura.**OBJETIVOS:**

- 3.2.1. Desarrollar estrategias que potencien los activos de salud de las relaciones sociales y fortalecimiento comunitario.
- 3.2.2. Fomentar alianzas y planes de trabajo para la potenciación de activos entre la administración y las organizaciones ciudadanas y empresas que realicen actividades en el ámbito de la salud.
- 3.2.3. Promover los activos de salud de las familias.

Meta 3.3. Aprovechar las oportunidades para la salud que ofrece el entorno geográfico y natural de Andalucía**OBJETIVOS:**

- 3.3.1. Aprovechar las oportunidades que ofrecen los activos vinculados al entorno geográfico natural en relación al clima, a la producción de alimentos, a los entornos naturales y al sistema de ciudades y urbanismo.
- 3.3.2. Fomentar alianzas y planes de trabajo para la potenciación de activos entre la administración y las organizaciones ciudadanas y empresas que realicen actividades en el ámbito de la salud.





Compromiso 4: Reducir las Desigualdades Sociales en Salud

Actualmente, existe todo un cuerpo de evidencia científica que pone de manifiesto que la probabilidad de enfermar, la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas dependen sobre todo de **factores sociales y económicos**. Por ello, puede decirse con firmeza que **la salud es una cuestión de justicia social**.

En 2003, la **Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**⁶³, publicó un informe sobre los determinantes sociales de la salud, que agrupaba y resumía las pruebas científicas sobre el gradiente social de la salud. Algunas de sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- A medida que se desciende en la escala social, se acorta la esperanza de vida y son más frecuentes la mayoría de las enfermedades.
- El estrés duradero y sus efectos son más comunes a menor clase social. El estrés se ha relacionado con mayor riesgo de infecciones, diabetes, hipertensión arterial, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y depresión.
- En el periodo prenatal y primera infancia se establecen las bases de la salud adulta. Una situación de pobreza durante el embarazo y los primeros años de la vida se asocia a un mayor riesgo de mala salud durante toda la vida.
- La pobreza y la exclusión social ejercen un gran impacto sobre la salud, con mayor riesgo de muerte prematura.
- El desempleo, la inseguridad laboral y las condiciones de trabajo afectan a la salud (salud mental, auto-percepción de salud, enfermedades cardíacas y sus factores de riesgo).
- El abuso del consumo de alcohol, el consumo ilegal de drogas y el tabaquismo están estrechamente relacionados con los indicadores de desventaja económica y social.
- Las condiciones sociales y económicas se traducen en un gradiente social en la calidad de la dieta, que contribuye a acentuar la desigualdad en salud.

Las pruebas crecientes sobre el impacto en la salud de los factores sociales y económicos, y la evidencia de la existencia de desigualdades en salud, ha llevado a **la OMS a proponer el objetivo de “subsanan las desigualdades en una generación”**⁶⁴. En un informe publicado en 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS hacía un llamamiento a todos los gobiernos para **luchar contra las desigualdades sociales en salud**. Para ello proponían tres grandes **recomendaciones**:

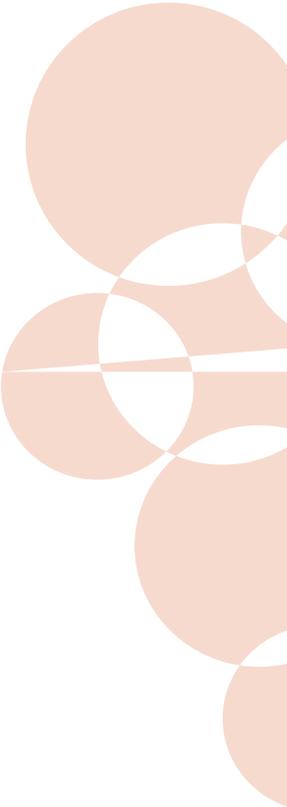
- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En estas recomendaciones queda en evidencia que la lucha por la equidad en salud

⁶³ Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS. Edita: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2006. Disponible en: <http://goo.gl/Blguw>

⁶⁴ Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS. 2009. Disponible en: <http://goo.gl/fEtgG>





sólo puede ser efectiva si existe **un compromiso de gobierno. No es pues un tema del sector sanitario sino del gobierno en su totalidad.** Como se menciona en el discurso de investidura de la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, el abordaje de las desigualdades es un tema preferencial. Del mismo modo, se enfatiza la necesidad de colaborar con los demás departamentos del Gobierno y con otras Instituciones para potenciar los impactos positivos y minimizar los negativos de sus políticas sobre los determinantes de salud, todo ello habrá que hacerlo con la perspectiva de reducción de desigualdades y el enfoque específico de género.

Las desigualdades sociales en salud son de gran magnitud cuando se comparan unos países con otros, entre diversas regiones de un país y entre los barrios de una ciudad. Asimismo, el gradiente por clase social y las desigualdades de género existen en todos los países. Andalucía no escapa a esta realidad y hay diversos análisis que ponen de manifiesto las diferencias territoriales en la mortalidad y las diferencias socioeconómicas y de género en la salud autopercebida, en la prevalencia de diversos problemas de salud y en los estilos de vida.

Si bien hay numerosas investigaciones e informes que ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud y la contribución de los diversos determinantes sociales en la salud, se conoce mucho menos sobre la efectividad de las políticas e intervenciones que pueden ponerse en marcha para reducir las desigualdades en salud.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática de la literatura científica, orientada a localizar todas las revisiones previas (publicadas hasta 2007) que recopilan estudios sobre el impacto de las políticas e intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades⁶⁵. Esta revisión de revisiones aborda la práctica totalidad de las áreas de las políticas sobre los determinantes de salud (empleo, condiciones laborales, bienestar y protección social, vivienda y entorno, educación, transporte, agricultura y alimentación, etc.). Su principal conclusión es que **existen muchas necesidades de investigación sobre la efectividad de las intervenciones para reducir las desigualdades, dadas las pocas evidencias encontradas.** En estas circunstancias, hacen dos recomendaciones principales:

- Que la selección de prioridades en las políticas públicas en los diversos sectores implicados en los determinantes de la salud, se base en la **teoría de la salud pública y en la escasa evidencia existente.**
- Que se **recojan pruebas sobre el impacto de las políticas** que se pongan en marcha en el futuro, a través de la **investigación**, con métodos científicos adecuados.

Una de las áreas donde existen más pruebas sobre la efectividad de las políticas es la de **Vivienda.** Las intervenciones de mejora de la vivienda (rehabilitación y adaptación) se han mostrado efectivas para prevenir caídas y lesiones en las personas mayores. Aunque no todos los estudios llegan a la misma conclusión, este tipo de políticas parecen también útiles en términos de mejora de la salud mental y la calidad de vida en poblaciones que viven en barrios pobres³.

También existen evidencias sobre las intervenciones centradas en el **consejo para un mejor acceso a las prestaciones o ayudas sociales a las que se tiene derecho** (sobre todo ayudas económicas). Los estudios de mejor calidad incluidos en la revisión sistemática mostraban mejoras significativas en diversos indicadores de salud mental y emocional tras este tipo de intervenciones, si bien los efectos sobre la salud física eran más limitados³.

Además de la revisión sistemática mencionada, se han encontrado dos revisiones adicionales sobre **intervenciones en niños y niñas que viven en situación de po-**

65 Bamba C, Gibson M, Petticrew M, Sowden A, Whitehead M, Wright K. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. Public Health Research Consortium, University of York, 2008. Available from: www.york.ac.uk/phrc.

breza. Una de ellas pone en evidencia que las comidas escolares pueden tener beneficios para estos niños y niñas (como aumento de peso y talla, y pequeñas mejoras en algunas tareas cognitivas)⁶⁶. La otra revisión evalúa las visitas domiciliarias para disminuir la violencia doméstica en población vulnerable, visitas que se realizaban durante los dos primeros años de vida y en las que se daba información, apoyo y formación sobre la salud de los niños y niñas. Concluyó que este tipo de programas previenen el abuso y abandono infantil, así como la violencia por parte de la pareja⁶⁷.

Por último, cabe destacar el **informe sobre los determinantes sociales de la salud publicado por la OMS en 2003**, donde se hacen recomendaciones diversas sobre políticas e intervenciones. La mayor parte de ellas se basan en evidencias indirectas (es decir, no tanto en la evaluación de la efectividad de las intervenciones como en la evidencia de la relación entre los determinantes sociales y la salud), pero dejan clara la necesidad de abordar estos determinantes, especialmente la educación, el empleo, la vivienda, la protección social y la distribución de la riqueza. Asimismo, este informe sitúa a la **población infantil y joven en el centro de las prioridades**, dado el impacto de los determinantes sociales en estas edades sobre la salud durante toda la vida⁶⁸.

Por todo ello, se plantean tres metas referidas a intervenciones en tres diferentes escenarios y en una dimensión relacionada con la necesidad de generar conocimiento y evidencias sobre las desigualdades de salud en Andalucía y sobre las intervenciones para reducirlas.

Así, las metas a alcanzar se refieren, en línea con lo manifestado en la introducción de este IV PAS y en concordancia con la estrategia de salud en todas las políticas, a las actuaciones junto con otros sectores para incidir en los determinantes de salud y hacerlo **desde el nivel más central hasta alcanzar el nivel local**.

Como área de competencia específica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, este compromiso se propone la meta de **conocer y combatir las desigualdades desde el propio SSPA**, mediante acciones dirigidas a garantizar que las intervenciones de promoción, prevención, protección se orienten con la perspectiva de reducción de desigualdades, y en ese sentido; así como se han conseguido excelentes logros en la equidad al acceso a los servicios, éstos logros se extiendan a las actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras de manera que conduzcan a resultados similares, independientemente de la posición social de las personas.

Se plantea también combinar las estrategias generales anteriores que enfatizaban o corregían las actuaciones para evitar generar o para reducir desigualdades, con intervenciones específicamente dirigidas a la población en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social.

Acompañando todas estas acciones, el logro de este compromiso requiere la **generación de conocimiento sobre la distribución, carácter, magnitud y evolución de las desigualdades sociales en salud en Andalucía**, sobre sus principales determinantes y sobre la efectividad de las intervenciones que se replanteen para su reducción.

En la definición de acciones para lograr las metas y objetivos de este compromiso, se han tenido en cuenta las citadas revisiones sistemáticas y documentos. Dada la escasez de evidencias directas (sobre efectividad de intervenciones), se han tenido en cuenta también las evidencias indirectas (sobre el impacto de los determinantes sociales en la salud) y el consenso de las personas expertas.

66 Kristjansson EA, Robinson V, Petticrew M, MacDonald B, Krasevec J, Janzen L, et al. Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños y niñas de escuelas primarias en estado de pobreza (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

67 Bilukha O; Hahn R; Crosby; Fullilove MT; Liberman A; Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2005;28(2;Suppl 1): 11-39.

68 Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2nd edition). Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2003.





Meta 4.1. Mejorar aquellas condiciones de vida de la población andaluza que influyen en la reducción de las desigualdades en salud.

OBJETIVOS:

- 4.1.1. Identificar aquellas condiciones de vida de la población andaluza con mayor influencia sobre las diferencias existentes en el nivel de salud y reorientar las políticas relacionadas.
- 4.1.2. Crear entornos favorecedores de las relaciones sociales y estilos de vida saludables en las áreas más desfavorecidas socialmente.
- 4.1.3. Invertir en la salud futura de los niños/as y jóvenes a través de la reducción de las desigualdades sociales en su educación.

Meta 4.2. Mejorar el impacto de las políticas de redistribución de la riqueza en la reducción de las desigualdades en salud.

OBJETIVOS:

- Objetivo 4.2.1. Establecer mecanismos de coordinación intersectoriales, en aquellas políticas de reducción de los niveles de pobreza y exclusión.
- Objetivo 4.2.2. Fomentar y facilitar el empoderamiento y la participación de las personas, con especial atención a los grupos sociales más vulnerables, en todos los ámbitos y niveles de la política.
- Objetivo 4.2.3. Fortalecer estrategias de protección en poblaciones especialmente vulnerables por su situación de falta de autonomía personal.

Meta 4.3. Disminuir las desigualdades en la atención sanitaria prestada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

OBJETIVOS:

- 4.3.1. Reorientar la atención sanitaria y los recursos del SSPA hacia los problemas de salud donde hay evidencia de la existencia de desigualdades sociales y de género.
- 4.3.2. Mejorar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios para las minorías y los grupos sociales especialmente vulnerables.
- 4.3.3. Mejorar la equidad en el acceso a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud.

Meta 4.4. Generar nuevo conocimiento sobre la magnitud de las desigualdades sociales, su impacto en la salud, su evolución y la efectividad de las intervenciones y políticas para reducirlas.

OBJETIVOS:

- 4.4.1. Integrar y mejorar los sistemas de información de las distintas administraciones públicas de Andalucía de forma que proporcionen información sobre desigualdades sociales en salud.
- 4.4.2. Monitorizar la evolución de las desigualdades en los determinantes sociales y de género en la salud, con informe periódico al Parlamento.
- 4.4.3. Promover la investigación sobre las desigualdades sociales y de género, su impacto en la salud y la relación con las diferentes políticas.

Compromiso 5: Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales

Transparencia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La transparencia en las actuaciones de la Administración Pública es una exigencia de una sociedad en continuo desarrollo. La **transparencia es un valor que facilita el avance democrático y la participación de la ciudadanía**. Persigue, entre otros objetivos, **facilitar la evaluación de las políticas públicas**.

La transparencia también permite que se garantice el ejercicio de los derechos relacionados con la **autonomía de la voluntad de las personas**. Es un estímulo para la mejora continua de los y las profesionales y centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Por tanto, la transparencia es un **valor irrenunciable para el SSPA y establece un vínculo de calidad con la ciudadanía**.

La orientación del SSPA hacia la consecución de los mejores resultados en salud de la ciudadanía continuará durante la vigencia de este nuevo Plan Andaluz de Salud. Se establece un compromiso más con la ciudadanía y para ello se establecerán herramientas que permitan la mejor elección de la ciudadanía.

La transparencia constituye un elemento que aumenta la seguridad de las actuaciones sanitarias. La mayor participación ciudadana, y el reconocimiento de sus derechos, es un elemento de calidad que impulsará el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC).

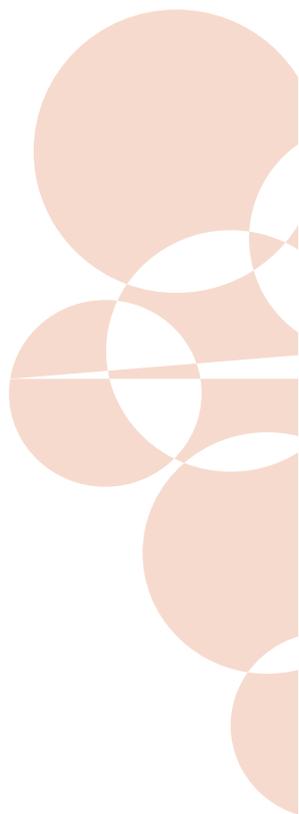
Organización del SSPA

El SSPA tiene como objetivo estratégico, entre otros, y desde hace ya varios años, prestar una asistencia integral segura y de calidad, determinada según las necesidades y expectativas de la ciudadanía. Hemos asumido que la ciudadanía necesita una asistencia personalizada en el lugar más cercano y con el mayor respeto a su tiempo. Así **el SSPA debe incorporar ya formas de organización más horizontales, que cuente con la ciudadanía como parte del modelo y que faciliten estos retos**. Esta organización, consolidada en el SSPA, se articula en base al modelo denominado Gestión Clínica.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía dispone de conocimiento y experiencia en formas de organización basadas en **la autonomía y compromiso de sus profesionales**. Es el momento de profundizar más en la transformación de las estructuras organizativas actuales para permitir una mayor interconexión entre los y las profesionales del SSPA y que permitan una mejor respuesta en resultados, en tiempo y en lugares de prestación.

La **nueva organización estará basada en las unidades de gestión clínica (UGC) que serán el elemento nuclear**. Estas unidades se conciben como el **mejor escenario de confluencia de las expectativas y necesidades de la ciudadanía con el desempeño y el desarrollo de profesionales**. Las UGC son espacios para prestar una asistencia integral de calidad y segura, que implementan la innovación y desarrollan la investigación, para la mejor gestión del conocimiento que poseen y generan los y las profesionales del SSPA.





La gestión clínica se desarrollará en el marco de las mejoras evidencias científicas disponibles y en su aplicación inmediata, con el objetivo principal de conseguir los mejores resultados en salud y satisfacer las necesidades de ciudadanía y profesionales.

Las UGC asumen un modelo de asistencia sanitaria integral que está basado en la participación y el conocimiento de todas las personas de la UGC, con el objetivo prioritario de definir e implementar todas sus estrategias y líneas de actuación, a través del diálogo explícito, desde los valores compartidos por profesionales, por el SSPA y por la ciudadanía.

Estos valores compartidos generarán la toma de decisiones para conseguir los mejores resultados en salud de la ciudadanía.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía orientará la organización de las UGC como **estructuras nodales que permitan el desempeño en redes de conocimiento, y establecerá la metodología y las herramientas que faciliten su descentralización y autonomía para la gestión de los recursos disponibles** contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El modelo de gestión clínica en el que se sustenta el SSPA pretende la consecución de tres objetivos fundamentales: fomentar el incremento de la capacidad auto-organizativa de profesionales, impulsar la agrupación funcional y eficiente del personal con niveles acreditados de calidad objetivamente medidos y reconocidos; y conformar un marco óptimo para el máximo desarrollo y aplicación efectiva del conjunto de herramientas operativas y funcionales de carácter estratégico que el Sistema sanitario Público de Andalucía ha venido incorporando desde hace más de una década, especialmente en lo que se refiere a la gestión por competencias, los procesos asistenciales integrados y la acreditación de la calidad.

Liderazgo profesional + Empoderamiento de la ciudadanía

Y todo ello teniendo como base consolidar el liderazgo de los y las profesionales del SSPA, y potenciar y fomentar el empoderamiento y protagonismo de la ciudadanía. Para ello articula espacios compartidos entre todos los agentes que intervienen en el funcionamiento del SSPA, y en el que la administración sanitaria juega un papel fundamental al ser la garante de los derechos de los y las ciudadanas.

Metas, objetivos y estrategias propuestas

A continuación se exponen las metas, objetivos y estrategias propuestas por el grupo de personas expertas que ha trabajado en los últimos meses en el desarrollo de este compromiso para el siguiente documento de propuesta técnica del IV PAS.

Meta 5.1. Garantizar la transparencia en las actuaciones del SSPA

OBJETIVOS:

5.1.1. Convertir la transparencia en el eje central de la gestión de Unidades Clínicas.

5.1.2. Lograr una organización abierta a la ciudadanía, garantizando la interacción en estructura, objetivos, procedimientos y resultados.

5.1.3. Diseñar e implementar todas aquellas medidas que contribuyan a incrementar y fortalecer la reputación y eficacia digital del SSPA

5.1.4. Las Unidades de Gestión Clínica se gestionarán contando con los profesionales, de forma ecuaníme y transparente, ponderando los criterios de eficiencia y de resultados en salud.

Meta 5.2. Lograr un marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales de la salud enmarcado por la Estrategia de Bioética de SSPA.

OBJETIVOS:

5.2.1. Implementar un marco de Participación Ciudadana en el que profesionales y ciudadanía se encuentren como protagonistas en la aplicación y desarrollo de los procesos de atención en las UGC.

5.2.2. Hacer de la satisfacción y expectativas de la ciudadanía el marco para la mejora continua de las UGC.

5.2.3. El SSPA establecerá el marco de actuación para garantizar el ejercicio de la mayor autonomía personal de la ciudadanía.

5.2.4. Definir los canales para hacer llegar a la ciudadanía información útil sobre los servicios sanitarios y sociales y establecer de manera compartida los criterios de accesibilidad.

5.2.5. Llevar a cabo las distintas actividades que garanticen la instauración del derecho civil de la ciudadanía andaluza en el marco del sistema sanitario andaluz, concretadas en acciones dentro de las unidades clínicas de gestión.

Meta 5.3. Que el SSPA se constituya como un espacio abierto y compartido, que facilite las interrelaciones de profesionales y ciudadanía

OBJETIVOS:

5.3.1. Articular el SSPA en una red de UGC para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la capacidad de respuesta, acercándolo a la ciudadanía.

5.3.2. Mejorar la comunicación e interrelación entre profesionales y ciudadanía.

5.3.3. Desarrollar Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones (HATD) que faciliten a la ciudadanía información basada en la evidencia acerca de cuidados y tratamientos, que promuevan el uso de su derecho a la información y la posibilidad de elección entre las opciones de diagnóstico.





5.3.4. Diseñar, desarrollar y potenciar espacios de trabajo compartido entre profesionales y ciudadanía, como la Escuela de Pacientes, proyecto Al Alado y otros, con el objetivo de fomentar el autocuidado.

5.3.5. Incorporar a la ciudadanía en los comités de bioética y seguridad de los centros sanitarios, donde se interrelacionan las distintas unidades de gestión clínica en torno a objetivos comunes de mejora de la salud de la comunidad.

5.3.6. Incorporar a la ciudadanía de forma activa en la dirección de las unidades de gestión clínica, incorporando al menos dos ciudadanos o ciudadanas para la valoración de los resultados anuales de los acuerdos de gestión.

Meta 5.4. El SSPA se sustentará por el compromiso de sus profesionales con los mejores resultados en salud

OBJETIVOS:

5.4.1. El SSPA dispondrá de los sistemas de información precisos para la gestión del conocimiento necesario para obtener los mejores resultados en salud.

5.4.2. Profesionales del SSPA se comprometen a obtener los mejores resultados en salud asumiendo una perspectiva territorial, intersectorial y participada.

5.4.3. Profesionales del SSPA, mujeres y hombres, se comprometen a desarrollar aquellas nuevas competencias acordes al envejecimiento y aumento de la cronicidad de la población andaluza, de cara a obtener los resultados en salud que necesite ésta para mejorar en calidad de vida.

5.4.4. Promover en las UGC una cultura de gestión por valores que garantice una adaptación de los espacios de relación de profesionales con la ciudadanía que complemente los servicios en calidad y excelencia.

5.4.5. Los valores de la organización del SSPA y los de sus profesionales serán compartidos y adaptados a los valores de la ciudadanía andaluza.

5.4.6. La historia de valores de cada ciudadano y ciudadana andaluza será compromiso para los y las profesionales sanitarios y la organización en la calidad de los servicios que se le presten.

Compromiso 6: Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población

La generación del conocimiento y la implantación de las tecnologías son, sin duda, dos elementos clave para la mejora de la salud población en este siglo XXI.

El **conocimiento como bien público**⁶⁹ puede y debe ser utilizado por aquellas instituciones y organizaciones capaces de transformarlo en salud desde una visión colaborativa y desde la base de que la salud es un bien universal cuya preservación y mejora debe ser responsabilidad de todos y todas. Por ello, debe **garantizarse la incorporación de los conocimientos y tecnologías** adecuados que impulsen la prevención de las enfermedades y la promoción y la protección de la salud bajo criterios de innovación, sostenibilidad y eficiencia, fomentando la participación ciudadana⁷⁰. De esta forma, ejercerán una acción directa sobre la salud de la población.

En un contexto de corresponsabilidad, la disponibilidad de nuevas tecnologías conlleva – si resulta generalizada – un mejor acceso de la ciudadanía a la información y servicios de salud, así como establecer un punto de partida más equitativo. La posibilidad de interacción que ofrecen las nuevas tecnologías permite la creación de **nuevos cauces de participación**. Por otro lado, han de tenerse en cuenta los potenciales riesgos para la salud que el incremento del uso de los medios electrónicos pueden tener⁷¹.

El **conocimiento genera valor para la persona** si se traslada a su vida de forma práctica y esto es socialmente útil si esta utilidad práctica se hace extensiva a toda la ciudadanía⁷². Es entonces cuando se transforma en un valor social soporte de otros muchos que se vinculan al progreso y bienestar social; en este sentido, es necesaria la implicación de todas las administraciones en las políticas de salud y la colaboración de agentes y organizaciones sociales, empresariales, académicas y ciudadanas para su aplicación.

Un **marco colaborativo que adhiera a este compromiso a todos los agentes generadores de conocimiento** puede garantizar una sostenibilidad productiva en términos de desarrollo tecnológico y translación efectiva del conocimiento a la salud y bienestar del ciudadano y ciudadana y por extensión de la sociedad⁷³. Desde su inicio, el conocimiento debe de enfocarse a satisfacer necesidades y expectativas de la ciudadanía, y siendo así tendrá, sin duda, unas consecuencias positivas directas (desarrollos tecnológicos y explotaciones comerciales) y otras indirectas (una población sana y productiva) sobre la economía y la sostenibilidad de una sociedad avanzada. Por ello resulta indispensable disponer de un sistema adecuado para detectar las necesidades y conocer las expectativas de la CIUDADANÍA respecto a su salud y al sistema sani-

69 Stiglitz, J. E. El conocimiento como un bien público mundial. In: Kaul I, Grunberg I, Stern M (eds.). Global public goods. UNDP. New York: Oxford University Press; 1999.

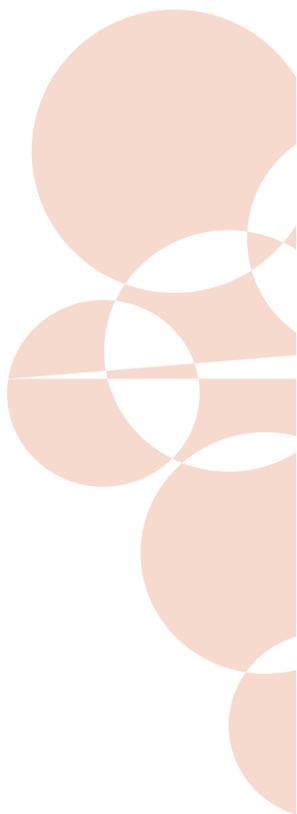
70 Costs and benefits of health information technology: an updated systematic review. Paul G Shekelle, Caroline L Goldzweig Southern California Evidence-based Practice Centre RAND Corporation The Health Foundation ISBN 978-1-906461-08-9

71 La adicción a la red podría ser incluida en la edición de 2012 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría

72 Internet, salud y ciudadanía. María Natividad Moya Garrido. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla 2009. ISBN: 978-84-692-2815-9

73 Organización Mundial de la Salud. Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud pública. Ginebra. 2006.





tario, y así garantizar una respuesta adecuada y flexible de la organización sanitaria, basándose para todo ello en una adecuada gestión de la investigación, la innovación y la tecnología.

Es evidente que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) permiten una transmisión más amplia de la información y del conocimiento y que además posibilitan la adaptación de ambas a las necesidades concretas de las personas. También pueden convertirse en un potente instrumento para identificar expectativas y necesidades de la ciudadanía. No podríamos hablar de un Plan Andaluz de Salud que tiene como una de sus ideas directrices la generación del valor salud si no disponemos de herramientas de información y comunicación ágiles e interactivas accesibles para todas las personas.

Tanto profesionales como ciudadanía, personas claves en este proceso, manifiestan la necesidad de conocimiento y tecnología, y que éstas se pongan al servicio del bien común, de la salud⁷⁴. La evaluación del III Plan Andaluz de Salud traslada expectativas por parte de profesionales y ciudadanía, reclamando la aplicación de conocimiento generado y de las tecnologías desarrolladas.

Las características demográficas de nuestra sociedad, con el envejecimiento de la población y el aumento de procesos crónicos, nos sitúan ante una realidad que puede en gran medida beneficiarse de los avances tecnológicos de manera efectiva y eficiente⁷⁵. El uso de tecnologías de la imagen para el diagnóstico por teleasistencia, o el seguimiento de procesos con el apoyo de tecnologías a distancia, permiten acercar, como nos ha demostrado la evidencia, la asistencia especializada a las personas que lo necesiten de una manera eficiente^{76,77}.

La puesta en uso y distribución de la tecnología y el conocimiento que permita estos cuidados, debe ser abordada de manera inteligente, equitativa y coordinada por los planes estratégicos de las organizaciones, y no dejarlos al avance exclusivo que la oportunidad pueda ofrecer.

La globalización del conocimiento pone a disposición de los y las profesionales herramientas, información y alternativas terapéuticas que deben llegarles con la suficiente seguridad para su uso. Las estructuras de la organización deben proveer el acercamiento del conocimiento para que éste pueda ser utilizado de forma segura. El derecho a una asistencia equitativa debe mover las iniciativas necesarias para que toda la ciudadanía pueda tener acceso al estado del conocimiento que pueda ser beneficioso para su salud.

Los últimos **informes de salud de la Organización Mundial de la Salud**, y concretamente el del 2008, ponen de manifiesto la desigualdad en el acceso a la salud de la ciudadanía del mundo y la necesidad de organizar la atención de salud desde el hogar y los entornos propios de las personas hasta el hospital⁷⁸.

A la luz de lo expuesto anteriormente, es importante el establecimiento de **alianzas entre distintas administraciones y empresas para poner las innovaciones tecnológicas** (incluida la comunicación) a **disposición de la promoción y atención de la salud de la comunidad**. A través del esfuerzo común planificado y coordinado para intereses comunes se conseguirán las sinergias necesarias que confieran al sistema

⁷⁴ Bessell TL, McDonald S, Silagy CA, Anderson JN, Hiller JE, Sansom LN: Do Internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review. *Health Expect* 2002, 5(1):28-37

⁷⁵ European Commission. Information Society and Media. Report of the ICT-PSP consultation meeting on ICT and Ageing. Brussels, 16 February 2010

⁷⁶ Rubies-Feijoo C, Salas-Fernández T, Moya-Olvera F, Guanyabens-Calvet J. Imagen médica, telemedicina y teleasistencia médica. *Med Clin (Barc)*. 2010 Feb;134 Suppl 1:56-62

⁷⁷ European Commission. Institute for Projective Technological Studies. The Development of eHealth in an Enlarged EU: Synthesis Report. 2008

⁷⁸ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, más necesaria que nunca. Ginebra 2008

sanitario capacidad de llegar más allá de donde actualmente llega.

No obstante, es obligatoria una gestión eficiente de las nuevas tecnologías de cualquier tipo, por razones éticas y sociales, que debe basarse en dos elementos fundamentales:

- la necesaria búsqueda de evidencia acerca de estas nuevas tecnologías (con la posibilidad de incorporaciones provisionales a la espera de evidencia adicional)⁷⁹,
- así como la necesidad de buscar métodos y herramientas suficientemente evaluadas (a través de métodos estandarizados y avalados como los relacionados con la evaluación económica de tecnologías sanitarias)^{80,81,82} que ayuden a discriminar las tecnologías que realmente aportan un valor añadido con respecto a las ya existentes

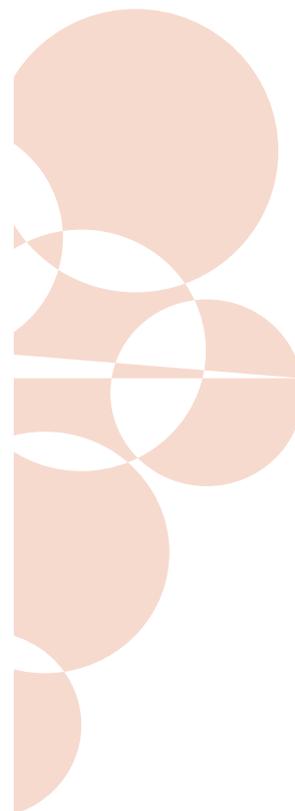
Sin duda en el entorno socioeconómico en el que se sitúa nuestra Comunidad, con un sistema sanitario universal de los más avanzados, con un impulso decidido en investigación y desarrollo tecnológico que ha disparado el impacto de la producción científica en los cinco últimos años y que permite plantear un horizonte real de mejora con infraestructuras de apoyo a la investigación en marcha y con unos niveles de participación y colaboración de ciudadanía y agentes sociales en proceso de despegue, nos coloca en un escenario en el que **resulta factible plantear una gestión integral e integrada del conocimiento para su traslación práctica a la sociedad en beneficio de su salud**. El delicado escenario económico que atravesamos hoy en el que se hacen necesarios planteamientos productivos nuevos y sostenibles, es una oportunidad para este desarrollo y para un abordaje del mismo con criterios de calidad, que en las metas de este compromiso se apoyan en la colaboración, en la participación y en la evaluación permanente.

79 Cédric Carbonneil, Fabienne Quentin and Sun Hae Lee-Robin (2009). A common policy framework for evidence generation on promising health technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25 , pp 56-67 doi:10.1017/S0266462309990699

80 National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE). Guide to the methods of technology appraisal. June 2008

81 Actualización de la Guía para la Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2007. ISBN: 978-84-93-5951-8-0

82 Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential. Marcial Velasco Garrido, Finn Børlum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen and Reinhard Busse. 2008. ISBN 978 92 890 4293 2





Meta 6.1. Conseguir un marco colaborativo entre los agentes implicados que garantice la gestión de la información, y la generación e incorporación del conocimiento y la tecnología orientada a la mejora de la salud, en un escenario de equidad y responsabilidad compartida

OBJETIVOS:

6.1.1. Garantizar el acceso de la ciudadanía a una información veraz, actualizada, adaptada a la diversidad y suficiente sobre la salud.

6.1.2. Establecer un espacio en red para la interacción entre la ciudadanía y el sistema sanitario público andaluz, con el fin de que la información pueda ser obtenida por las personas a nivel individual, adaptada a sus propias necesidades de salud.

6.1.3. Promover la creación de un subsistema del sistema andaluz del conocimiento que, con la presencia del SSPA, las Universidades y el sector empresarial, acuerde el desarrollo de un plan de acción común para la generación y aplicación de conocimiento en base a las necesidades de nuevos bienes, servicios y procedimientos que impacten positivamente en la salud de la ciudadanía.

6.1.4. Incluir a la ciudadanía en el proceso de planificación de la I+D+i y de la toma de decisiones en la incorporación de nuevas tecnologías al SSPA y su distribución geográfica.

6.1.5. Promover la integración de la información disponible sobre la ciudadanía en las diferentes administraciones públicas de cara a la eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

Meta 6.2. Impulsar los mecanismos que fomenten la generación e incorporación de conocimientos y tecnologías de calidad que garanticen el servicio a la ciudadanía en la mejora de su salud.

OBJETIVOS:

6.2.1. Profundizar en el desarrollo de un sistema de prospectiva tecnológica que utilice la información disponible en el ámbito profesional, empresarial y científico, e integrado con un sistema de análisis de evidencia científica y de vigilancia tecnológica.

6.2.2. Universalizar los mecanismos que garanticen que las evidencias científicas sobre eficacia y eficiencia de las tecnologías sanitarias se incorporen en la organización y funcionamiento del SSPA.

6.2.3. Potenciar la generación y transferencia del conocimiento en el espacio compartido donde se desarrolla la gestión clínica, de forma que se lleve a cabo una investigación de calidad.

6.2.4. Desarrollar aquellos mecanismos adecuados de integración entre las políticas que llevan a cabo las entidades que producen y gestionan conocimiento en el SSPA (EASP, Progreso y Salud e I+D+i), con el fin de hacer más eficientes la traslación del conocimiento al ámbito de las tecnologías puestas al servicio de la Salud.

6.2.5. Asegurar la implantación generalizada y obligatoria de las Guías de incorporación de Nuevas Tecnologías (GANT, GINF, GEN...) en los centros del SSPA.

6.2.6. Las Administraciones promoverán iniciativas de divulgación sobre la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades, orientando a la ciudadanía hacia los servicios adecuados, e incorporando las tecnologías de la información y la comunicación más idóneas, e instarán a las organizaciones y empresas a que actúen en el mismo sentido.

Meta 6.3. Garantizar una organización sanitaria que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas apoyándose en la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación

OBJETIVOS:

6.3.1. El SSPA potenciará su papel como agente clave en la generación del conocimiento, en el desarrollo tecnológico y en la innovación en el ámbito de la salud.

6.3.2. La organización sanitaria utilizará las tecnologías de la información y las comunicaciones para monitorizar las necesidades y expectativas de la población.

6.3.3. Establecer procedimientos ágiles y eficientes para la incorporación y adaptación de procesos, infraestructuras y personal cualificado derivados de la implantación de nuevas tecnologías.

6.3.4. La organización sanitaria asegurará que los nuevos desarrollos tecnológicos previamente avalados por la evidencia científica estén accesibles con criterios de sostenibilidad y equidad a toda la población.

6.3.5. Adaptar los distintos avances tecnológicos al desarrollo competencial de los colectivos de profesionales de la salud emergentes en la organización, con el fin de acelerar la concreción de estas nuevas competencias en resultados en salud para la ciudadanía.

Meta 6.4. Orientar el uso de las nuevas tecnologías a mejorar el acceso equitativo de la ciudadanía a la información y a los servicios de salud, así como a fomentar la capacitación y la participación ciudadana para generar más salud.

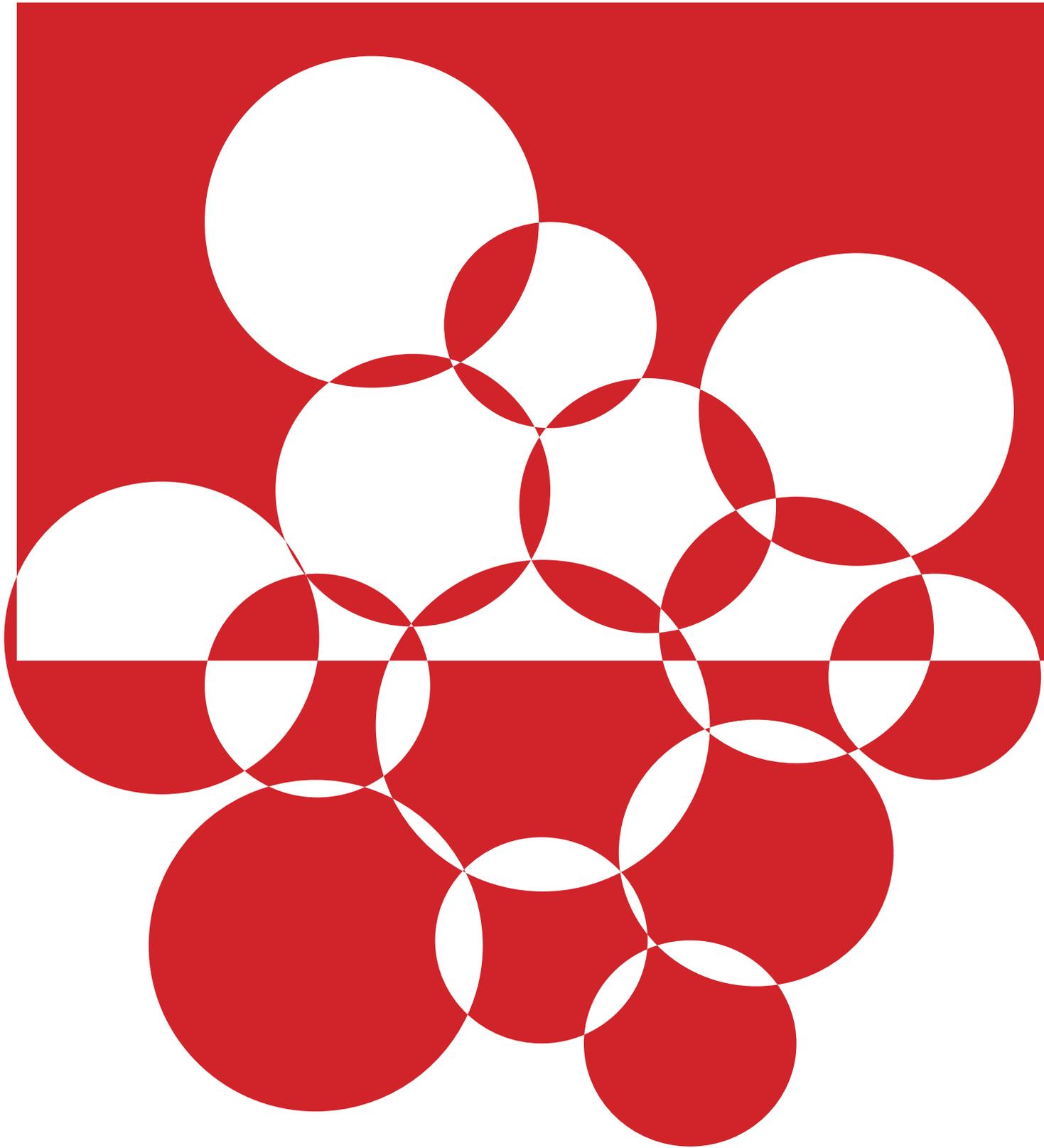
OBJETIVOS:

6.4.1. El SSPA garantizará la accesibilidad completa de la ciudadanía a los servicios de salud mediante procesos telemáticos con criterios de equidad y antes del final de 2015.

6.4.2. El SSPA garantizará el acceso telemático a indicadores e información del estado y la situación de salud colectiva e individual, asegurando el respeto a la privacidad de los datos personales de acuerdo a la legislación vigente.

6.4.3. El SSPA definirá, en colaboración con la sociedad civil organizada, iniciativas de capacitación para un acceso mejor y más equitativo a las nuevas tecnologías así como para la participación telemática para generar más salud.





PUESTA EN MARCHA... LA IMPLICACIÓN DE TODOS LOS SECTORES

El IV PAS en la actuación autonómica y en los planes provinciales de salud y su desarrollo local

El IV Plan Andaluz de Salud se ha elaborado, como expresión de las políticas de salud del Gobierno de Andalucía, en el contexto de la Estrategia de Salud en Todas las Políticas (ESTP). Es decir, un proyecto que dota a las políticas públicas de un activo como es la salud, haciéndola presente desde el marco autonómico hasta el nivel municipal de Andalucía.

Esto supone un proceso de cambio, en el que se irá incorporando la perspectiva de salud colectiva en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, planes y programas de cada ámbito de actuación, con capacidad de intervención sobre los determinantes relacionados con la salud.

Representa una “forma de hacer”, con la implicación de todos los sectores, mediante una actuación sistemática en los determinantes de la salud (biología, estilos de vida, nivel socio económico, servicios de salud, apoyo social...), para maximizar sus resultados positivos y minimizar los efectos negativos sobre la salud colectiva; poniendo especial atención a las desigualdades en salud, con el objetivo de una mayor cohesión social.

Una vez que el Consejo de Gobierno aprueba el IV PAS, y con ello las políticas de salud para los próximos años, comienza el proceso de implantación. En general, el desarrollo del IV PAS sigue el mismo curso que otra política sectorial de la Junta de Andalucía; pero, en particular, el hecho de que se enmarque en la Estrategia de STP implica una trayectoria común, a través de tres rutas concretas:

1. **Ruta de la STP en el nivel autonómico.** La potencialidad de trabajar con una visión amplia de la salud, a través de los factores que la determinan, es lo que denominamos trabajar de forma coordinada con todos los sectores implicados en su desarrollo, considerando que en el territorio no solo concurren los actores locales sino



que se superponen todos aquellos objetivos vinculados tanto a la gobernanza horizontal (intersectorial y participada) como a la vertical (nacional, autonómica, provincial y local); y por ello las acciones para su desarrollo deben abordarse de forma integrada.

Teniendo en cuenta que la metodología de elaboración de este Plan se enmarca en la ESTP y se ha concretado, en el Comité de Dirección del IV PAS con las diferentes Direcciones Generales de la Junta de Andalucía, de mayor implicación sectorial con los objetivos; cada dos años se recogerán en un documento de Compromisos de desarrollo del IV PAS, por objetivos y sectores, las acciones a desarrollar con sus correspondientes indicadores y presupuesto.

Para el 2014 el documento de Compromisos se adjunta como anexo del Plan y posteriormente, cada dos años, mediante un procedimiento intersectorial y participativo se concretarán las acciones a desarrollar por sectores y se plasmarán en los documentos de Compromisos de los periodos subsiguientes.

2. Ruta Territorial y Comunitaria [Provincialización del IV PAS y Localización].

Hablar de gobernanza significa hablar de participación, de alianzas con la ciudadanía y otros agentes; de colaborar en la planificación de las respuestas y necesidades relacionadas con la salud de la población.

Requiere garantizar tanto en los procesos de difusión del PAS, como en la Provincialización e incluso el desarrollo local (entidades locales), los canales de participación, bien mediante las estructuras existentes, bien mediante la creación de nuevos instrumentos.

La Provincialización del Plan Andaluz de Salud es un refuerzo que supondrá un acercamiento a las realidades de cada provincia, a los determinantes vinculados a esa población, así como a los recursos y condiciones en ese territorio; concretándose en los Planes de Salud Provinciales (PSP)

A partir de la experiencia adquirida de la Provincialización del III PAS y su evaluación, se plantea este proceso, con la finalidad de hacer visible en los territorios los compromisos, metas y estrategias del IV PAS.

La Localización del IV PAS va más allá de los planes de salud provinciales, tiene la voluntad de llevar sus objetivos al entorno más próximo de la ciudadanía, a las agendas políticas de las Entidades Locales (EELL); porque es allí donde ésta participa de una forma más directa en las decisiones relacionadas con los determinantes que condicionan su salud.

3. Ruta de los Servicios de Salud. Este nuevo planteamiento de trabajo en salud requiere la reorientación de los servicios de salud; requiere una gestión de los servicios adaptada no solo al aseguramiento y mejora de la calidad, sino a la necesidad de dar respuesta a la mayor carga de enfermedad de la población con una perspectiva comunitaria para una mejora de la salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas.

De ahí que en este Plan se incluyan objetivos específicos a incorporar en los diferentes instrumentos de gestión de la organización.

TRAYECTORIA DE IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL IV PAS



El IV PAS: la puesta en marcha..., el nivel autonómico

Para la implantación y seguimiento del IV PAS se crean dos estructuras:

- El **Comité de Dirección del IV PAS**. Presidido por la persona titular de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, siendo su Secretaria la persona titular de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, y formado por las Consejerías del Gobierno, representadas por sus Direcciones Generales, cuyas actividades tengan mayor potencial de impacto en salud.

Su misión es la de impulsar el desarrollo del PAS en concordancia, tanto con las estrategias que se estén ejecutando, como con todas aquellas que puedan tener impacto en salud; y específicamente de supervisar y aprobar el documento de Compromisos bienales de desarrollo del IV PAS.

- La **Comisión Asesora de Participación Regional del IV PAS**: Presidida por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud y formada por representantes de la Administración Local a propuesta de la asociación de municipios y provincias de carácter autonómico de mayor implantación, representantes de Federaciones Autonómicas de colectivos de la ciudadanía siendo su Secretaria la persona titular de la Secretaría General competente en materia de salud pública. Sus funciones, entre otras, serán de apoyar al IV PAS, del que se le rinde cuentas periódicamente; participar en la planificación bienal, con observaciones y propuestas al documento de Compromisos de desarrollo del IV PAS; colaborar en los Planes de salud provinciales, así como en su localización; y en el seguimiento y evaluación del Plan.

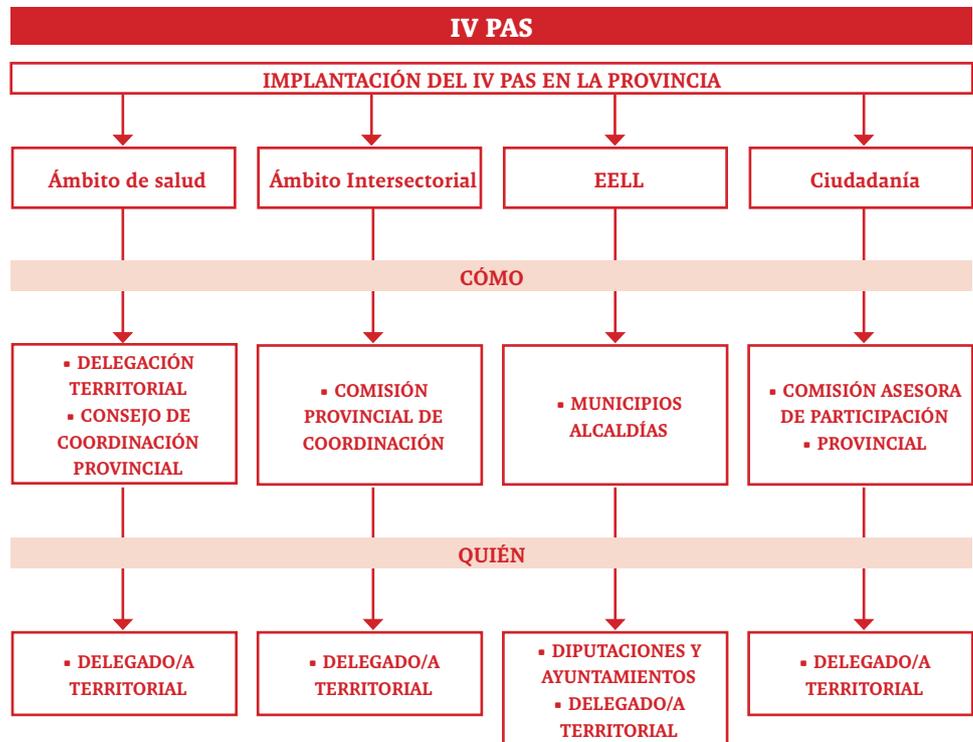
Y un instrumento clave: el documento **“Compromisos de desarrollo del IV PAS”**. En el se reflejan las distintas y variadas alternativas de solución posible, a los problemas de salud diagnosticados en la Comunidad; así como las acciones concretas (y sus indicadores y presupuestos pertinentes, que permitan el seguimiento de las mismas), en función de su relevancia e impacto en la salud tras la valoración conjunta entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y las distintas Consejerías; a llevar a cabo por cada Consejería según resida en la misma la competencia nuclear para su puesta en marcha y desarrollo, aspecto ya definido y acordado previamente en el IV PAS.

Estas acciones tienen rango autonómico y son imprescindibles para el desarrollo provincial y local.

Del IV PAS a los Planes de Salud Provinciales (PSP)

El proceso provincial se inicia con la presentación del IV PAS en cada uno de sus ámbitos de desarrollo sectorial (salud), intersectorial, EELL y ciudadanía.

DEL IV PAS A LOS PLANES DE SALUD PROVINCIALES (PSP)



De forma análoga a la autonómica se cuenta con:

- A. La Comisión Provincial de Coordinación (CPC):** constituida por los/as Delegados/as Territoriales.

Como apoyo a la CPC se configura un **Comité de personas técnicas de STP**, liderado preferentemente por la Jefatura del Servicio de Salud Pública, y con una persona coordinadora provincial, en el que estarán representadas todas las Jefaturas de Servicio designadas “ad hoc” por las diferentes Delegaciones y tres personas técnicas de la Administración Local, propuestas por la asociación de municipios y provincias de carácter autonómico de mayor implantación. Este Comité creará **Grupos de trabajo** para la concreción del IV PAS a nivel provincial; en los que participarán activamente todos sus componentes y capacidades. El perfil orientativo de estos Grupos es: que sea intersectorial, con participación de la ciudadanía, paritario y con una participación de las Entidades locales.

Para facilitar su trabajo y homogeneizarlo a nivel autonómico se realizará una **Jornada en la EASP** para personas Coordinadoras del IV PAS a nivel provincial y para las Jefaturas de Servicio de Salud Pública de las Delegaciones Territoriales, en la que se acordará la metodología, herramientas disponibles, y elementos clave para la tarea.

Todo este bagaje se trasladará, en una **Jornada Provincial**, a las personas de los Grupos de trabajo que se crearán en el nivel provincial para el desarrollo de los compromisos. Para facilitar la tarea se habilitará una **Plataforma Web** accesible a todas las personas de los Grupos, que les permita tener acceso a las personas referentes en la elaboración de los Compromisos a efecto de cualquier consulta o aclaración, a toda la documentación disponible y evidencias en Salud Pública, así como un entorno colaborativo amigable.

- B. La Comisión Asesora de Participación**, replica de la autonómica, compuesta por representantes de las asociaciones ciudadanas y de las entidades locales.

El Comité técnico de STP elaborará un análisis de situación de salud, incorporando aportaciones de la Comisión Asesora de Participación y de los Servicios de Salud (Consejo de Coordinación Provincial, compuesto por las personas directivas del SAS a nivel provincial en el marco de la Delegación Territorial). Este análisis se traslada a la Comisión Provincial de Coordinación que revisa, hace aportaciones y finalmente valida, configurándose así un **Informe de Situación de Salud Provincial**.

A partir del mismo el **Comité Técnico de STP**, mediante los Grupos identifica y prioriza diferentes situaciones de salud en el ámbito provincial y elabora una propuesta de prioridades que traslada a la Comisión Provincial de Coordinación, que revisa y valida generando el **Informe de Prioridades**, que sirve de base a los Grupos para que cada uno desarrolle las metas correspondientes.

En este momento cada Grupo, en función del análisis y la priorización provincial, seleccionará al menos una meta por cada compromiso y definirá los objetivos operativos provinciales (no más de tres por meta), las estrategias y las acciones para su logro; y lo completará con su seguimiento y evaluación.

Una vez definidos los objetivos operativos, las estrategias y las acciones para su logro, se enviarán al Comité Técnico de STP para integrar y armonizar las propuestas respecto de la priorización provincial. Este documento se complementará con las aportaciones del Consejo de Coordinación Provincial (servicios de salud) y la Comisión Asesora de Participación. Esto justifica, a lo largo del proceso tanto la participación de los servicios sanitarios, como de las entidades locales y de la ciudadanía a través de sus respectivas representaciones.

El resultante de todas las aportaciones es un documento borrador del Plan de salud provincial (PSP) que será validado por la **CPC**.

Definitivamente, la propuesta de **Plan de salud provincial** será comunicará a la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, por la Delegación Territorial.

La Localización del IV PAS

Consiste en **acercar el Plan de Salud Provincial a los entornos más próximos a la ciudadanía**, mediante un marco de gobernanza local que refuerza el **liderazgo de los gobiernos locales** en materia de salud pública.

En el escenario local se precisa identificar las estructuras, funciones e instrumentos necesarios para el desarrollo del IV PAS y la elaboración de los Planes Locales de Salud (PLS)

La Delegación Territorial analizará su distribución y organización, la población, entidades supramunicipales, tipología, vinculación a la Diputación Provincial, etc. Y elaborará el **Perfil Municipal de la Provincia**; elemento clave para la planificación y gestión de la acción local en salud.

En este proceso se distinguen **tres etapas**:

- **Difusión y comunicación:** Desde la Delegación Territorial se colaborará con las diferentes entidades locales.
- **La planificación provincial de la acción local:** la Delegación Territorial impulsará la localización del IV PAS, a partir del Perfil Municipal de la Provincia, el PSP y los Planes locales de salud en los que se tendrá en cuenta la correlación entre los problemas de salud mas relevantes y la realidad local.



El instrumento clave del proceso es el Acuerdo de Colaboración entre la Delegación Territorial y las diferentes entidades locales, lo que implicará poder identificar los diferentes agentes, espacios de coordinación en materia de gestión, formación, sistemas de información, búsqueda de recursos compartidos, apoyo técnico, directorios...

- **La Localización:** Los Gobiernos locales decidirán cómo desarrollar el IV PAS en su territorio en función de su propia realidad; bien con acciones concretas, bien elaborando un Plan Local de Salud. Para trabajar la acción local, en el contexto de la STP se deberá tener en cuenta:
 - una metodología de planificación conjunta, en un marco de gobernanza local.
 - el liderazgo del gobierno local por su capacidad de identificar y vincular a todos los sectores implicados en el territorio y a la ciudadanía.

Tanto el IV PAS como el PSP son, en su caso, la referencia para la planificación y desarrollo de la acción local en los municipios.

Los Servicios de Salud

Los servicios de salud requieren una gestión adaptada no sólo al aseguramiento y mejora de la calidad, sino también a la necesidad de dar respuesta a la mayor carga de enfermedad de la población con una perspectiva comunitaria para una mejora de la salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. De ahí que en este Plan se incluyan objetivos específicos a incorporar en los diferentes instrumentos de la organización.

Los Servicios de Salud se incorporan a los planes de salud autonómicos, provinciales y locales adaptándose a cada realidad, ajustando sus Contratos – Programa (objetivos, indicadores, etc.) a los mismos.

Instrumentos para la Implantación

En lo que respecta al sector salud y puesto que el desarrollo del IV PAS implica incorporar la salud como un activo en todas las políticas; para el desarrollo intersectorial, la implantación de los PSP, el apoyo al desarrollo de las acciones locales en los municipios y los PLS, es necesaria su incorporación en los principales instrumentos de gestión del sector salud:

- **Compromisos bienales de desarrollo del IV PAS:** Instrumento clave para la implementación del PAS en un contexto de STP, reflejo de las alianzas intersectoriales, que recoge los objetivos, las acciones a desarrollar, los indicadores y el presupuesto de las diferentes Consejerías implicadas.
- **Acuerdos de Gestión Secretaría General competente en salud pública – Delegaciones Territoriales:** Incorporarán aquellas acciones del IV PAS de desarrollo provincial, el PSP y el apoyo a las acciones locales y los PLS.
- **Acuerdos de Colaboración de la Delegación Territorial – Entidades Locales:** Con Diputaciones, directamente con ayuntamientos de cualquier dimensión y con otras Entidades locales.
- **Contrato – programa Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales – Servicios de salud:** Incorporará los compromisos, metas, objetivos y propuestas estratégicas del IV PAS.

- **Contrato – programa Servicios de Apoyo de salud – AGS, DAP, Hospitales, UGC, AGC:** Deberán incorporar los objetivos del IV PAS sectoriales en lo que respecta a la atención y reorientación de los servicios, dentro del marco de la ESTP. De la misma manera incorporarán las propuestas estratégicas y acciones definidas en el PAS, los PSP y los PLS, en la medida en que los Servicios de salud se identifiquen como agentes clave y/o que se vinculan a su desarrollo (fundamentalmente DAP y Centros de salud).
- **Política de Subvenciones:** Reorientar las políticas de subvenciones de forma que contemple el desarrollo del IV PAS.
- **Gestión de Redes:** Como instrumento básico para la Ruta comunitaria del IV PAS y para la gestión del conocimiento. Está centrada en las alianzas de las diferentes redes y su integración (que deberían incluirse en los CP y AGC). Requiere trabajar en una red de redes municipales y salud y rentabilizar las sinergias.

Recursos Financieros

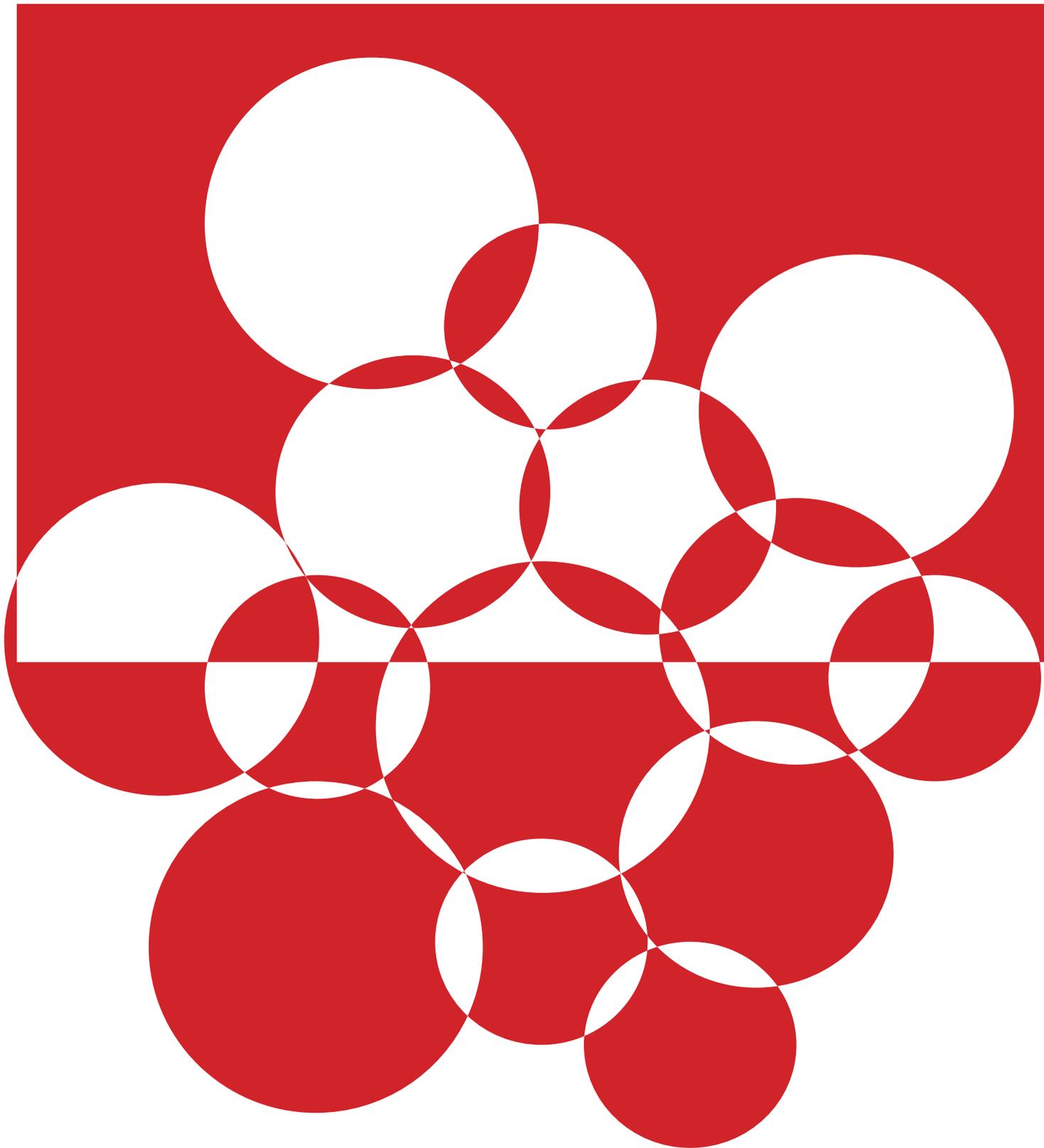
El Plan Andaluz de Salud es un plan de salud en todas las políticas; es decir, define las políticas y los compromisos, que desde todos los sectores del Gobierno, se adoptarán para mejorar y proteger la salud de las personas que viven en Andalucía. En el marco temporal 2013-2020 se desarrollaran sus diferentes compromisos, metas y objetivos a través de acciones concretas de cada sector, priorizadas mediante un plan de acciones bienal.

En este sentido, las actuaciones del Plan Andaluz de Salud serán efectuadas con los recursos financieros autorizados y disponibles en los diferentes presupuestos de las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, en el marco financiero establecido por la ley orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

Para ello, con carácter bienal, es decir para un periodo de 2 años, se priorizaran las actuaciones a desarrollar por las diferentes administraciones públicas en el correspondiente periodo, mediante el Plan bienal de Compromiso de Salud en Todas las Políticas del PAS. Con la finalidad de facilitar esta selección y priorización se anexa al plan una relación de acciones vinculadas por una parte a los diferentes sectores y por otra a los diferentes compromisos, metas y objetivos del PAS, en los que se relacionan posibles acciones que posibilitan alcanzar los objetivos del mismo y para las cuales existe evidencia científica de su eficacia o efectividad. El primer Plan de de Compromiso de Salud en Todas las Políticas del PAS se desarrollará para el periodo 2013-2014.

Para cada uno de estos planes bienales se elaborará la correspondiente memoria funcional y económica, que será remitida a la Consejería de Hacienda y Administración Pública para su informe y autorización, de conformidad y en los términos establecido en el decreto 162/2006, de 12 de diciembre, por el que se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económica-financiera. Las memorias deberán adjuntar los datos, estudios, informes y documentación que permitan un mejor conocimiento del impacto económico-financiero de las actuaciones priorizadas para el periodo bienal.





LA EVALUACIÓN DEL IV PAS...

¿Cómo evaluaremos el IV Plan Andaluz de Salud?

El IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS) ha sido concebido bajo el paradigma de **Salud en Todas las Políticas (STP) que consiste en una estrategia innovadora transversal que introduce la mejora de la salud para nuestra población y la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo compartido entre todos los niveles de gobernanza, sectores y agentes de gobierno.**

Nos encontramos así ante el reto de evaluar un Plan que ha sido desarrollado bajo un enfoque integrador que comprende fines compartidos, estrategias conjuntas y alianzas; y que incorpora, bajo el enfoque de STP, la voluntad por incrementar la participación ciudadana en la toma de decisiones de salud, el convencimiento de incorporar la Evaluación del Impacto en Salud, la determinación por incrementar el rol del nivel local en todas sus políticas, y el compromiso con la equidad de género. El modelo de evaluación del Plan que se expone a continuación pretende ser una respuesta coherente con su conceptualización e implementación.

Propósito de la evaluación

La evaluación del IV PAS tiene el propósito de:

- (I) proveer conocimiento sobre el cumplimiento de los compromisos, metas, objetivos y acciones⁸³ marcadas en el IV PAS, así como del proceso y seguimiento de las actuaciones previstas⁸⁴ para su consecución;
- (II) ofrecer información sobre el impacto de dichos compromisos sobre el contexto social intervenido.

⁸³ Objetivo vinculado al resultado

⁸⁴ Objetivo relativo al proceso

(III) constituir un instrumento de gestión dinámico y flexible que permita actualizar las actuaciones del Plan durante el periodo de su vigencia⁸⁵.

El modelo de evaluación

Propiedades

La evaluación que se propone es:

I. Coherente con el modelo de formulación del Plan, vertebrándose en los mismos cinco principios principales que han guiado su diseño: Salud en Todas las Políticas (I); Participación ciudadana (II); Acción Local (III); Evaluación del Impacto en Salud (IV); y equidad de género (V).

II. Participativa, que incorpora a múltiples agentes tanto en la definición de “aquello que es relevante evaluar” como en la formulación de juicios de valor.

III. Constructiva, que vincula la evaluación a las necesidades informativas de las personas usuarias de la evaluación y personas implicadas.

IV. Transversal, que se integra en el trabajo intersectorial y la coordinación.

V. De abajo a arriba, que parte de la visión desde el ámbito local para construir la Evaluación.

VI. Multimétodo, que combina múltiples técnicas de generación, interpretación y análisis de la información.

VII. Innovadora, que incorpora elementos diferenciadores que generan valor a la Evaluación.

VIII. Basada en la experiencia de otros países que se han enfrentado a procesos de evaluación de políticas de salud pública intersectoriales; así como en las recomendaciones de organismos internacionales de referencia en la materia.

Componentes del modelo de evaluación

Se realizará una evaluación interna participativa; y una evaluación externa que versará sobre el análisis del impacto de dichos compromisos, metas, objetivos y acciones sobre la salud de la población andaluza ofreciendo conocimiento sobre los efectos netos atribuibles a la actuación, su magnitud y su distribución.

Ambas evaluaciones deberán ofrecer recomendaciones que permitan encontrar oportunidades de mejora continua de la calidad del Plan y reorientar sus actuaciones.

A. Evaluación interna, será llevada a cabo por la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación (CTSE) del IV Plan Andaluz de Salud. Su composición, funciones y los detalles del Plan Operativo de evaluación se desarrollarán por la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

El CTSE elaborará:

- Los Informes anuales de seguimiento del IV PAS, que incluirá el grado de ejecución de cada uno de los compromisos y recursos asociados; así como las recomendaciones oportunas para la reorientación de las estrategias y acciones si se estimara oportuno y propuestas para mejorar la calidad de la intervención.

⁸⁵ Se trata de diseñar una evaluación “formativa” que sea capaz de retroalimentar con sus resultados el desarrollo del Plan.

- Informes bienales de progreso de IV PAS.
- Informe final de evaluación del IV PAS, deberá contener información sobre los resultados y logros del IV PAS, los procesos y actuaciones desarrolladas para su cumplimiento; y lecciones aprendidas para la formulación del próximo Plan y estrategias de acción en salud pública.

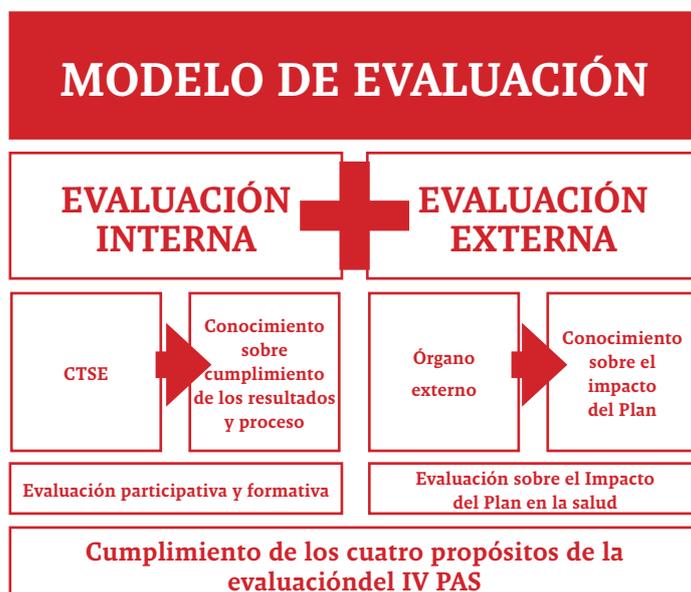
Corresponde al CTSE la respuesta ágil y dinámica a las consultas periódicas que en relación con el IV PAS, le sean solicitados por el Comité de Dirección del IV PAS, los órganos de dirección de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la ciudadanía (a través de la plataforma abierta basada en Web 2.0 para fortalecer la evaluación ciudadana y de profesionales del Plan:

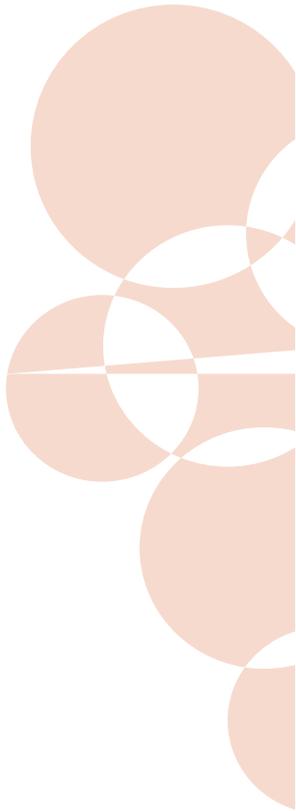
El CTSE se dotará de un grupo motor y deberá proponer a la Comisión el Plan Operativo de Evaluación y Seguimiento del IV PAS tras su análisis conjunto y posterior validación. Planteará una propuesta inicial de indicadores principales para los compromisos y metas del IV PAS. Además, planteará el panel de indicadores para los objetivos y estrategias del IV PAS a partir de la propuesta realizada por los grupos de personas expertas de la elaboración y que se incluyen en el Plan, para su discusión y validación en el CTSE; contribuirá a la elección de indicadores de los objetivos operativos de los planes de salud provinciales, así como a la de los planes de acción local; coordinará dentro del CTSE la elaboración de informes (anuales, de progreso y final); y dinamizará y recogerá los inputs (consultas, demandas, opiniones, valoraciones) de la ciudadanía y profesionales a través de la plataforma abierta basada en Web 2.0.

B. Evaluación externa, se llevará a cabo por parte de un órgano externo. El propósito de dicha evaluación será medir el impacto del IV PAS, identificando los efectos generados por la intervención, positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos. El análisis de los impactos se centrará en la determinación de los efectos netos atribuibles a la actuación, la magnitud y distribución de dichos efectos. A la luz de los resultados obtenidos, deberá integrar también recomendaciones de mejora de la intervención.

El organismo que realice la evaluación deberá cumplir requisitos tanto profesionales como éticos, entre los que se destacan los de anonimato y confidencialidad; responsabilidad; independencia, transparencia, convalidación de la información.

A continuación se presenta el esquema gráfico sobre el modelo y las fases de evaluación planteado:

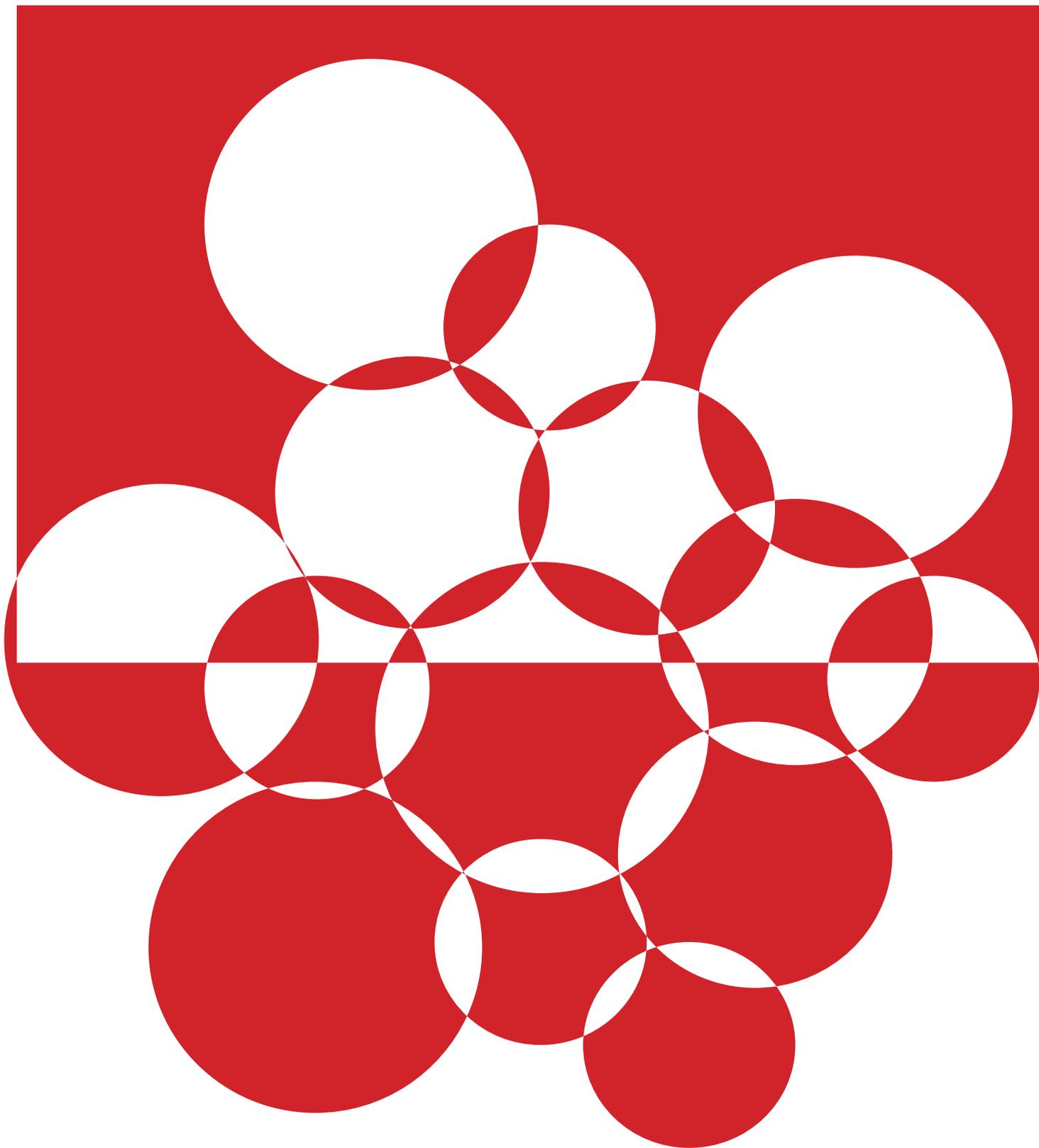




Fases de la Evaluación serían:

1. Constitución de la CTSE y puesta en marcha de la Evaluación interna y Evaluación externa.
2. Diseño del Plan Operativo de Evaluación y Seguimiento del IV PAS.
3. Implementación del Plan Operativo a cargo de la CTSE.
4. Recolección, tratamiento, análisis e interpretación de la evidencia e información.
5. Elaboración de Informe bienal por parte de CTSE
6. Comunicación, utilización compartida de las lecciones aprendidas y en su caso reorientación de las intervenciones.
7. Primer Informe de evaluación sobre el impacto del Plan por parte de la evaluación externa.
8. Comunicación, utilización compartida de las lecciones aprendidas y en su caso reorientación de las intervenciones.
9. Elaboración de informe final de evaluación del IV PAS por parte de CTSE y segundo Informe de evaluación por parte del organismo encargado de la evaluación externa.
10. Comunicación, utilización compartida de las lecciones aprendidas.





CRÉDITOS

Dirección del Plan

Josefa Ruiz Fernández

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Andrés Rabadán Asensio

Delegación Territorial de Cádiz.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Alberto Fernández Ajuria

Coordinador Técnico del IV PAS.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Comisión de Dirección y Elaboración

Josefa Ruiz Fernández

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Alberto Fernández Ajuria

Coordinador Técnico del IV PAS.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Andrés Rabadán Asensio

Delegación Territorial de Cádiz.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Cristina Torró García-Morato

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José Antonio Conejo Díaz

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Manuel López Serrato

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

José María Mayoral Cortés

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

(En los grupos, en algunos casos, se recogen los cargos y puestos que tenían en el momento de su participación así como el nombre que entonces tenían las entidades)

Grupo Asesor

Alberto Fernández Ajuria

Responsable del Eje de Evaluación.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Manuel López Serrato

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Covadonga Monte Vázquez

Responsable del Eje de Acción Local.

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Laia Pujol Priego

Responsable del Eje de Salud en Todas las Políticas.

Instituto de Innovación para el Bienestar Ciudadano.

Andrés Rabadán Asensio

Delegación Territorial de Cádiz.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Fernando Rodríguez Almodóvar

Responsable del Eje de Participación del IV PAS.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José María Mayoral Cortés

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.





Cristina Torró García-Morato

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Grupo de personas expertas (elaboración de contenidos)

Rafael Agra Giol

Federación de Asociaciones de Diabéticos

Federico Alonso Trujillo

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Isabel Escalona Labella

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Carmen Angulo Domínguez

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

Daniel Ayala Serrano

Consejería de Fomento y Vivienda.

Juan Jesús Bandera González

Fundación Progreso y Salud.

Manuel Bayona García

Distrito Costa del Sol.

Servicio Andaluz de Salud.

Clara Bermúdez Tamayo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Javier Blanco Aguilar

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Julia Bolívar Muñoz

Escuela Andaluza de Salud Pública

M^a Isabel Carrascosa García

Complejo Hospitalario de Jaén.

Rafael Carretero Guerra

Subdirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Jesús Carrillo Castrillo

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Fernando Casado Martínez

Médico de Familia. Jaén.

M^a Paz Conde Gil de Montes

Servicio Andaluz de Salud.

Juan Antonio Córdoba Doña

Delegación Provincial de Salud de Cádiz.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José M^a Córdoba Pérez

Ayuntamiento Puerto Real. FAMP.





Mercedes Cordero Muñoz

Ayuntamiento Dos Hermanas y Universidad Pablo de Olavide.

José Carlos Cutiño Riaño

Relaciones Institucionales y de Mercado.

Unión de Consumidores de Andalucía-UCA/UCE.

Antonio Daponte

Escuela Andaluza Salud Pública. Observatorio de salud y medio ambiente de Andalucía (OSMAN).

Manuel Delgado Fernández.

Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Universidad de Granada.

Carmen Escalera de Andrés

Servicio Andaluz de Salud.

Isabel María Escalona Labella

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antonio Escolar Pujolar

Delegación Territorial de Cádiz.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Jaime Espín Balbino

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Javier Estebanz García

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

Servicio Andaluz de Salud.

Gracia Fernández Moya

Área Sanitaria Norte de Almería.

Servicio Andaluz de Salud.

Inmaculada García Romera.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Mercedes García Sáez

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Javier Guillen Enríquez

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José Luís Gómez Boza

Unión de Consumidores de Andalucía.

Elena González Rojo.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Carlos Gutiérrez Castañeda

Distrito Costa del Sol.

Servicio Andaluz de Salud.

Mariano Hernán García.

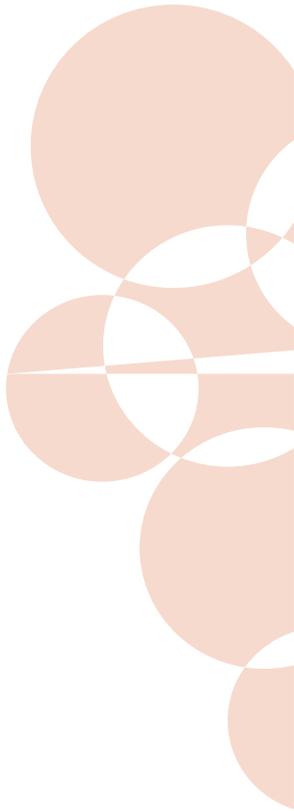
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ricardo Hernández- San Juan de Bustos

Departamento de Iniciativas.

Empresa Pública de Suelo de Andalucía.





Guillermo Hernández Tosco

Empresa Pública del Suelo. Rehabilitación de viviendas en Polígono Sur.

Leocricia Jiménez López

Centro Andaluz de Medicina del Deporte.

Juan Manuel Jiménez Martín

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Thomas Jorgensen Davidsen

Responsable de SSII del Distrito Valle del Guadalhorce.

Servicio Andaluz de Salud.

Carmen Lama Herrera

Servicio de Coordinación de desarrollos integrales de salud.

Servicio Andaluz de Salud.

Francisco Lama García

Servicio Andaluz de Empleo.

Francisco Javier Leal Reina

Dirección Gral. Seguridad y Salud Laboral.

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Ignacio Lage de Llera

Fundación IAVANTE.

Andrés Leal Gallardo

Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente.

Enrique López Rivero

S^a Gral. Del medio rural y la producción ecológica.

Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente.

Amparo Lupiañez Castillo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

José María Mayoral Cortes

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Carmen Maiso Montarás

Residencia de Ancianos. San Fernando. Cádiz.

Mariano Marín Patón (coordinación del Grupo: compromiso 5)

DG. Personal y Desarrollo Profesional.

Servicio Andaluz de Salud.

Valentín Márquez Luna

Médicos del Mundo.

Soledad Márquez Calderón (coordinación Grupo: compromiso 4)

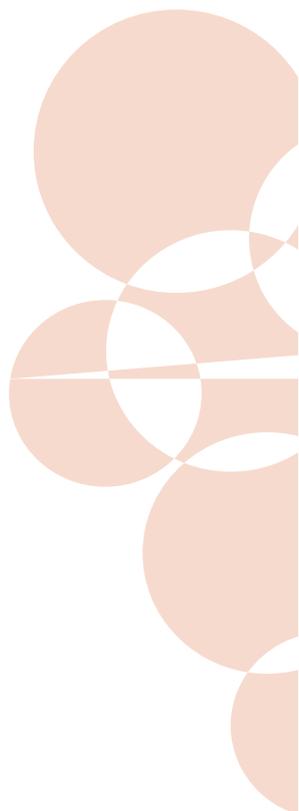
Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José Jesús Martín Martín

Universidad de Granada / Facultad de Económicas





José María Mayoral Cortés

(Coordinador de la elaboración de “Diagnóstico de situación”)

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antonio Molina Facio

Oficina de Menores.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Carmen Montaña Remacha

Epidemiología y Programas.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.

Covadonga Monte Vázquez

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

M^a Dolores Moreno Goyanes

Unión de Consumidores de Andalucía.

Antonio Moreno Martínez

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

José Antonio Navarro

Área de Gestión Operativa.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

José Pedro Novalbos Ruiz

Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública.

Universidad Cádiz.

Alfredo Oliva Delgado (coordinación Grupo: compromiso 3)

*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad de Sevilla.*

Amalia Palacios Eito

Servicio de Oncología. Hospital Reina Sofía.

Jesús Peinado Álvarez

*Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.*

Carmen Pérez Romero

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Miguel Picó Julia

*Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales*

Luis Piñero Piolestan

*Subdirección General de Emergencias. Departamento de Planificación.
Consejería de Gobernación y Justicia.*

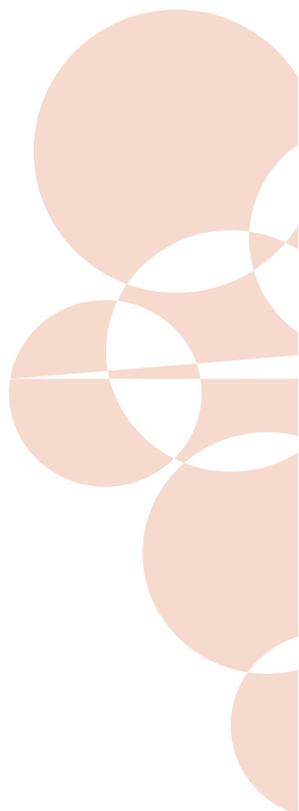
Lourdes Raya Ortega

Hospital Carlos Haya.

Víctor Reyes Alcázar

*Gestión del Conocimiento
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*





José Rodríguez Galadí

*Servicio rehabilitación de viviendas
Consejería de Fomento y Vivienda.*

Blanca Rodríguez Naranjo

Servicio de Urgencias. Hospital Carlos Haya.

Francisco Javier Rodríguez Rasero

*Servicio de Salud Ambiental.
Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales*

Manuel Rodríguez Rodríguez

*Servicio de prevención y PPII.
Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de
Igualdad, Salud y Políticas Sociales.*

Pilar Rodríguez Rodríguez

Médicos del Mundo.

Pilar Rodríguez Romero

*Servicio de orientación educativa y atención a la diversidad.
Consejería de Educación.*

María José Romero García de Paredes

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Jesús Ruiz Cayuso (coordinación Grupo: compromiso 2)

*Distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.
Unidad de Protección de la salud.
Servicio Andaluz de Salud.*

Federico Salmerón Escobar

Consejería de Fomento y Vivienda.

José María Sánchez Bursón.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antonio Sagués Amado

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Pablo Sánchez Villegas

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Reyes Sanz Amores

Servicio de Calidad y Procesos

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Víctor Sarmiento González-Nieto (coordinación Grupo: compromiso 1)

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

José Luis Sedeño Ferrer

Dirección RRHH. Hospital Carlos Haya.

Celia Serrano Amador

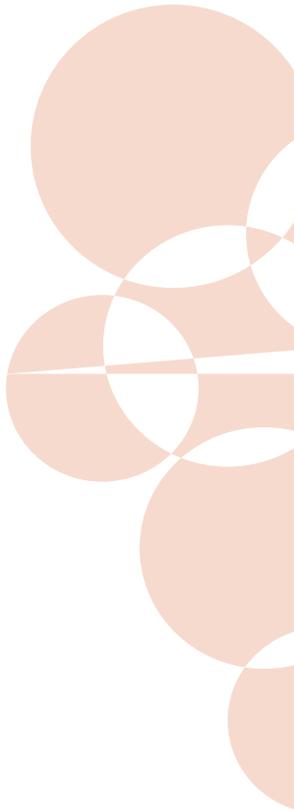
Dirección General de desarrollo sostenible y del medio rural

Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente.

Frank Siering

EVITA S.L.





Cristina Suero Gómez-Cuétara

Servicio Andaluz de Empleo

Javier Terol Fernández (coordinación Grupo: compromiso 6)

Distrito Sanitario Guadalhorce (Málaga).

Servicio Andaluz de Salud.

Manuel Vázquez Uceda

Servicio de orientación educativa y atención a la diversidad.

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

José Vela Ríos

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Pedro A. Vives Solbes

Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio.

Jesús Yesa Herrera

FACUA

Grupo de personas coordinadoras

Andres Leal Gallardo

Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural.

Antonio Moreno Valverde

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Cristina Meneses

Consejería de Turismo y Comercio.

Inmaculada Jiménez Gómez

Consejería de Presidencia.

Inmaculada Rosa Porras

Consejería de Administración Local y Relaciones Institucionales.

Javier Palacios González

Consejería de Justicia e Interior.

Jesús Carrillo Castrillo

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Jesús González Garcia

Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural.

Juan Ignacio Pérez de Algaba

Consejería de Fomento y Vivienda.

Manuel Martín González

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.



Carmen Marfil Lillo

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

J.A. Cruz Méndez

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

Pedro Benzal

Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

Grupo de implantación

Diego Aparicio Ibáñez

Federación de consumidores y amas de casa, Alandalus.

Magdalena Cantero Sosa

Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social de Almería.

Emilio Carrillo Benito

Diputación Provincial de Sevilla.

José Antonio Conejo Díaz

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Manuel Durán Hidalgo

Ayuntamiento de Aracena (Huelva).

Isabel Escalona Labella

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Pilar Espejo Guerrero

Distrito Poniente de Almería.

Servicio Andaluz de Salud.

Manuel Flores Muñoz

Delegación Provincial de Salud de Sevilla.

Rafael García Galán

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Juan José Mercader Casas

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Juan Antonio Marcos Sierra

Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla).

Isabel Marín Rodríguez

Delegación Territorial de Granada.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Covadonga Monte Vázquez (Coordinación).

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Teresa Muela Tudela

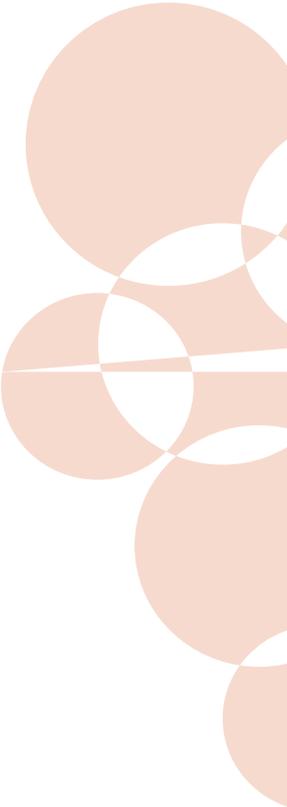
Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP)

Miguel Picó Juliá

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Distrito Sanitario Sevilla.





Juan Carlos Raffo Camarillo

Ayuntamiento de Sevilla.

Francisco Rocha Benítez.

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Pablo Simón Lorda

Escuela Andaluza de Salud Pública

Grupo de Evaluación

Alberto Fernández Ajuria

Escuela Andaluza de Salud Pública.

M^a del Mar García Calvente

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Laia Pujol Priego (Coordinación).

Instituto de Innovación para el Bienestar Ciudadano.

Grupo de Participación

Isabel María Escalona Labella (coordinación)

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

M^a Eugenia Gómez Martínez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Mariano Hernán García

Escuela Andaluza de Salud Pública

Carmen Lineros González.

Escuela Andaluza de Salud Pública

Ángel Mena Jiménez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Pablo Simón Lorda

Escuela Andaluza de Salud Pública

Joan Carles March Cerdá

Escuela Andaluza de Salud Pública

Ainhoa Ruiz Azarola

Escuela Andaluza de Salud Pública

Nuria Luque Martín

Escuela Andaluza de Salud Pública

Grupo de Redacción y Difusión

Amelia I. Martín Barato (coordinación)

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Diego Márquez González

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ángeles Huertas

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Mónica Padial

Escuela Andaluza de Salud Pública.



Grupo de Propuesta de Indicadores

Alberto Fernández Ajuria (coordinación)

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Soledad Márquez Calderón (coordinación Grupo: compromiso 4)

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Juan José Mercader Casas

Escuela Andaluza de Salud Pública.

José María Mayoral Cortés

(Elaboración de “Diagnóstico de situación”)

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antonio Torres Olivera

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Remedios Martínez Jiménez

Servicio Andaluz de Salud.

Guadalupe Carmona López

Escuela Andaluza de Salud Pública

Luis Ángel Moya Ruano

Asesor Técnico Riesgos Ambientales

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Javier Blanco Aguilar

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Grupo de trabajo: los servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Luis Gavira Sánchez (coord.)

Remedios Martínez Jiménez

José María Mayoral Cortés

Esteban Pérez Morillo

Enric Durán Pla

Elisa Rodríguez Romero

Servicio Andaluz de Salud

Juan Goicoechea Salazar

Isabel Simón Valero

Mercedes Rosado Martín

José Díaz-Borrego Horcajo

Alicia Aguilar Muñoz

Remedios González Martín

Carmen Gallardo Ballesteros

Manuel Alonso Gil

Gonzalo Fernández Regidor

Escuela Andaluza de Salud Pública

Alberto Fernández Ajuria

Guadalupe Carmona López



Consejería de Presidencia

Celso Fernández Fernández

Secretaría General Técnica

Consejería de Presidencia

Julio Ruiz Araque.

Dirección General de Comunicación Social

Consejería de Presidencia

Inmaculada Jiménez Gómez.

Asesor Técnico del Gabinete de Comunicación Institucional

Dirección General de Comunicación Social

Consejería de Presidencia

Consejería de Gobernación y Justicia

Rosario Ayala Valiente

Directora General de Voluntariado y Participación

Inmaculada de la Rosa Porras

Coordinadora de Voluntariado.

Francisco Santolaya Soriano

Técnico de Voluntariado.

Consejería de Educación

Pilar Jiménez Trueba

Directora General de Ordenación y Evaluación Educativa

Concepción Conde Amiano.

Servicio de Planes y Programas Educativos

Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa

Natalia Gutiérrez Luna.

Servicio de Planes y Programas Educativos

Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa

Francisco Jiménez Escalante.

Servicio de Planes y Programas Educativos

Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa

Manuel Martín González.

Jefe del Servicio de Planes y Programas Educativos

Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo

Patricia Eguilior Arranz

Directora General de Fondos Europeos y Planificación

Antonio Valverde Ramos

Director General de la Agencia IDEA

Antonio Moreno Martínez

Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación

Dirección General de Fondos Europeos y Planificación



Consejería de Fomento y Vivienda

Alfonso Gómez Rodríguez de Celis

Secretario General de Vivienda, Suelo, Arquitectura e Instituto de Cartografía

María Isabel Adán Infante

Jefa del Servicio de Planificación y Tecnología

Dirección General de Vivienda

Juan Ignacio Pérez de Algaba Lovera.

Coordinador General de la Secretaría General de Vivienda

Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo

Esther Azorit Jiménez

Directora General de Seguridad y Salud Laboral

Daniel Carballo Pérez.

Jefe de Gabinete de Innovación y Programa Preventivo

Dirección General de SSL

Jesús Carrillo Castrillo

Jefe del Servicio de Planificación y Promoción Técnica.

Dirección General de Seguridad y Salud Laboral.

Cristina Suero Gómez-Cuétara

Técnico adscrita a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Empleo

Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente

Isabel Salinas García

Secretaria General del Medio Rural y la Producción Ecológica

Fernando Gómez Torre

Subdirector de Producción Agraria

Dirección General de la Producción Agrícola y Ganadera

Ignacio Gámez Gámez

Asesor de Coordinación

Dirección General de la Producción Agrícola y Ganadera

Jesús González García

Coordinador de Agricultura y Ganadería

J. Enrique López Rivero

Asesor Técnico de la Secretaría General del Medio Rural y la Producción Ecológica

Antonio Martín Pérez

Servicio de Sistemas Ecológicos de Producción

Consejería de Turismo, Comercio y Deporte

Ignacio Rodríguez Marín

Secretario General de Deportes

Juan de Dios Beas Jiménez

Jefe de la Sección de Medicina Deportiva del CAMD

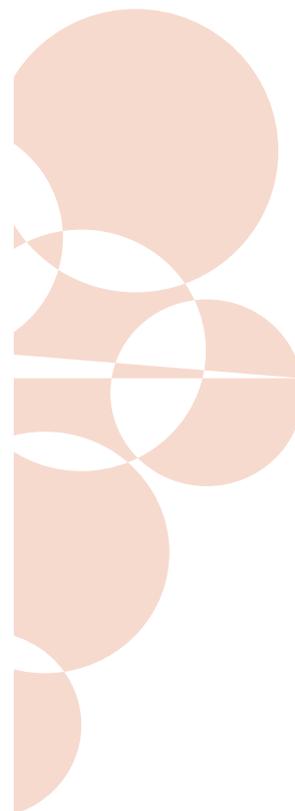
Leocricia Jiménez López

Directora del CAMD

Consejería de Salud y Bienestar Social

Ana María Gómez Pérez

Directora General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias





Fernando Arenas Domínguez

Jefe de la Oficina de planificación y Gestión de la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias

Julio Samuel Coca Blanes

Director Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

Mercedes García Sáez

Directora del Área de Drogodependencia e Inclusión de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

Consejería de Cultura

Concepción Becerra Bermejo

Secretaria General Técnica

María Soledad Gil de los Reyes

Jefa del Servicio de Museos

Isabel Ortega Vaquero

Jefa del Servicio del Libro, Bibliotecas y Centros de Documentación.

José María Hernández Moya

Coordinador Secretaría General Técnica

Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente

Jesús Nieto González

Director General de Prevención y Calidad Ambiental

Andrés Leal Gallardo

Coordinador de la Dirección General de Prevención y Calidad Ambiental

Jesús Contreras González.

Jefe de Servicio de Calidad del Aire

Carlos Caecero Ruiz

Asesor Técnico Agencia Medio Ambiente y Agua

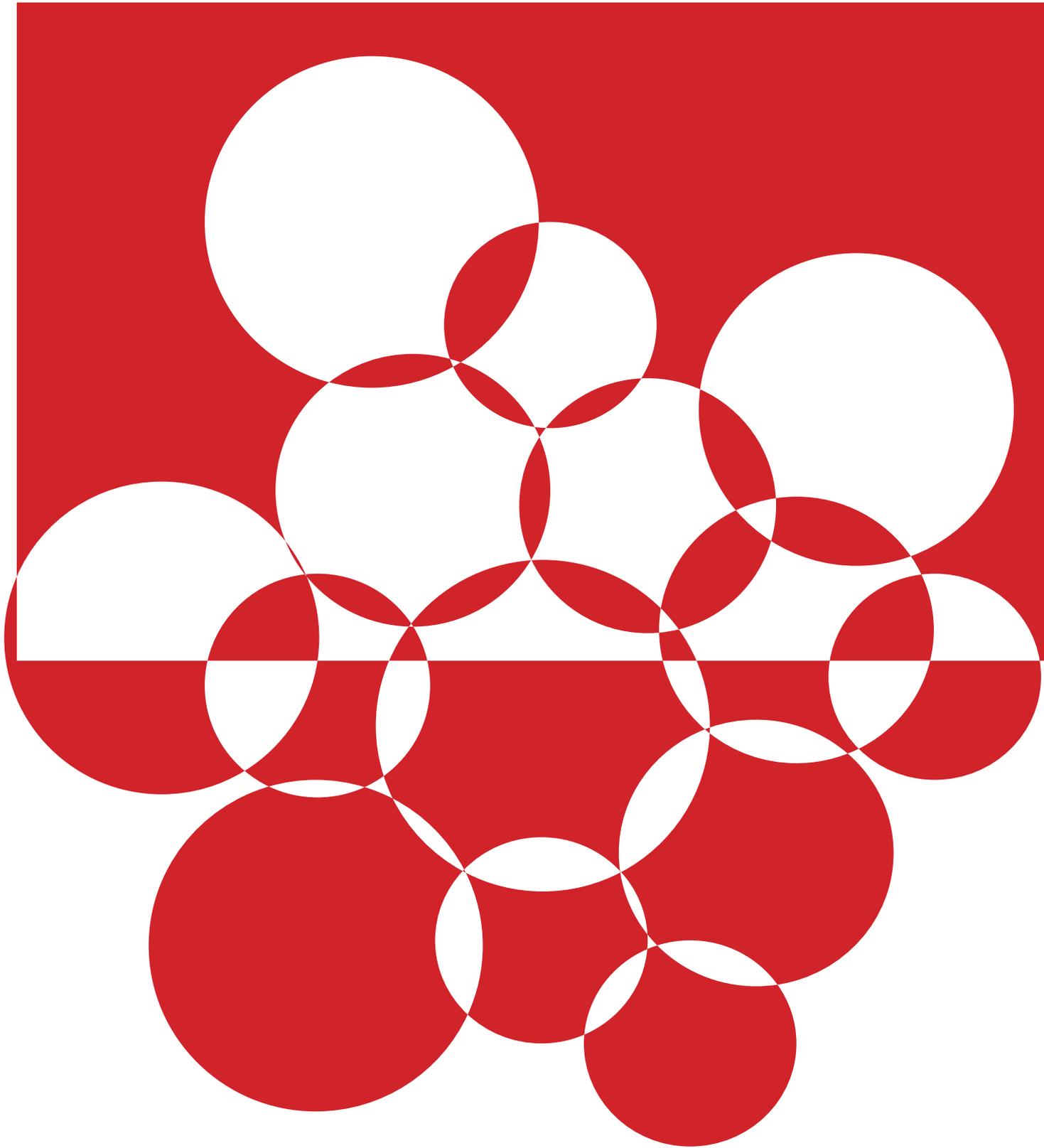
Rafael Barba Salcedo

Jefe Departamento CMA

Miguel Méndez Jiménez

Jefe Servicio CMA





ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acción comunitaria para la salud:

Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Acción Intersectorial para la Salud:

Relación reconocida entre distintos sectores de la sociedad que se establecen para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Acción Local en Salud:

Es un sistema de análisis y de intervención planificada de forma participada, que permite identificar necesidades y oportunidades para orientar las acciones de desarrollo de los objetivos de salud mediante respuestas desde el nivel local. Se trata por tanto, de facilitar la incorporación de la visión local al diseño de las metas, los objetivos, estrategias y acciones del PAS; a modo de una lente de enfoque que nos permita orientarlas para la intervención en el territorio.

Acciones antropogénicas:

Deterioros originados por la presencia del ser humano.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.



Activos de salud:

Todo factor o recurso que aumenta la capacidad de los individuos, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.

Administración Basada en la Evidencia (ABE):

Utilización consciente, explícita y juiciosa de la más útil evidencia disponible a la hora de tomar decisiones. Significa integrar en la tarea de gestionar, la mejor evidencia disponible procedente de información válida y fiable.

AETSA:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Su objetivo es ayudar a la toma de decisiones en materia de tecnologías sanitarias a distintos niveles del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Atención integral:

Es aquella que incorpora en la respuesta a un problema de salud el nivel asistencial, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la rehabilitación integral referida a la recuperación del proyecto vital.

Autonomía:

La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Ayuda mutua:

En el contexto de la salud comprende todas aquellas medidas llevadas a cabo de forma natural u organizada por las personas que comparten una misma situación o problema de salud con el fin de mejorar la calidad de la respuesta al problema desde sus iguales.

Bioenergía:

Es la energía renovable obtenida de materiales biológicos. En su más estricto sentido es un sinónimo de biocombustibles, combustibles derivados de fuentes biológicas.

Biovigilancia:

Estimación de la exposición a sustancias tóxicas presentes en el medio ambiente mediante la medida directa de dichas sustancias o sus metabolitos en matrices biológicas (como sangre y orina). Es una herramienta muy útil en salud pública, ya que permite estudiar relaciones entre contaminantes y efectos en la salud, identificar grupos de población vulnerables a ciertos contaminantes o identificar posibles fuentes de exposición, entre otros.

Capital social:

Conjunto de recursos y activos sociales o culturales y recursos políticos o cívicos. También es capital social la capacidad de las personas para actuar en común hacia fines comunitarios y participar en grupos y asociaciones guiadas por normas de reciprocidad e intercambio basados en la confianza mutua

Carga Global de Morbilidad.

Este método utiliza un indicador llamado *Año de Vida Ajustado en función de la Discapacidad (AVAD)*, que se calcula como el valor actualizado de los años futuros de vida exenta de discapacidad que se pierden en un año dado a consecuencia de muertes prematuras o casos de discapacidad.

Carga de enfermedad:

Efecto o impacto acumulativo de un amplio rango de enfermedades o daños que afectan sobre la salud y coste económico. El concepto sintetiza un conjunto de datos epidemiológicos (mortalidad, incidencia y discapacidad) de cada enfermedad y permite medir pérdidas de salud. Además, mediante un enfoque alternativo, sirve para estudiar la idea de funcionalidad y calidad de la vida.

Cartera de servicios:

Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, según se recoge en el artículo 20.1 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

CESEAND:

Centro de Servicios Europeos a Empresas Andaluzas. Es el nodo andaluz de la Enterprise Europe Network. Constituye el puente que conecta a clientes andaluces con socios potenciales europeos encontrando así nuevas oportunidades de negocio, de cooperación tecnológica o de participación en proyectos de investigación y desarrollo (I+D).

Condiciones de vida:

Se refiere al entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

Copago:

Coparticipación de las personas usuarias en el coste de servicios públicos.

Cuidados informales:

Aquel que se presta a personas dependientes por familiares, amistades u otras personas que no reciben remuneración económica por la ayuda que ofrecen. Atención dispensada de manera no remunerada, fundamentalmente por personas del entorno familiar, es decir, por personas ajenas a los servicios formalizados de atención, a las personas que presentan algún grado de dependencia.





Dependencia:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Desarrollo sostenible:

Se define como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector salud, que deben contribuir a lograr dicho desarrollo.

Desigualdad social:

Son aquellas diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre grupos o subgrupos definidos socialmente, económicamente, o demográficamente, que influyen de forma negativa en sus oportunidades y en su estado de salud. En contraposición a las diferencias, las desigualdades son injustas y evitables.

Determinantes de la salud:

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectiva.

Determinantes sociales de salud:

Son aquellas circunstancias configuradas por las condiciones económicas, sociales, normativas y políticas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades.

EAS:

Encuesta Andaluza de Salud.

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Educación para la salud:

Comprende las actuaciones encaminadas al conocimiento, aprendizaje y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Empoderamiento para la salud:

En promoción de la salud, es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Enfermedades emergentes, re-emergentes e importadas:

Las enfermedades emergentes son aquellas cuya incidencia se ha incremen-

tado o amenaza incrementarse en un futuro. Las enfermedades reemergentes son aquellas que habían sido erradicadas o disminuida su incidencia y vuelven. Las enfermedades importadas son adquiridas en un país y se manifiestan clínicamente en otro donde no existen o son infrecuentes. Las enfermedades transmisibles emergentes, reemergentes e importadas constituyen un importante problema de Salud Pública en Andalucía, España y a nivel mundial. En Andalucía existen zonas y poblaciones especialmente vulnerables a la aparición o resurgimiento de este tipo de enfermedades, al verse afectada especialmente por el cambio climático y por fenómenos de inmigración incontrolada.

Epidemiología:

Es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Estilo de vida:

Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Esperanza de vida al nacer: Número promedio de años que se espera viviría una persona recién nacida, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

ETIER:

Enfermedades transmisibles importadas emergentes y re-emergentes.

Evaluación del Impacto en la Salud (EIS)

Es una combinación de métodos y herramientas con los que puede ser evaluada una política, un programa, proyecto o actividad, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población. La evaluación de impacto en salud integra la valoración y el informe de evaluación de impacto en la salud.

EIA: Evaluación del Impacto Ambiental:

Es el procedimiento por el que se evalúan los posibles impactos -positivos o negativos- que un proyecto puede tener en el medioambiente considerado de manera amplia en sus aspectos naturales, sociales y económicos.

EISoc: Evaluación del impacto Social (en Inglés: SIA)

Es una metodología para analizar los potenciales efectos sociales de intervenciones como planes de desarrollo, infraestructuras, etc.

EIH (HuIA): Evaluación del impacto Humano:

Es un proceso de evaluación prospectivo (ex ante) que se utiliza como instrumento para anticipar los potenciales efectos de un programa, proyecto o decisión en la salud humana y en el bienestar. Clarifica los posibles impactos de diversas opciones y de soluciones alternativas. Proporciona información para los decisores políticos y ayuda a encarar situaciones de conflicto, esta



EIH incluye la EIS y la EISoc.

Esperanza de vida en buena salud:

Mide el número de años vividos en buen estado. Indicador que incorpora información procedente de la carga de enfermedad crónica, de discapacidad o de salud percibida. Mide el número de años que se espera que una persona de una cierta edad viva sin discapacidades. Es un indicador sólido de control de la salud como factor económico y de productividad. Asimismo, introduce el concepto de calidad de vida.

Factor de riesgo:

Condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de aparición de una enfermedad o lesión, o que se relaciona con una salud deficiente.

Gobernanza:

Manera de gobernar, bajo los principios de transparencia y participación, que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero que genera salud.

HATD:

Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones. Facilitan a la ciudadanía información basada en la evidencia acerca de cuidados y tratamientos que promuevan el uso de su derecho a la información y la posibilidad de elección entre las opciones de diagnóstico y tratamiento y sobre consentimiento informado. La toma de decisiones compartidas entre profesionales y ciudadanía facilita la participación en todo el proceso asistencial, enfatizando los aspectos más relevantes del problema de salud y su posible tratamiento. Es un proceso en el se comparten información acerca del problema de salud, modalidades de abordaje, pruebas de detección, alternativas terapéuticas, y pronósticos.

Herramienta de auditoría de equidad en salud (Health Equity audit.):

Herramientas que permitirán que centros sanitarios y equipos identifiquen desigualdades en salud y atención sanitaria y generen intervenciones adaptadas a su contexto.

Iatrogénico (consecuencias iatrogénicas):

Toda alteración del estado del paciente producida por el médico. En esta definición se incluye tanto los efectos positivos como los negativos del actuar de los médicos.

Indicador de salud:

Variable que intenta medir u objetivar de forma cuantitativa o cualitativa los cambios o modificaciones en el estado de salud de un individuo o de una

población.

Índice urbano de la calidad del aire:

Consiste en un valor adimensional calculado a partir de los valores registrados en las estaciones de medida, teniendo en cuenta los valores límites establecidos por la legislación europea, el recientemente aprobado Real Decreto 1073/2002 y los efectos nocivos para la salud de los siguientes contaminantes: dióxido de azufre (SO₂); dióxido de nitrógeno (NO₂); ozono (O₃); monóxido de carbono (CO); partículas PM10

Indicador de pobreza absoluta:

Mide el porcentaje de personas que viven con rentas inferiores al 25% de la media de ingresos.

Indicador de pobreza relativa:

Mide el porcentaje de personas situadas por debajo del umbral de la pobreza (el umbral se sitúa en el 60% de la mediana de ingresos).

Informe de evaluación de impacto en la salud:

Informe emitido por la Consejería competente en materia de salud, sobre la valoración del impacto en la salud realizada a un plan, programa, instrumento de planeamiento urbanístico, obra o actividad.

Intersectorialidad:

Son las acciones de los actores involucrados para el logro de un objetivo común a partir de sus competencias y responsabilidades específicas.

IVE:

Interrupción Voluntaria del Embarazo

Liderazgo:

Actividad de influenciar a personas para que se desempeñe voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo.

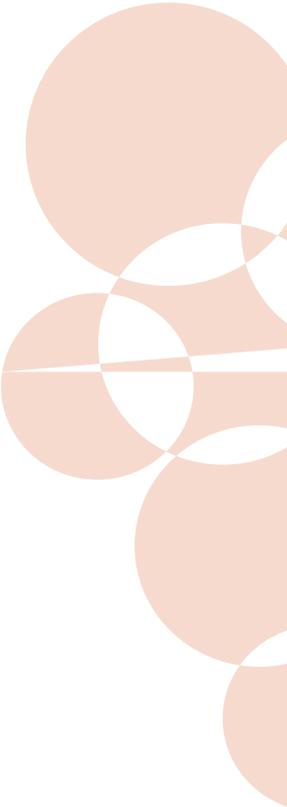
Living Labs:

Los Living Labs son entidades Público-Privadas (PPP- Public Private Partnership) donde empresas, organismos públicos, centros de investigación y ciudadanía se involucran, mediante el impulso de la Sociedad de la Información, en el proceso de innovación co-creando y validando tecnologías, plataformas, productos, servicios, y modelos de negocio en entornos y contextos reales y cotidianos. Los Living Labs suponen una apuesta para mover la experimentación también fuera de los laboratorios hacia entornos reales y con la participación de los ciudadanos.

Localización:

Trasladar lo planificado a la realidad mediante la ejecución de las acciones allí donde surgen los problemas, en un espacio inmediato y contando con todos los protagonistas.





Medicina basada en la evidencia (MBE)

Consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor opción terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias. Representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica aplicado al cuidado y manejo de pacientes individuales. La práctica de MBE requiere la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa derivada de los estudios de investigación sistemática

Morbilidad

Este término describe la cantidad de enfermedad que experimenta una población. Los dos principales indicadores de morbilidad son la incidencia y la prevalencia. El índice de morbilidad es la proporción de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado con respecto a la población total. Generalmente se utiliza una medida que expresa la incidencia de enfermos por cada mil personas en la población.

Morbimortalidad (índice):

Personas enfermas (morbilidad)+fallecidas (tasa de mortalidad).

OTRIs:

Oficinas de transferencia de resultados de la investigación reconocidas como tales en los registros oficiales

Plan Local de Salud:

Instrumento de planificación y gestión

Participación:

Incorporación de la ciudadanía a las políticas públicas a través de una participación que abarca la elaboración, la aplicación y el seguimiento de las mismas. Necesidad de dotar las políticas públicas del llamado “aval de legitimidad” (Habermas) que radicaría en tomar decisiones con la participación de la ciudadanía potencialmente afectada.

Perspectiva de género:

La integración de la perspectiva de género (mainstreaming de género) es la consideración sistemática de las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorporando objetivos y actuaciones específicas dirigidas a eliminar las desigualdades y promover la igualdad en todas las políticas y acciones, a todos los niveles y en todas sus fases de planificación, ejecución y evaluación (Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres).

PNT:

Procedimientos Normalizados de Trabajo.

Política pública saludable:

Se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

Política en salud:

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones públicas que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Prevención de la enfermedad:

Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Procesos asistenciales integrados:

La gestión por procesos asistenciales es una de las estrategias de calidad impulsadas por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y permite ofrecer una atención homogénea al paciente, independientemente del centro en que la reciba y del personal responsable en cada momento. Para ello, en cada proceso quedan definidos los diferentes elementos, recursos y tecnologías que intervienen en la atención de un paciente, desde quién le atiende hasta cómo se realiza esa asistencia, pasando por el momento y lugar en que se presta.

Promoción de la salud:

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Protección de la salud:

Componente de la política de salud, en que se encuadran las actividades basadas en el Análisis de los Riesgos asociados a los alimentos y riesgos ambientales que afecten a la salud, a efectos de procurar a la población el mayor nivel de protección frente a los mismos.

RAIVCPQs:

Manual de gestión para la Red Autonómica de Inspección, Vigilancia y Control de Productos Químicos (RAIVCPQs).

Red Local:

Estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por lo que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se gene-



ran conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos.

Reglamento REACH

En 2007 entró en vigor el Reglamento n° 1907/2006 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (**REACH**), cuyo objetivo primordial es asegurar un alto nivel de protección de la salud humana y del medio ambiente. El reglamento REACH se complementa con el nuevo Reglamento n° 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (Reglamento CLP), que incorpora a la legislación comunitaria los criterios del Sistema Global Armonizado (SGA), desarrollado por la Organización de Naciones Unidas. Este nuevo marco legislativo traerá indudablemente beneficios en salud. Estos beneficios provendrán principalmente del aumento de conocimiento sobre las propiedades intrínsecas de las sustancias que se manejan, que permitirá que tras la evaluación del riesgo, se pueda disminuir la exposición, y se aportarán datos para los estudios epidemiológicos de cara a poder establecer mejor las relaciones causa/efecto en las enfermedades y otras patologías relacionadas con la exposición ambiental y laboral a agentes químicos.

Responsabilidad social para la salud:

Se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud.

Riesgo (*Risk*)

En la evaluación de riesgo, la probabilidad de que algo causará daño, combinado con la severidad potencial de éste. (ATSDR)

Ruta de Exposición (*Route of Exposure*)

La manera en que una persona puede ponerse en contacto con una sustancia química. Por ejemplo, bebiendo (ingestión) y bañándose (contacto con la piel) son dos *rutas de exposición* a contaminantes diferentes que pueden ser encontrados en el agua. (ATSDR)

Salud:

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Salud ambiental:

Aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que son determinados por factores medioambientales. Así mismo, hace referencia a la teoría y práctica relativas a los factores de evaluación y control del medio ambiente que pueden afectar potencialmente a la salud. La salud ambiental incluye tanto los efectos patológicos directos de los agentes químicos y biológicos y de la radiación, como los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar del entorno físico, social y estético.

Salud pública:

El esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas.

Salud en Todas las Políticas (STP / HIAP)

Es una estrategia horizontal, complementaria y coordinada con las estrategias políticas existentes cuya finalidad es contribuir a la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud para maximizar sus resultados positivos y minimizar los efectos negativos sobre la salud colectiva, que se orienta fundamentalmente a determinantes afectados por políticas de sectores distintos del sanitario.

Salud Positiva de las personas:

Interacción de factores psicosociales que le facilitan a las personas alcanzar un alto nivel de bienestar. Entre ellos se encuentran la satisfacción personal, la actividad prosocial, el autocontrol percibido, la autonomía, la capacidad para resolver problemas y las habilidades de relaciones interpersonales.

Salutogénesis:

Teoría que explica el origen de la salud o por qué algunas personas permanecen sanos a pesar de haber atravesado situaciones difíciles y estresantes. Destaca la importancia de algunos recursos personales y externos para el mantenimiento de la salud y el bienestar.

Seguridad alimentaria:

Conjunto de actuaciones basadas en el análisis de riesgos, encaminadas a asegurar que en las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen, a la luz de los conocimientos científicos disponibles, un nivel elevado de protección de la salud de la población consumidora.

Seguridad del Paciente:

Componente clave de la calidad. Las personas usuarias de los servicios sanitarios tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible, y organismos como la Organización Mundial de la Salud y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa, instan a los diferentes gobiernos a situar la seguridad de las personas en el centro de todas sus políticas sanitarias. Para mejorar la seguridad han de establecerse sistemas de atención bien concebidos que permitan reducir al mínimo los riesgos a que están expuestas esas personas.

SIMAN:

Sistema de Información Microbiológica de Andalucía.

Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA):

Es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

Sostenibilidad:

Consiste en satisfacer las necesidades de la actual generación sin sacrifi-



car la capacidad de futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades. Aunque parece estar centrada en medio ambiente, es perfectamente extrapolable a este compromiso.

SVEA:

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Tasa estimada de mortalidad general

El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa bruta o total de mortalidad:

Indicador demográfico que señala el número de defunciones por 1.000 habitantes en una determinada población durante un período determinado de tiempo, por lo general un año.

Tecnología en salud:

Son los instrumentos, técnicas, equipos, dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, sistemas de información, programas sanitarios, así como formas de organización de los servicios de salud, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de condiciones clínicas específicas y a mejorar la calidad de vida de las personas y de la comunidad.

Término municipal:

Es el territorio donde el Ayuntamiento ejerce sus competencias (Art.12 LBRL).

UGC:

Unidades de Gestión Clínica. La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es incorporar a los y las profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone descentralizar las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad.

Valoración del impacto en la salud:

Documento que debe presentar el órgano que formula un plan, programa o instrumento de planeamiento urbanístico, o el titular o promotor de una obra o actividad, sometidos a evaluación del impacto en la salud. En él deberán identificarse, describirse y valorarse los efectos previsibles, positivos y negativos, que el plan, programa, instrumento de planeamiento urbanístico, obra o actividad, puede producir sobre la salud de las personas.

Vigilancia en Salud:

Significa la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente.

Vigilancia de Sitio en Específico:

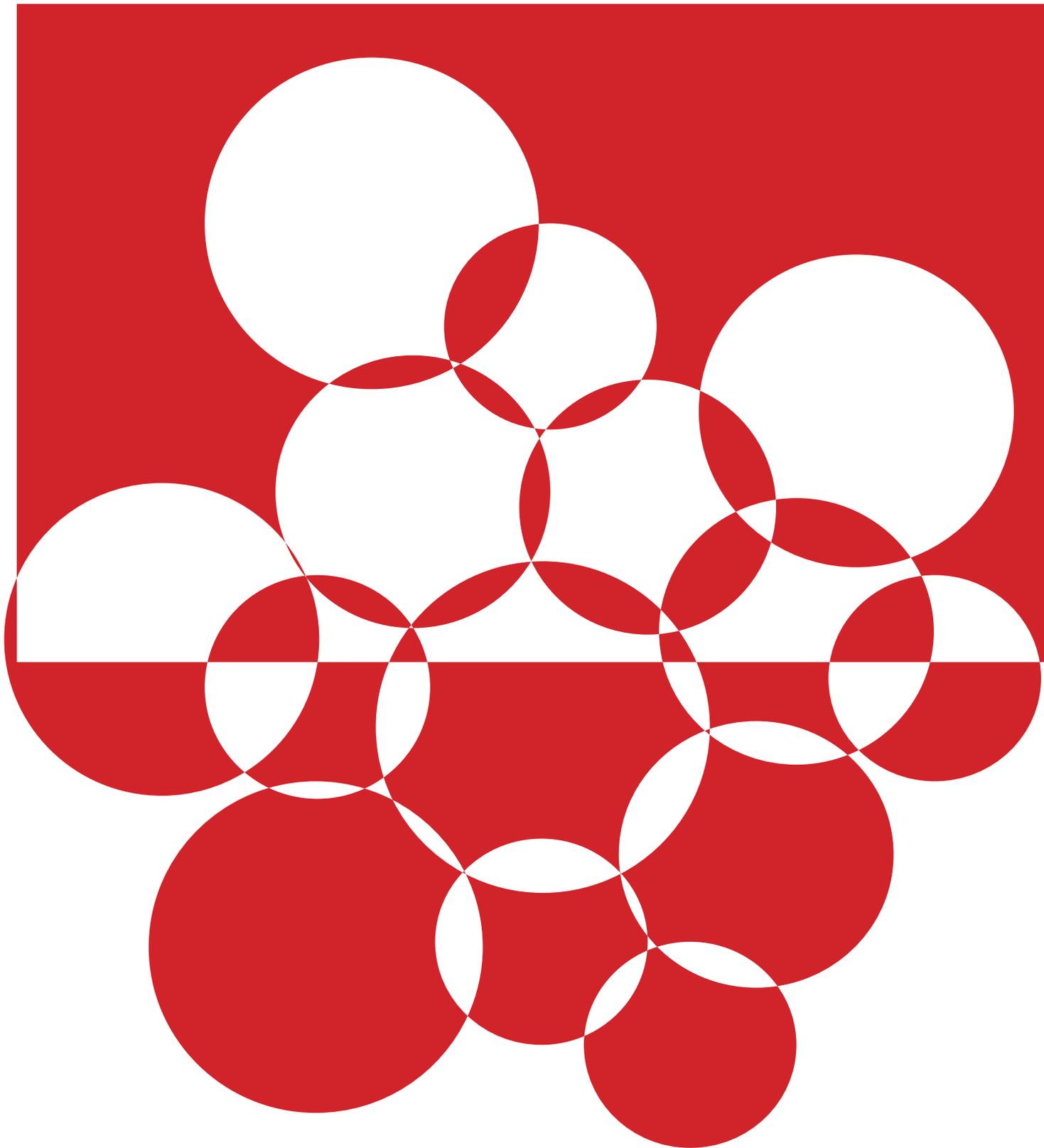
Actividad de vigilancia epidemiológica diseñada para evaluar la presencia específica de una o más condiciones de salud definida en una población específica, potencialmente expuesta a sustancias peligrosas en el medio ambiente. (ATSDR)

Vigilancia Epidemiológica (*Epidemiologic Surveillance*)

La recopilación sistemática, el análisis y la interpretación en desarrollo, de datos de salud esenciales a la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública, integrados de cerca a la difusión oportuna de estos datos a quienes necesitan saberlos. La conexión final en la cadena de vigilancia es la aplicación de estos datos a la prevención y al control. Un sistema de vigilancia incluye una capacidad funcional para la recopilación de datos, el análisis y la difusión vinculada a los programas de salud pública. (ATSDR).

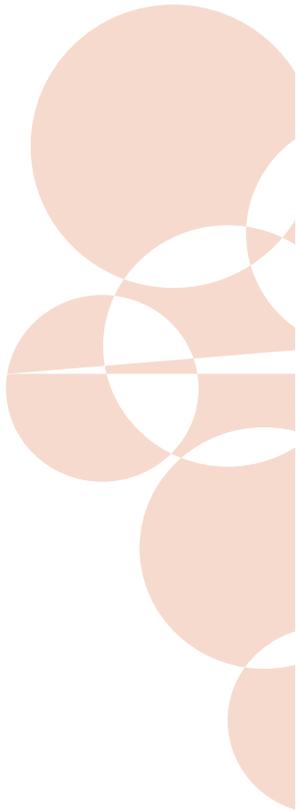
VPO: Viviendas de protección pública/oficial.





BIBLIOGRAFÍA DEL GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Anteproyecto de Ley de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Noviembre 2009. http://www.juntadeandalucia.es/salud/anteproyectoleysaludpublicanavegable/titulo_preliminar_articulo2.html (consultado 1 de diciembre de 2009)
- ATSDR. Glosario de Términos. http://www.atsdr.cdc.gov/ES/ES_GLOSSARY.HTML (consultado 1 de diciembre de 2009)
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/124> (consultado 1 de diciembre de 2009)
- Aclaración sobre expresiones y términos utilizados. Foro de Investigación en Salud de Argentina. www.fisa.anm.edu.ar (consultado 1 de diciembre de 2009)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE 15 de diciembre de 2006)
- Lluch, M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Barcelona España: Universidad de Barcelona, tesis doctoral.
- Observatorio de Seguridad del Paciente. La alianza por la seguridad del paciente. http://obssepac.acsa.juntaandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/elObservatorio/La_Alianza_Mundial_Por_La_Seguridad_Del_Paciente/ (consultado 1 de diciembre de 2009).
- Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario. http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf (consultado 1 de diciembre de 2009).



- Sackett DL, Rosenberg, WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72
- Serrano, C y Raczynski D. (2003). Derechos sociales básicos, superación de la pobreza ante la vulnerabilidad. Asesorías para el Desarrollo, Chile. Citado en Programa Áreas Metropolitanas Vuolnerables. División de Políticas y Estudios. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. (Marzo de 2008).
- Wright K. The economics of informal care of the elderly. Kent: University of Kent, Center for Health Economics; 1983.

