

III PLAN ANDALUZ DE SALUD

[INTRODUCCIÓN](#)

[METODOLOGÍA DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD](#)

[LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN ANDALUCÍA](#)

[UN COMPROMISO POR LA SALUD EN ANDALUCÍA](#)

[EJES TRANSVERSALES PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES EN SALUD](#)

[METAS DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD](#)

[LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN](#)

[EVALUACIÓN DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD](#)

[CONVERGENCIA CON OTROS PLANES DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA](#)

II. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud y la prioridad con la que se deben atender están sufriendo cambios importantes en Europa, sobre todo en los Países del Sur. Lo confirman la Oficina Regional Europea de la OMS en su documento "Salud para todos en el Siglo XXI" y la Unión Europea en su Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública.

Hay cambios en los patrones de salud y en los factores que tradicionalmente se asocian como causantes. Existen avances como la irrupción de nuevas tecnologías sanitarias, oportunidades de mejora y renovados retos que alcanzar y para lo que son imprescindibles determinadas transformaciones en el Sistema Sanitario de Andalucía.

Hoy se cruzan en el debate social la expectativa de los que sufren enfermedades crónicas y graves mermas en su calidad de vida, el lógico afán científico de los investigadores, los interés industriales y comerciales junto a los aspectos que deben regir una ética pública que siempre debe estar al servicio del interés general y del progreso y desarrollo de la sociedad. (La investigación sobre el potencial terapéutico de las células madres embrionarias, es un ejemplo real, de éste tipo de debate social).

El III Plan Andaluz de Salud no sólo debe estar abierto a las nuevas exigencias y oportunidades que se plantean, sino que ha de ser un instrumento que refleje e instaure políticas que satisfagan las expectativas de la sociedad.

Para la elaboración de este documento se ha partido de la evaluación del Plan anterior. También se parte del conocimiento de la realidad y de las expectativas de salud de la población en Andalucía. Ello ha permitido fijar las líneas prioritarias que deben desarrollarse o consolidarse, para reducir los riesgos y aumentar las oportunidades, de tal forma que la política sanitaria siga contribuyendo de forma decisiva a la mejora del bienestar, de la calidad de vida y de la cohesión social.

En esa línea, el III Plan Andaluz de Salud destaca tres importantes áreas de contenidos. La primera de ellas, denominada 'La salud de la población en Andalucía', aborda el análisis de los problemas e incorpora los factores determinantes en el ámbito de la salud y las expectativas de la población y añade un perfil del estado de salud de la población en Andalucía. A grandes rasgos, se puede decir que, junto a las enfermedades prevalentes y que generan más morbi-mortalidad (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas osteoarticulares, etc.) son preocupantes los accidentes laborales y de tráfico, la violencia de género, las adicciones y otros problemas relacionados con la conducta.

El segundo apartado presenta el marco político del Plan, "el compromiso por la salud en Andalucía", sustentado en seis ejes transversales para las intervenciones en salud.

A continuación, se identifica un tercer área que desarrolla las grandes metas del Plan y las líneas prioritarias de actuación que se apoyan en los instrumentos, ejes vertebradores del Plan y que son la clave de su éxito: la colaboración entre sectores, la perspectiva de género, la participación de los ciudadanos, el ámbito local de las actuaciones, la educación como herramienta para la promoción de la salud y las nuevas formas de organización de los servicios.

La elaboración del Plan ha servido para identificar hacia dónde se dirigen los esfuerzos del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

- El ciudadano, considerado tanto individualmente, como miembro de un grupo, en sociedad.
- Las organizaciones sanitarias y el papel de los profesionales.
- Los cambios tecnológicos y sus implicaciones en la organización y las prácticas profesionales.

El ciudadano es el protagonista

El ciudadano es el protagonista de los servicios sanitarios públicos. Como cliente, usuario, consumidor y propietario va a promover importantes cambios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En primer lugar, por su poder y capacidad de elección. Esto es debido a una mejora en la formación y a una mayor inquietud, auspiciadas por el acceso a la información y al conocimiento, a través de los medios de comunicación y de las nuevas tecnologías; que han abierto puertas al conocimiento y también han alimentado la expectativa y las esperanzas de gran número de personas que padecen enfermedades crónicas y degenerativas y que ven en los potenciales avances de la investigación biomédica la solución a sus problemas de salud. En este sentido, la organización sanitaria tendrá que desarrollar políticas que garanticen los derechos, decisiones y demandas del ciudadano.

Esa posición central del ciudadano obliga a los servicios de salud a adaptarse a sus características y necesidades. Se establecen grupos específicos de población (según edad, género, situación social, problemas de salud, etc.) debiéndose orientar hacia ellos procesos, prestaciones y servicios.

La tendencia progresiva al envejecimiento de la población será un factor determinante en la próxima década, porque, además de implicar un importante consumo de servicios, las necesidades y la situación de dependencia de los mayores y de personas con discapacidad van a requerir una atención integral, que trascenderá los servicios de salud. Esto conlleva, por un lado, la necesidad de reforzar las estrategias sanitarias de atención a domicilio, así como los servicios de rehabilitación y fisioterapia; por otro, supone reforzar el espacio

sociosanitario. En ese espacio trabajarán estrechamente los profesionales de la salud, los servicios sociales, los municipios y las organizaciones ciudadanas. Habrán de actuar de forma coordinada e integralmente. Tendrán que identificar las necesidades y dispondrán de capacidad de decisión para gestionar cada caso de forma personalizada y garantizarán que el ciudadano recibe los servicios adecuados a su situación. Esto resulta mucho más necesario, si se tiene en cuenta que las mujeres, que son quienes tradicionalmente asumían el cuidado de los mayores y de las personas con falta de autonomía, desempeñan cada vez menos este papel, debido a su positiva incorporación al mercado de trabajo y a los cambios que se observan en las familias y en las redes de apoyo social. Estos aspectos se han comenzado a abordar desde el reciente Plan de Apoyo a la Familia.

Un apartado específico de este Plan se dirige a los problemas de salud que afectan a la población joven. En él se plantean estrategias activas de sensibilización, formación en habilidades personales y modificación de conductas de riesgo sobre los problemas que más preocupan a la sociedad: el abuso del alcohol y el consumo de drogas ilegales, sobre todo su relación directa con los accidentes de tráfico y la transmisión del VIH/SIDA. Son las dos causas más importantes de años de vida perdidos entre los jóvenes. También se incluye la prevención y la atención de los problemas de nutrición y trastornos alimentarios que, con frecuencia, empiezan a estas edades y que afectan de forma singular y en mayor proporción a las mujeres.

El Plan también se ocupa especialmente de los grupos de población desfavorecida y en riesgo de exclusión social. El Plan contiene objetivos y estrategias para sus necesidades específicas, bajo el prisma de una política de reducción de desigualdades en salud. En esa situación está la población extranjera residente en Andalucía, puerta natural de entrada en Europa de personas procedentes de África. También se observa un incremento de inmigrantes procedentes de los países del este de Europa.

Este Plan concede gran importancia a la prevención y reducción de riesgos, a las políticas de promoción de la salud, con el fin de generar yacimientos de salud y aumentar el compromiso y autonomía de las personas. En este sentido, una de sus prioridades es la lucha contra el tabaquismo. El consumo de tabaco, relacionado con más de veinticinco enfermedades, es la principal causa de muerte en Andalucía. Provoca alrededor de 10.000 fallecimientos anuales, gran número de discapacidades precoces y ocasiona unos gastos anuales para la Sanidad Pública estimados en torno a 350 millones de euros. Por ello, plantea medidas de promoción, educación sanitaria y apoyo a las personas que quieren abandonar el consumo. A esto se añaden actuaciones como el control de la publicidad, las restricciones al consumo en los establecimientos públicos y la demanda civil presentada por la Junta de Andalucía contra las principales multinacionales tabaqueras, por la responsabilidad que sus productos tienen en el daño a la salud y en el gasto sanitario.

En esa línea de fomento de hábitos saludables, otro de los aspectos que refuerza el III Plan Andaluz de Salud es la mejora de los lugares donde se llevan a cabo la convivencia, el ocio y el trabajo. Para ello, se pretende establecer alianzas a favor de la salud con Entidades locales, agentes sociales y asociaciones, con un enfoque intersectorial e interdisciplinar. El Plan de *Empresas Saludables* es ya una realidad articulada sobre la base del consenso con las Organizaciones empresariales y sindicales de Andalucía.

Este enfoque intersectorial debe impregnar al conjunto de actuaciones del III Plan Andaluz de Salud. Hay que avanzar hacia la cooperación y la corresponsabilidad de los diferentes sectores implicados en la identificación, formulación y seguimiento de las políticas y estrategias de salud, que deben ser la base para el consenso que guíe las acciones horizontales (Consejerías de Salud, Educación y Asuntos Sociales, Administraciones Locales, Organizaciones sociales, etc.) y verticales (Administración autonómica, provincial y municipal). Si se actúa de este modo quedarán reforzados los efectos beneficiosos de las acciones en salud.

El III Plan Andaluz de Salud está en línea con el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que sitúa al ciudadano en el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este enfoque de calidad se materializa en el proceso asistencial, integral y único, entendido desde la perspectiva de las personas que conviven con un determinado problema de salud, usan los servicios sanitarios, tienen expectativas y formulan opiniones.

La continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave que inspira las estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En este sentido, se han definido cuarenta y dos procesos, que responden al 90% de la demanda sanitaria; e identificado siete problemas de salud prioritarios (enfermedades del corazón, cáncer, accidentes, salud mental, diabetes mellitus, problemas osteoarticulares y las situaciones de dependencia), cuya respuesta se plantea a través de Planes integrales de actuación.

Elementos del cambio

En este marco, el profesional sanitario también verá modificado su papel en las próximas décadas, entre otras causas por los requerimientos de la sociedad, que querrá contar con personas que desempeñen su trabajo con capacidad técnica, dispuestos a escuchar, a compartir la información y ayudarles a tomar decisiones sobre su salud. En este sentido, el personal sanitario ha de estar altamente cualificado y con capacidad para buscar información científica en bases de datos y en Internet.

Es necesario realizar actuaciones de sensibilización y formación continuada para que los profesionales incorporen en su trabajo cotidiano labores de prevención y promoción de la salud.

El personal de salud asumirá progresivamente mayor autonomía y responsabilidad en la nueva estrategia de gestión y compartirá riesgos con los

financiadores y con los pacientes. Desde esta óptica, toda la organización estará inmersa en un sistema de trabajo por objetivos, con valoración del trabajo desempeñado a través de incentivos.

Igual que les ocurre a los profesionales, la autoridad sanitaria también vivirá un cambio caracterizado por una mayor dependencia de las decisiones supranacionales, la necesidad de contar con comités científicos de apoyo, la intervención fundamentalmente intersectorial y la progresiva importancia de los aspectos jurídicos tanto por parte de las autoridades sanitarias para preservar la salud de la población como de los posibles afectados. Esto lleva a la necesidad de adecuar la organización y gestión de la salud pública para responder a los retos.

Las nuevas tecnologías

Las tecnologías de la información, Internet y la conexión en una red serán también protagonistas de la revolución que se prevé en los servicios de salud, en la medida en que generarán un alto valor y favorecerán la eficiencia de las organizaciones.

El impacto de las tecnologías sanitarias es un elemento de transformación de los sistemas sanitarios y de su relación con los ciudadanos. En esta línea, la Consejería de Salud puso en marcha en el año 2000 el Plan Tecnológico que recogía el análisis de la situación de la alta tecnología diagnóstica y terapéutica, realizaba un inventario informatizado de la misma y aportaba propuestas de desarrollo.

Uno de los retos es conseguir la integración de todos los sistemas y tecnologías y orientarlos al ciudadano, en una plataforma en la que el núcleo sea la información clínica. En este contexto, será de suma importancia garantizar la máxima privacidad y la seguridad en las transacciones electrónicas, para lo cual se utilizarán soportes acreditados y certificados.

Para conseguirlo está en fase de diseño la Estrategia de Salud Digital, cuya clave es la integración de toda la información sanitaria de cada ciudadano en una historia de salud única y digital. Estará disponible donde y cuando sea precisa, lo que mejorará el acceso a la información, la continuidad del proceso asistencial y la calidad de los servicios sanitarios.

Otro de los aspectos que seguirá repercutiendo en la organización de los servicios sanitarios y en la práctica profesional es el de los avances científicos. Es preciso potenciar la investigación de calidad aplicable a la práctica clínica y que permita resolver los problemas e identificar el potencial tecnológico transferible a las empresas.

Cobra especial relevancia la investigación sobre el genoma humano y el control científico del mismo, la garantía de acceso, el uso y la protección de la información personal, el respeto a la confidencialidad y la no discriminación por

razón genética.

Estamos ante una investigación clave para la prevención de las enfermedades crónicas y el conocimiento de la predisposición genética a padecerlas. Permitirá a las personas conocer mejor su perfil de riesgo sanitario y, en consecuencia, favorecerá el consejo genético anticipado sobre los estilos de vida más adecuados y aumentará la eficacia de la Medicina clínica.

Líneas prioritarias

El III Plan Andaluz de Salud define las siguientes líneas prioritarias de actuación:

- 1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente que dé respuesta a las nuevas situaciones y sea sensible a las demandas sociales.**
- 2. Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.**
- 3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.**
- 4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la atención mental y la atención a las personas en situación de dependencia.**
- 5. Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud con especial atención a los colectivos excluidos.**
- 6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.**
- 7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías sanitarias con criterios de equidad y de evidencia científica.**
- 8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación.**
- 9. Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.**
- 10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.**

Por último, como medida de evaluación, se han definido los factores clave de éxito, los criterios de evaluación, los indicadores de los diferentes objetivos y estrategias que se plantean en cada línea prioritaria de actuación.

III. METODOLOGÍA DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD

Diez años después de la aprobación del I Plan Andaluz de Salud, la Consejería de Salud asume el proyecto de elaborar el III Plan Andaluz de Salud enmarcado en un contexto económico y social diferente, más exigente y una organización sanitaria más madura, tecnológicamente avanzada en lo que se refiere al diagnóstico y abordaje de los problemas de salud, así como en el desarrollo de los modelos de gestión, sistemas de información “expertos” y la incorporación de tecnologías de la información y comunicación en relación con la gestión de las demandas y relación con los usuarios de las prestaciones y servicios.



El enfoque del III Plan Andaluz de Salud es innovador, porque integra e incorpora nuevos valores sociales, y actual, porque asume como proyecto las oportunidades de transformación relacionadas con los avances científicos y las tecnologías de la información y comunicación. Es un Plan de Planes, desde una doble perspectiva: por una parte, se compromete a diseñar, poner en marcha y evaluar Planes integrales en siete áreas de intervención, relacionadas con el abordaje de los principales problemas de morbi-mortalidad de nuestra sociedad; y por otra, el presente enlaza con un conjunto de actuaciones estratégicas que se están desarrollando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, a través de diversos planes, programas y proyectos de innovación.

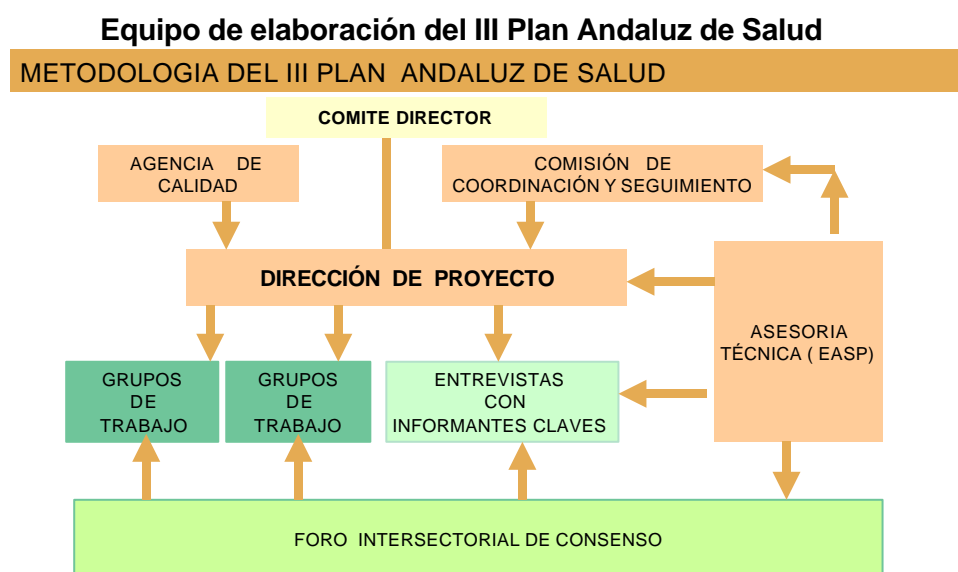
Se plantea la necesidad de converger con distintos Planes e iniciativas de otros Departamentos y Organismos de la Administración de la Junta de Andalucía, que permitan una mejor coordinación y cooperación en la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida de la población en Andalucía.

El Plan evita la tentación de exhaustividad, que convierte habitualmente este tipo de documentos en extensos, complejos, y por tanto, en poco operativos. Dirige, por el contrario, los esfuerzos a definir líneas de actuación prioritarias, objetivos y estrategias realistas y factibles, que tratan de dar respuesta a tres preguntas claves:

- 1ª. ¿Qué está pasando?
- 2ª. ¿Cómo lo percibe la sociedad?
- 3ª. ¿Cómo lo vamos a lograr?

Para la elaboración de este Plan partimos de una excelente posición. Se sustenta en una visión global e integrada, sobre necesidades de recursos de salud y de intervenciones eficaces y efectivas, que ya habían sido ejecutadas y evaluadas en los dos Planes Andaluces de Salud anteriores. Se dispone de más y mejor información; de un capital social e intelectual acumulado, estructurado en el conocimiento científico; y de la experiencia de una red de profesionales, investigadores y técnicos, que han participado en la elaboración y desarrollo de los dos Planes anteriores. Nos encontramos ante un Plan de tercera generación y eso supone, al mismo tiempo, un reto y un valor añadido, tanto para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como para el conjunto del Estado.

Este Plan, por tanto armoniza las actuaciones en Salud Pública con las necesidades, demandas y expectativas del conjunto de la sociedad andaluza.



En anexo se incluye el directorio de profesionales que han participado en los diferentes grupos de trabajo.

El III Plan Andaluz de Salud se ha elaborado en **cuatro fases**:

Primera fase: Análisis de situación y definición estratégica

Tras un proceso de reflexión estratégica, sobre las oportunidades y retos en salud, en el contexto de la segunda modernización y la sociedad del conocimiento en Andalucía, se han establecido las metas y los ejes transversales necesarios para mejorar las intervenciones en salud.

Como situación de partida se ha elaborado un análisis de la situación actual de la salud en Andalucía, que profundiza en la realidad de la población y de sus expectativas en salud, así como en los factores condicionantes para, finalmente, hacer una revisión de los recursos sanitarios existentes y una reflexión final sobre las tendencias de cambio.

En el desarrollo de esta fase se han constituido 11 Grupos de Trabajo, en los que han participado un total de 110 profesionales, realizándose consultas institucionales y 5 entrevistas con informantes claves por áreas temáticas específicas.

Grupos de trabajo para la elaboración del III Plan de Salud de Andalucía:

- Análisis de situación de la salud.
- Prevención de riesgos y promoción de hábitos saludables.
- Intervenciones en salud en colectivos en riesgo de exclusión social.
- Metodología de elaboración de Planes integrales.
- Orientación y participación de los ciudadanos y pacientes en las políticas y servicios de salud.
- Evaluación del Plan y definición de indicadores.
- Género y salud.
- Intersectorialidad y acción local.
- Avances sobre el genoma humano.
- Plan de comunicación del III Plan Andaluz de Salud.
- Informantes por Áreas Temáticas Específicas.

Segunda fase: Formulación de líneas de actuación, objetivos y estrategias

Partiendo del análisis de situación y previa consulta a las fuentes de documentación de los Organismos internacionales (OMS, OCDE, Unión Europea, etc.) se ha realizado una revisión de las políticas sanitarias y de los principales Planes de salud existentes en otros Sistemas Sanitarios de nuestro entorno.

Se ha realizado una revisión de todos los Planes de salud en vigor actualmente en distintas Comunidades Autónomas (Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, País Vasco, Navarra, Extremadura).

La Comisión técnica de coordinación, junto con los Coordinadores de los Grupos de Trabajo, se constituyó en Grupo de priorización y consenso, formulando y proponiendo a la Comisión de dirección, hasta su aprobación, una serie de líneas prioritarias de actuación, objetivos y estrategias.

Finalizada esta fase, el Grupo de evaluación definió operativamente los principales factores clave de éxito para cada objetivo, identificando los criterios de evaluación e indicadores.

Con la información generada, se inicia una segunda fase, donde se estructura el documento preliminar del III Plan Andaluz de Salud que, una vez presentado y autorizado por el Comité director del Plan, sirve como documentación base para las Instituciones y los expertos, participantes en la tercera fase, de participación y consenso.

Tercera fase: Participación Social y Consenso.

Definida la propuesta de objetivos y estrategias del III Plan Andaluz de Salud, se entró en una fase de debate social y consenso, para lo que se diseñó un escenario metodológico de encuentro y comunicación, que se concretó en la realización un Foro Intersectorial de Consenso.

Este tipo de metodologías aportan un valor añadido: permiten recabar información desde una perspectiva multidisciplinar e intersectorial y facilitan la generación de sinergias y consensos entre todos los actores sociales implicados. Este es, sin duda, su principal valor fuerza en la definición y desarrollo de las políticas públicas.

El principal factor clave de éxito es conseguir un alto nivel de cooperación y participación entre las Instituciones vinculadas y los expertos, objetivo que se alcanzó satisfactoriamente.

Durante los días 8 y 9 de mayo de 2003 en la Escuela Andaluza de Salud Pública se realizó el Foro Intersectorial de Consenso, en el que participaron 185 personas, procedentes de diferentes ámbitos sociales.

Desde un enfoque intersectorial y multidisciplinar el foro de consenso se propuso tres objetivos :

1. Transmitir las coordenadas estratégicas del III Plan Andaluz de Salud, sus metas, líneas de actuación y objetivos de salud, que sirvieran para la reformulación de prioridades por parte de los agentes sociales invitados.
2. Producir información de síntesis y elevar recomendaciones razonadas a la Comisión de coordinación en torno a los objetivos, con sus correspondientes estrategias, así como de los criterios de evaluación e indicadores (cuantitativos y cualitativos) previstos en el documento preliminar del III Plan Andaluz de Salud.

Para ello se estructuraron seis Paneles de expertos:

Paneles de Expertos:

- Panel A:** El ciudadano en el III Plan Andaluz de Salud: participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias. Participación social.
- Panel B:** Seguridad en salud: cooperación interinstitucional en la protección y reducción de riesgos asociados a los alimentos, tratamientos y productos milagro y el medio ambiente.
- Panel C:** Fomentar la Salud y Calidad de Vida en niños, adolescentes, jóvenes, en el envejecimiento y el apoyo a las familias con problemas crónicos y discapacidad.
- Panel D:** Promover la salud fomentando: estilos de vida saludables, la salud en los centros de trabajo, la salud y el ocio saludable, y la calidad de vida en los pueblos y ciudades.
- Panel E:** Igualdad de oportunidades ante la salud: estrategias de intervención desde las acciones intersectoriales y atención preferente a las personas en situación de exclusión social.
- Panel F:** Desarrollo de nuevas líneas de investigación en salud y avances sobre el genoma humano.

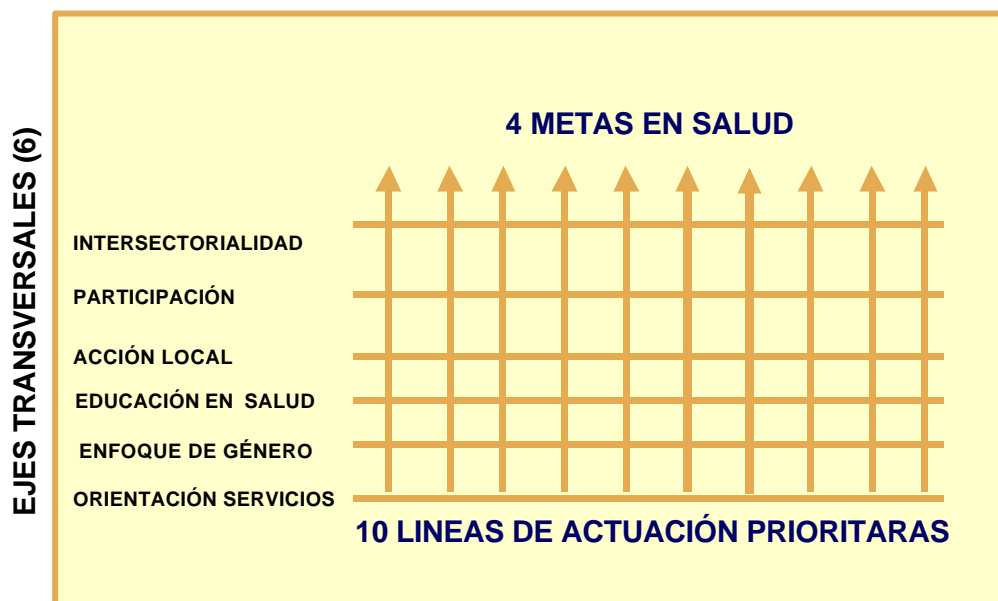
El perfil de los participantes tuvo como principal referencia las Instituciones vinculadas a las políticas sanitarias en Andalucía, tanto del ámbito de la salud pública como de la gestión de servicios de salud; otros Departamentos con Planes y programas convergentes con la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Universidades, Instituto Andaluz de la Mujer, Instituto de la Juventud, Federación Andaluza de Municipios y Provincias, agentes sociales, organizaciones ciudadanas y sociales.

Se han mantenido abiertos durante dos semanas seis foros de debate por Internet, uno por cada uno de los seis paneles monográficos realizados, como forma de consulta abierta y permanente para que tanto las instituciones y las personas que asistieron u otros profesionales y ciudadanos pudieran emitir sus opiniones y recomendaciones al III Plan Andaluz de Salud.

3. El Foro Intersectorial de Consenso pretendía la interacción y el intercambio, en las ideas y conceptos, entre las Instituciones y entre las personas, y de forma más relevante la interacción y el intercambio entre la organización sanitaria y su entorno profesional, político y social. En base a este criterio, responsables políticos y de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía, junto con el equipo de elaboración del Plan presentaron durante la jornada del foro el documento preliminar del Plan e invitaron a elevar

propuestas de mejora y recomendaciones, para lograr un compromiso por la salud de los andaluces y andaluzas.

Como resultado final del Foro Intersectorial de Consenso se ha introducido un nuevo eje transversal, para mejorar las intervenciones en salud; se han añadido dos nuevos objetivos y un Plan integral más; así como se han modificado, en mayor o menor intensidad, todas las líneas del Plan, hasta quedar en 10 líneas prioritarias, 6 ejes transversales de intervención y 30 objetivos de salud.



Cuarta fase: Redacción

Culminadas las tres fases anteriores, se ha procedido a la redacción del texto del proyecto del III Plan. Dicho Plan, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 31 y 32 de la Ley de Salud de Andalucía, será elevado al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para su aprobación y con posterioridad será trasladado al Parlamento de Andalucía, para su conocimiento y estudio.

IV. LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN ANDALUCÍA.

IV.1. LA POBLACIÓN Y SUS EXPECTATIVAS DE SALUD

La población en Andalucía

El III Plan de Salud de Andalucía se dirige aproximadamente a siete millones y medio de ciudadanos, de los que un poco más de la mitad son mujeres. Durante el periodo de desarrollo de este Plan, la estructura de la población en Andalucía continuará envejeciendo. Es previsible un descenso proporcional de jóvenes y un incremento de los mayores de 65 años. Esto es consecuencia de la baja natalidad, del descenso de la mortalidad y del aumento de la esperanza de vida (sobre todo en las mujeres) factores que marcan la demografía de la sociedad andaluza desde hace más de dos décadas. Además, el incremento de la población mayor de 65 años, especialmente por encima de los 80, se producirá con un aumento proporcional de mujeres, que viven más que los hombres. Sin embargo, a pesar de su mayor longevidad, las mujeres andaluzas dicen padecer más enfermedades. Hay que hablar en ellas de peor estado de salud percibido que los hombres.

El índice de dependencia de personas mayores en Andalucía es importante, situándose alrededor del 20 % en el año 2000. Si a esta cifra sumamos el elevado porcentaje de población menor en nuestra Comunidad Autónoma, el índice de esta población, teóricamente dependiente, en relación al segmento de población adulta, teóricamente activo, asciende al 46%.

Por otra parte, se prevé también que continúe el desfase entre el lento crecimiento poblacional y el pronunciado crecimiento del número de hogares, así como notables cambios en su estructura (unipersonales, monoparentales), y en su composición (hijos adoptivos, hijos de distinta procedencia, parejas de un mismo sexo, etc). Esta creciente diversidad debe ser tenida en cuenta a la hora de responder a los problemas de salud, incluso cuando su peso sea todavía bajo en el conjunto de la sociedad andaluza.

En cuanto a los saldos migratorios, las cifras oficiales indican que desde 1995, e ininterrumpidamente, el número de inmigrantes es superior al de emigrantes. La población extranjera con permiso de residencia se ha triplicado en el último decenio (en Andalucía ha pasado de 50.000 a 157.000 personas), lo que supone el 2,15% de la población total de Andalucía. De ellos, el 50% son comunitarios. De los no comunitarios cabe destacar los procedentes de Marruecos (25% del total que reside en Andalucía).

ANDALUCÍA DATOS BÁSICOS, 2002

Población	7.403.968 habitantes
Población mayor de 65 años:	1.075.798 habitantes
Población menor de 15 años:	1.771.342 habitantes
Esperanza de vida al nacer en hombres:	75.28 años
Esperanza de vida al nacer en mujeres:	82.00 años
Tasa de mortalidad general en hombres:	877.20 por cien mil habitantes
Tasa de mortalidad general en mujeres:	492.70 por cien mil habitantes
Mortalidad infantil:	5.06 por mil nacidos vivos

(1): Padrón Municipal de Habitantes, Revisión 1-01-2002

(2): Fuente: IEA. Proyección de Población de Andalucía. Año 2002

(3): Fuente: IEA-Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales. Datos 2001 provisionales (estandarización directa población europea)

Qué esperan los ciudadanos Como ocurre en todas las sociedades desarrolladas y democráticas, los ciudadanos están cada vez más y mejor formados e informados, lo que les capacita para adoptar un papel activo y comprometido.

De ahí que el ciudadano andaluz exija progresivamente una participación efectiva y tenga expectativas más amplias y diversas en todo lo relacionado con su salud. El fenómeno trasciende de la mera protección frente a sus dolencias y enfermedades y abarca cuestiones que condicionan su bienestar de manera indirecta. Por ejemplo, una de las expectativas de la sociedad actual es que los productos, sobre todo los alimentos, y los servicios cumplan unos requisitos de seguridad y salubridad elevados; o que los niños crezcan en un entorno sano; o que la ciudad y el lugar de trabajo sean espacios seguros y saludables.

Así pues, el ciudadano, tanto de forma individual como colectiva, reclama participar en las decisiones que afectan a su salud, ejercicio que concibe no sólo como un derecho, sino también como la satisfacción de su necesidad de implicarse.

En este sentido, la información y la comunicación son los pilares básicos que lo facultan para ello. Por eso es notable la necesidad de un fluido diálogo social - entre Instituciones, ciudadanos, usuarios, asociaciones, medios de comunicación, etc.- que sea constante, estructurado y plural y que verse sobre un extenso espectro de temas relacionados con la salud.

A este deseo de protagonismo del ciudadano sobre la salud se une su exigencia de participar también de modo activo y efectivo en lo que atañe a los servicios sanitarios.

Las principales expectativas de la sociedad andaluza en relación a los servicios sanitarios se refieren en gran parte a la calidad, tanto de los aspectos técnico-científicos, como del entorno físico y humano. Entre otros avances, la población demanda una mejor organización y una mayor intersectorialidad.

Unidas las expectativas y las tendencias que se perfilan, es posible realizar un ejercicio de aproximación a lo que en un futuro próximo los usuarios andaluces demandarán concretamente del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de sus profesionales. Es posible anticipar que el “paciente del futuro” se caracterizará por su deseo de:

- Ser consciente y exigente en sus derechos y hacerlos valer como paciente, usuario y “co-propietario” de los servicios de salud.
- Participar en las decisiones que afectan a su salud y en las alternativas de tratamiento. Es decir, querrá tener voz y voto.
- Solicitar y disponer de información actualizada, objetiva, fiable y de calidad acerca de su enfermedad, la evolución de la misma, las diferentes opciones de tratamiento (riesgos y beneficios de las acciones terapéuticas) y los productos farmacéuticos (efectos secundarios, interacciones, etc.).
- Celeridad y eficacia en los procesos diagnósticos, quirúrgicos y de rehabilitación.
- Confiar en su médico de cabecera como interlocutor directo y válido sobre su Salud.
- Percibir la mayor coherencia posible en la respuesta integral a su problema (mayor transferencia y transparencia de información entre su médico de cabecera y los especialistas que le tratan).
- Recibir un trato amable, personalizado y respetuoso con su intimidad.
- Flexibilidad en la organización sanitaria para ofrecer servicios que se adapten y mejoren situaciones personales (acompañamiento para personas con problemas de autonomía, atención domiciliaria extendida, ayudas para la adaptación del domicilio en caso de hospitalización domiciliaria,...).
- Conocer el uso correcto y adecuado de los servicios de salud y que éstos estén más próximos al ciudadano (para optimizar el itinerario y reducir el número de visitas a los diferentes dispositivos).
- Tener garantía del adecuado desempeño de profesionales y del funcionamiento de los servicios.
- Solidaridad y equidad del Sistema Sanitario para que todos tengan derecho a la protección de la salud y accesibilidad a los avances científicos y tecnológicos.
- Solidaridad y trato diferenciado por parte del Sistema Sanitario y la sociedad en su conjunto hacia los cuidadores de enfermos crónicos y con los pacientes en situaciones de discapacidad.
- Mayor confort.

Las características anteriores son las que responden a las expectativas dominantes en una sociedad cada vez más formada, exigente y conocedora de sus derechos. Son la garantía del derecho a la protección de la salud; la responsabilidad colectiva en la prevención y su mantenimiento; la importancia del tiempo en la atención sanitaria y en la prestación de servicios; el respeto a la individualidad y a las singularidades, en una comunidad progresivamente multicultural; la seguridad en las prácticas clínicas, el acceso fácil a una información comprensible y transparente o el compromiso social con la planificación y gestión de los servicios sanitarios.

IV. 2. FACTORES QUE CONDICIONAN LA SALUD

- 1. El entorno personal** El impacto que los estilos de vida y las relaciones personales tienen sobre la salud es cada vez más evidente. Su consideración y análisis nos sitúan ante un escenario que presenta importantes oportunidades de actuación.

Como factor que condiciona la salud, se ha de tener en cuenta el trabajo y las condiciones en que éste se realiza, abordando, no sólo los riesgos laborales tradicionales vinculados a la seguridad e higiene en el trabajo, sino también los riesgos emergentes vinculados a las nuevas tecnologías, a las nuevas formas de organizar el trabajo y a los riesgos psicosociales.

Para conservar y mejorar la salud es preciso destacar el efecto beneficioso del no inicio o cese del tabaquismo, la realización regular de ejercicio físico, la dieta saludable o las relaciones sociales adecuadas. Esto ayudaría a la prevención del cáncer, especialmente de pulmón y de colon, de las enfermedades vasculares, de las cerebrales, de las cardíacas y pulmonares, de la diabetes, de los accidentes y de ciertas enfermedades mentales.

Con el fin de valorar cuál es la situación actual de Andalucía en lo que respecta al estilo de vida de sus ciudadanos, se expone a continuación la información más destacada sobre sus hábitos.

- Alimentación, actividad física, sobrepeso y obesidad** La alimentación de los andaluces pone de manifiesto el abandono progresivo de la dieta adecuada. Este patrón de comportamiento se observa en los siguientes aspectos:

- Predominio del consumo de alimentos de origen animal: carnes y derivados y lácteos.
- Disminución clara del consumo de alimentos de origen vegetal: especialmente pan, cereales, patatas y legumbres.
- Consumo elevado de grasa total, si bien los ácidos grasos monoinsaturados se encuentran dentro de los valores recomendados gracias al consumo de aceite de oliva.

La proporción de personas que en Andalucía realizan habitualmente alguna actividad física es baja: aproximadamente el 50% de los hombres y el 39% de las mujeres. Se observa una clara disminución de la frecuencia, a medida que aumenta la edad, contra lo que sería deseable.

Una de las consecuencias de la suma de ambos factores es un elevado porcentaje de personas con sobrepeso, tanto entre los niños como entre los adultos (un 39% de la población entre 25 y 60 años) y obesidad (21,6%). Estas

cifras muestran además un crecimiento sostenido y en paralelo al aumento de la edad, al menos hasta los 60 años.

Por otra parte, los alimentos presentan cada vez mejores estándares de calidad. Se consolida el principio de precaución y la implantación progresiva de sistemas de autocontrol en las empresas alimentarias.

Tabaquismo, alcoholismo y consumo nocivo de drogas

De los datos disponibles se desprende que el 34,4% de la población en Andalucía mayor de 16 años declara ser fumadora, aunque con diferencias notables por sexo y edad: el 42% de los hombres fuma de forma diaria u ocasional, frente al 26% de las mujeres. Es destacable que el 13% de los andaluces se consideran exfumadores.

Dada la estrecha relación que existe entre el tabaquismo y determinados problemas graves de salud, cada año se podrían evitar cerca de 10.000 muertes atribuibles al consumo de tabaco.

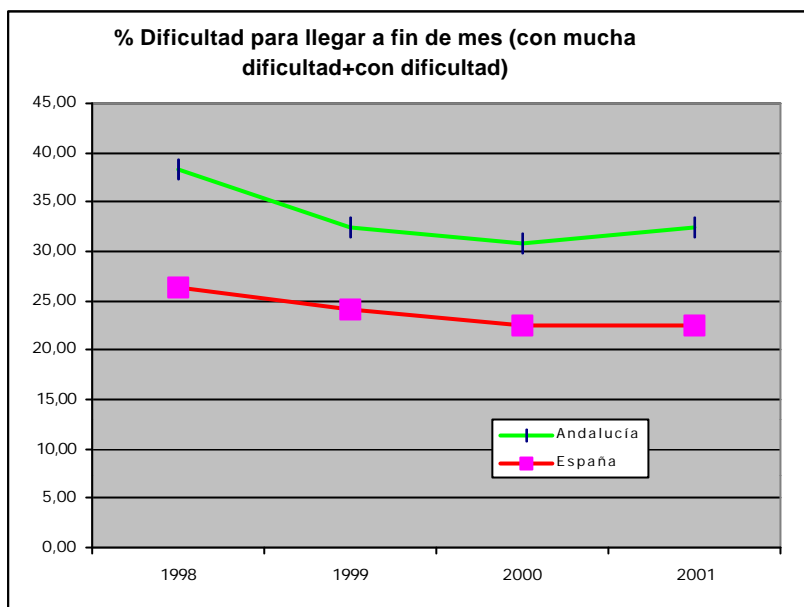
En cuanto al consumo de alcohol, preocupa que este hábito se inicia a edades cada vez más tempranas. De hecho, la población de mayor consumo está entre los 25 y 34 años. A esto se añade que el grupo de bebedores abusivos es todavía más joven, entre los 21 y los 24 años. Destaca también que el 3% de la población en Andalucía presenta problemas graves de alcoholismo.

Por último, en lo que atañe al consumo de otras drogas, se constata un marcado descenso del número de jóvenes (16 - 34 años) que declaran consumir heroína. La droga, que más personas reconocen consumir, es el cannabis. Le siguen en frecuencia la cocaína y el éxtasis, con una proporción de consumidores mucho más baja, aunque nada despreciable, dados los riesgos asociados a las mismas.

2. El entorno socio-económico, cultural y ambiental

El entorno socioeconómico de Andalucía muestra el siguiente panorama:

Se ha producido un aumento constatable del Producto Interior Bruto per cápita en los últimos 10 años. Crecimiento que permitiría incrementar a su vez la capacidad de respuesta individual y comunitaria a las necesidades en materia de salud y sus determinantes. No obstante este incremento, debe tenerse en cuenta también que el porcentaje de hogares que tienen dificultad para llegar a fin de mes es todavía alto.



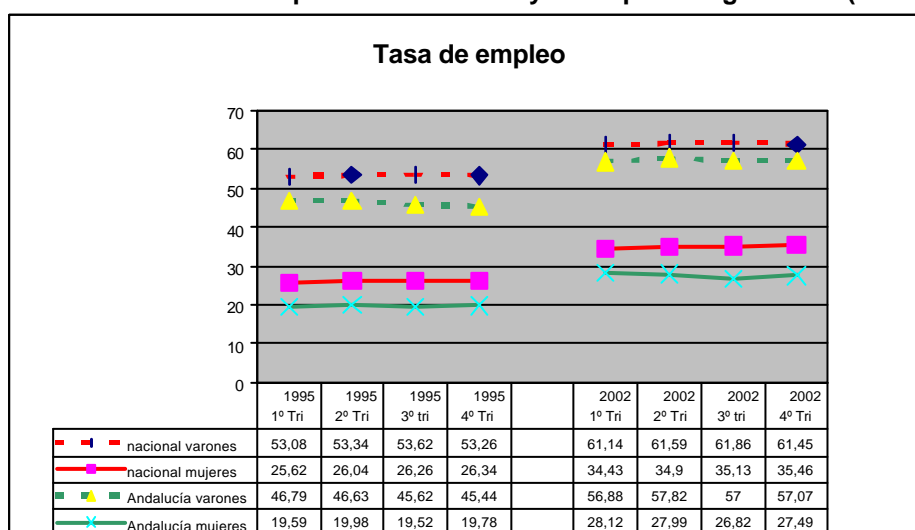
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (Base 1997). 2002. INE.

Situación del empleo

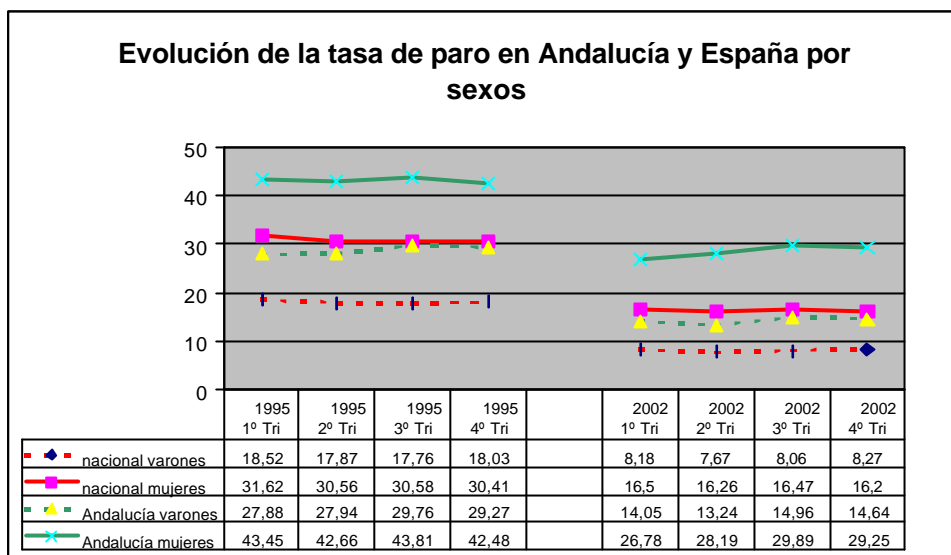
Las tasas de actividad y empleo aumentan, tanto en hombres como mujeres, si bien se mantienen por debajo de las de España.

En este contexto, hay que fijar la mirada especialmente (al margen de otras consideraciones socioeconómicas y su influencia sobre el estado de salud) en la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Esta situación, sin duda necesaria y deseable, debe ir acompañada por el reforzamiento de los servicios de atención a las personas privadas de autonomía o con problemas de salud que requieran cuidados informales.

Evolución de la tasa de empleo en Andalucía y en España según sexo (1995-2002)



Fuente: Encuesta de población activa INE (Indicadores Sociales. Edición 2001)



Fuente: Encuesta de población activa INE (Indicadores Sociales. Edición 2001)

De igual modo, se constata la disminución general de la tasa de paro masculino y femenino en Andalucía, aunque no por igual en todas las provincias.

Así, en ambos sexos se producen diferencias sustanciales en las cifras de paro provinciales. Las cifras más altas se dan siempre en Cádiz (hombres y mujeres) y las más bajas en Almería. Las diferencias entre ambas provincias son más notables en el caso de las mujeres (25% frente a 12%, aproximadamente). También se observan picos estacionales muy marcados en ambos sexos en la Provincia de Jaén.

Entorno Ambiental

La situación medioambiental de la Comunidad Autónoma Andaluza se puede observar con bastante optimismo, si se consideran algunos aspectos concretos: no se producen prácticamente situaciones de contaminación atmosférica inadmisibles, la calidad del agua de consumo humano responde a los criterios de potabilidad (aunque persiste un porcentaje residual inadecuado en algunas provincias) y se mantiene la tendencia a un rápido crecimiento de las zonas verdes en las ciudades andaluzas.

Sin embargo, pese a la buena marcha, es necesario también tener muy en cuenta problemas como la contaminación acústica (muy relacionada con el incremento sustancial -52%- del número de vehículos en los últimos 10 años), el uso inadecuado de plaguicidas o la contaminación de las aguas por nitratos.

Es de destacar en las ciudades el avance progresivo y sustancial que se ha producido en la mejora de la salubridad de los hogares. Sin embargo, debe hacerse aún un considerable esfuerzo para que los espacios de encuentro urbanos (barrios, centro, parques...) se conviertan o recuperen su condición de lugares de convivencia saludable, así como reducir los accidentes de tráfico y laborales.

Los alimentos presentan mejores estándares de calidad, se ha consolidado el

principio de precaución e implantado el autocontrol de las empresas alimentarias.

Entorno educativo

La formación cada vez más elevada de la población en Andalucía es un factor de cambio porque propiciará la aparición de nuevas demandas, necesidades y expectativas de salud.

En este sentido, destaca el aumento de jóvenes que estudian formación profesional. En los últimos años se han convertido en una opción formativa paralela a la universitaria, ya que no sólo ofrecen cualificación, sino también elevados niveles de inserción laboral. Actualmente, cursan estos estudios 74.420 alumnos. De igual forma, sigue aumentando el porcentaje de jóvenes universitarios: se ha pasado del 33,2% (entre 18 y 23 años) en el curso 1995-1996 al 37,9% en el curso 1999-2000.

Asimismo, se constata una disminución y descenso continuado en los últimos años del índice de analfabetismo, si bien Andalucía todavía presenta cifras más elevadas que las del conjunto de España. Las diferencias se van reduciendo de manera mantenida en los últimos años.

Por provincias, se observa que la mayor proporción de personas mayores de 16 años analfabetas o sin estudios se encuentra en Jaén (23,7% de los hombres y 30,1% de las mujeres, de 16 y más años en 2001), mientras que Huelva y Málaga presentan una mejor situación en este sentido, tanto en el caso femenino como en el masculino, con un 16% de hombres y un 20% de mujeres analfabetos/sin estudios.

Evolución de la población analfabeta o sin estudios en Andalucía y en España (Período 1991-1998)

	España (%)		Andalucía (%)	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
1991	17,7	24,8	25,9	35,4
1998	13,3	19,4	21,7	29,7

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

Evolución del porcentaje de población mayor de 16 años analfabeta y/o sin estudios en España, Andalucía y en cada provincia andaluza (Período 1991-2001)

Ámbito	1991		1998		2001	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
España	17,7	24,8	13,3	19,4	13,3	17,6
Andalucía	25,9	35,4	21,7	29,7	18,8	24,1
Almería	30,3	33,9	25,7	33,3	21,9	24,2
Cádiz	22,6	34,9	17,0	25,5	18,2	23,8
Córdoba	28,8	40,5	21,8	32,0	22,5	29,1
Granada	22,1	31,3	27,7	34,2	19,6	24,3
Huelva	23,2	30,6	23,5	30,6	15,6	20,8
Jaén	30,9	41,5	28,9	37,6	23,7	30,1
Málaga	30,5	38,8	22,9	29,0	16,2	20,6
Sevilla	22,7	32,0	16,4	25,5	17,5	23,3

Fuente: INE (Censo de Población y vivienda 2001, Encuesta de Población Activa).

Desigualdades sociales Las capas sociales desfavorecidas presentan un patrón de morbi-mortalidad más elevado. Se admite que la condición social es un factor que influye en el grado de probabilidad de padecer determinadas enfermedades y en la pérdida de años potenciales y de esperanza de vida. Reducir las desigualdades es uno de los compromisos centrales de las políticas sociales en Andalucía.

IV. 3. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD

1. Salud percibida Según la Encuesta Andaluza de Salud del año 1999, el 88% de la población mayor de 16 años manifiesta que su salud es 'buena', 'muy buena' o 'excelente'. El 9,59% declara que es 'regular', y un escaso 2% considera que es 'mala'. Por otra parte, el 7,64% indica que padece algún tipo de minusvalía. La salud percibida es mejor entre los jóvenes y empeora a medida que aumenta la edad. Es también en las edades más avanzadas peor percibida por las mujeres que por los hombres. Se ha observado también una mayor susceptibilidad de las mujeres a sufrir enfermedades autoinmunes, osteoporosis, diabetes, hipertensión, artritis y trastornos psíquicos como la ansiedad y la depresión.

Las problemas que con mayor frecuencia manifiesta la población en Andalucía son dolor de espalda (26%), artrosis o reumatismo (20%), dolor menstrual (16%), problemas circulatorios (15%), hipertensión (11%), varices (10%), alergias crónicas (9%), afecciones nerviosas y depresiones (9%). En el caso de los menores de 16 años, las enfermedades que más frecuentemente padecen, según declaran sus padres, son alergias crónicas (7%), bronquitis crónicas (3%) y asma (2%).

2. Esperanza de vida y mortalidad La esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres (en torno a los 6-7 años) de forma mantenida. La media aumenta ligeramente. Ha pasado en el período 1990-2000 de 72,52 años a 74,89 años en los hombres y de 79,42 años a 81,51 años en las mujeres.

Paralelamente, la mortalidad general ha descendido un 15,18% en los hombres y un 17,8% en las mujeres en los últimos 15 años (1985-2000). La tasa de mortalidad en hombres se sitúa de manera continuada por encima de las mujeres.

En el periodo 1985-2000 se ha producido una notable reducción del 51,57% en la tasa de mortalidad infantil, situándose en 3,88 por mil nacidos vivos durante el año 2001.

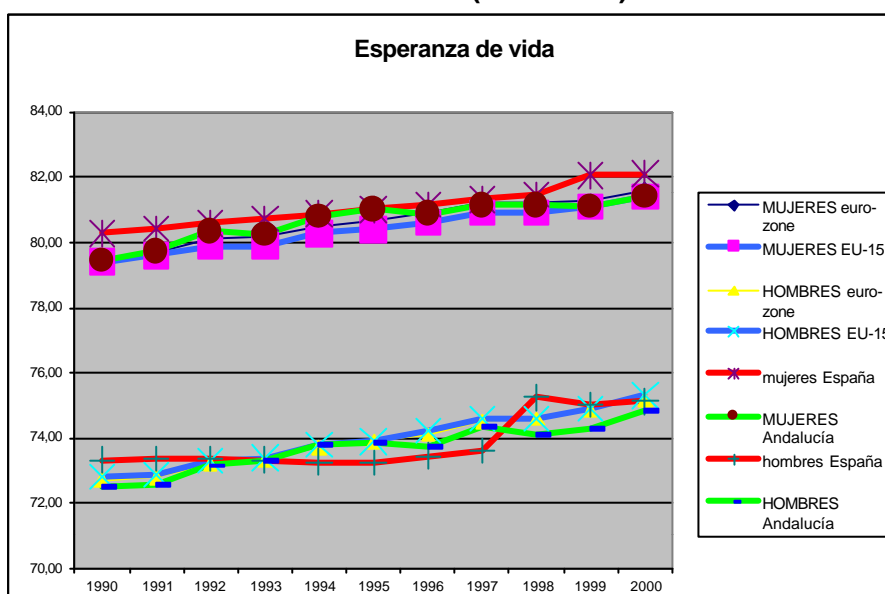
Si se utiliza el dato de los años potenciales de vida perdidos (APVP) como indicador de mortalidad prematura, se observa una disminución en el decenio 1990-2000, que es de mayor magnitud en varones (14,86 años en hombres frente a 6,71 años en mujeres), si bien todavía es el grupo masculino el que ostenta las cifras más elevadas: 54,78 por mil frente a 21,71 por mil.

Las causas de muerte más frecuentes son los tumores, destacando el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón en hombres, el cáncer de mama en mujeres; seguido del cáncer de colon en ambos sexos; a continuación, están las causas externas en hombres (accidentes de tráfico) y las enfermedades del aparato circulatorio en mujeres.

3. Indicadores de salud Un análisis comparativo de los indicadores de salud durante el decenio 1990-2000 con la población española y europea pone de manifiesto que la tendencia de Andalucía es positiva. Desciende la mortalidad general y aumenta la esperanza de vida, aunque lo alcanzado es todavía insuficiente, debido entre otros factores a las diferencias del punto de partida.

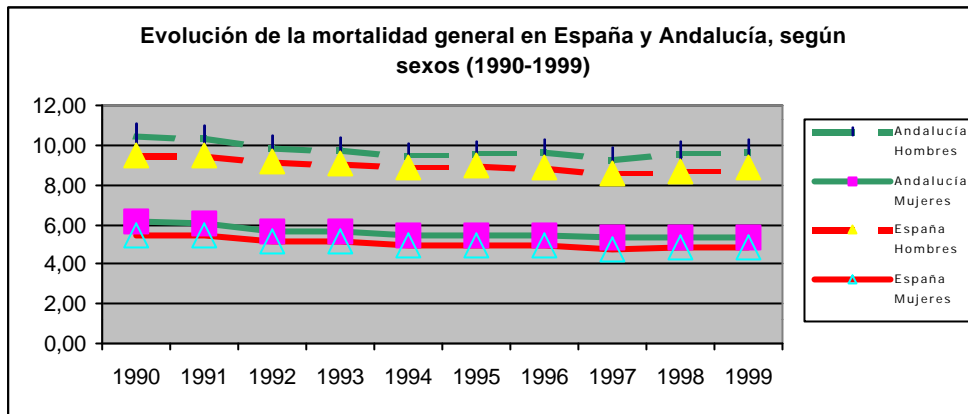
Se puede constatar que la esperanza de vida aumenta paulatinamente en todos los grupos de población, si bien las mujeres españolas gozan de la mayor esperanza de vida (superior a las europeas y a las andaluzas, con valores muy similares). En hombres, los europeos presentan la esperanza de vida más alta, los andaluces se sitúan por debajo de ambos.

Evolución de la esperanza de vida en Europa, España y Andalucía, por sexos (1990-2000)



Fuente: Eurostat (Population&Social Conditions Free Data Collection). Movimiento Natural de la Población 2000 (Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de Andalucía)

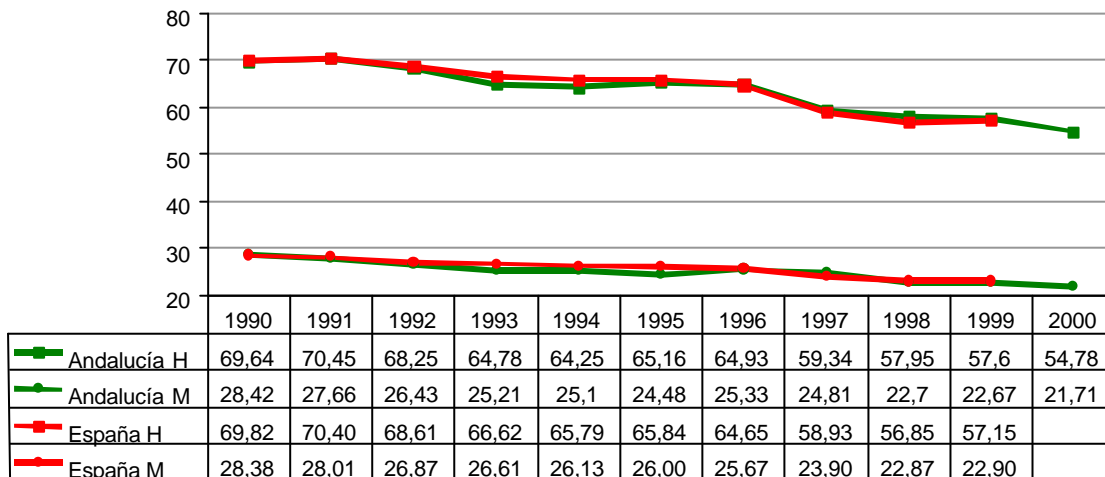
La mortalidad general, pese a su descenso, sigue siendo más alta en Andalucía que en el conjunto de España. No se identifican claras tendencias de convergencia. Las diferencias señaladas son superiores en el caso de los hombres.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de Andalucía – Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales.

Los años potenciales de vida perdidos no presentan un patrón muy diferente en Andalucía y en España. En ambos, la caída es más pronunciada para los hombres, especialmente en el último lustro.

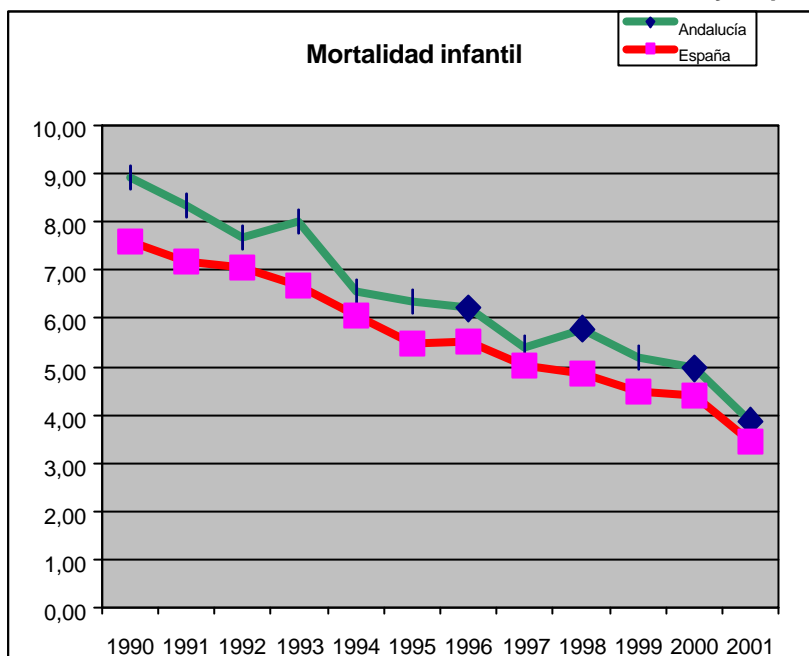
Evolución de los años potenciales de vida perdidos, según sexo, en España y Andalucía (1990-2000).



Fuente: IEA- Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales.

Por último, se advierte que la mortalidad infantil presenta un panorama más alentador. Se ha reducido de manera acentuada y Andalucía se acerca paulatina y firmemente a las cifras españolas.

Evolución de la Mortalidad Infantil en Andalucía y España (1990-2001)

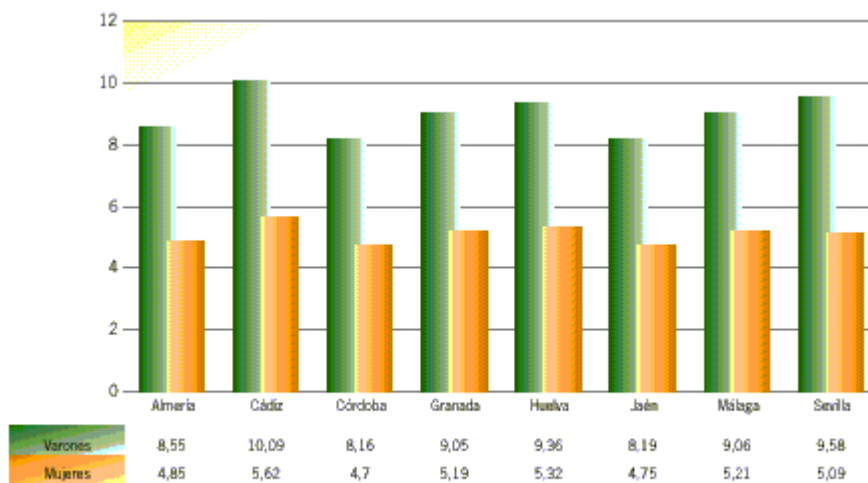


Fuente: Indicadores demográficos básicos (INE).

Diferencias entre Provincias

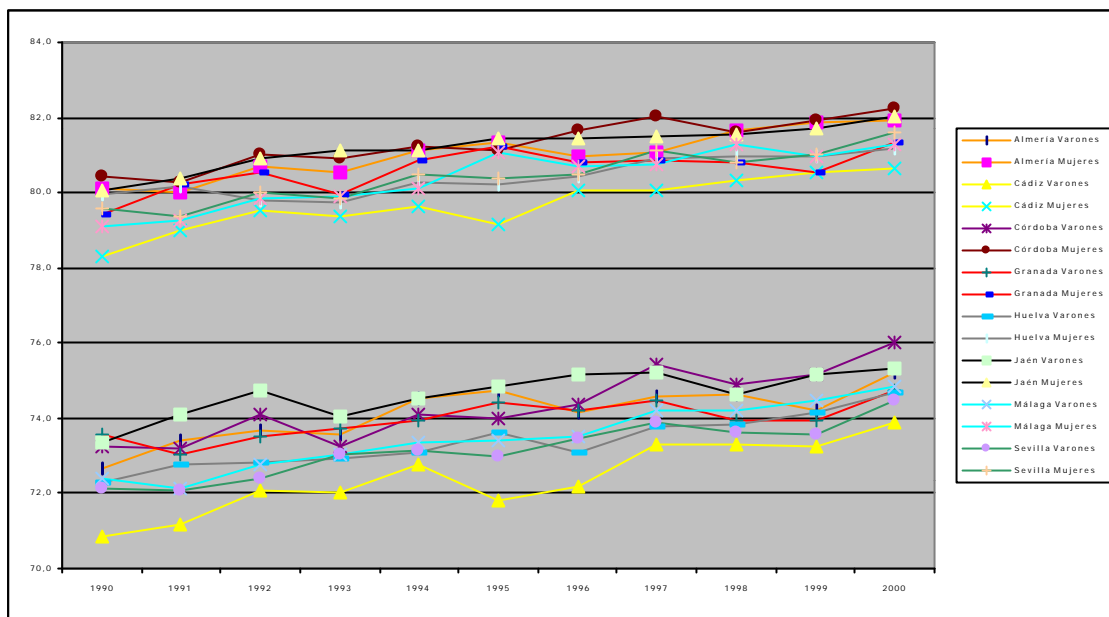
Hay diferencias entre Provincias. Las que presentan peores resultados de mortalidad y esperanza de vida son las occidentales y de forma especial Cádiz.

Mortalidad general en las provincias. Andalucía 2000*



Fuente: I.E.A. Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales
 Tasas estándar por 1.000 habitantes (Población estándar europea)
 *: 2000 Datos provisionales, codificados según CIE-10

Evolución de la esperanza de vida en las provincias andaluzas



Fuente: Un siglo de demografía en Andalucía. Instituto de Estadística de Andalucía.

4. Principales causas de mortalidad

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.), que implican riesgos de enfermedad. Desigual porque existen otros factores (socioeconómicos, psicosociales, etc.) que afectan de manera distinta a la salud de las personas.

Las diferencias de género, junto con otros determinantes sociales, contribuyen a generar desigualdades entre hombres y mujeres en el grado de exposición y susceptibilidad a los riesgos de salud. También hay desigual acceso a los recursos y a los resultados, con consecuencias en los procesos de salud y enfermedad. Desde esta óptica, los indicadores de mortalidad son el reflejo de la desigual distribución de la morbilidad según el género.

En los hombres, las causas que más muertes provocan son el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular agudo, la enfermedad isquémica crónica del corazón, el cáncer de pulmón y los accidentes. En las mujeres esas causas son la diabetes y el cáncer de mama. Aproximadamente entre el 30 y el 35% de los fallecimientos.

Las enfermedades circulatorias, tumores, enfermedades respiratorias, digestivas, accidentes y diabetes suponen el 80-85% de todas las causas de muerte. Según la edad, podríamos resumir las principales causas de muerte según tres grandes grupos de edad:

- En menores de 30 años, los accidentes y tumores. Dentro de este grupo hay que diferenciar la edad infantil, donde las principales causas de muerte son las malformaciones congénitas y los accidentes.

- Entre los 30 y los 64 años destacan los tumores, las enfermedades circulatorias y los accidentes.
- En mayores de 64 años, las enfermedades circulatorias, los tumores y las patologías respiratorias.

Número de fallecimientos y porcentaje sobre el número total de muertes según grandes causas y según causas específicas en hombres y en mujeres en Andalucía (año 2000).

Hombres	Nº de fallecidos y % sobre el total	Mujeres	Nº de fallecidas y % sobre el total
Enf. aparato circulatorio	10.203 (32,7%)	Enf. aparato circulatorio	12.644 (44,7%)
Infarto agudo de miocardio	2.900 (9,3%)	Accidente cerebrovascular agudo	2.497 (8,8%)
Accidente cerebrovascular agudo	1.472 (4,7%)	Infarto agudo de miocardio	2.069 (7,3%)
Enfermedad isquémica crónica del corazón	1.139 (3,6%)	Enfermedad isquémica crónica del corazón	1.131 (4,0%)
Cáncer	9.104 (29,2%)	Cáncer	5.395 (19,0%)
Cáncer de pulmón	2.618 (8,4%)	Cáncer de mama	833 (2,9%)
Cáncer de colon	682 (2,2%)	Cáncer de colon	650 (2,3%)
Enf. aparato respiratorio	3.874 (12,4%)	Enf. aparato respiratorio	2.422 (8,6%)
EPOC	1.786 (5,7%)		
Causas externas	1.920 (6,2%)	Enf. aparato digestivo	1.463 (5,2%)
Enf. aparato digestivo	1.770 (5,6%)	Enf. endocrinas y metabólicas	1.272 (4,5%)
Cirrosis	526 (1,7%)	Diabetes	1.108 (3,9%)
Total de hombres fallecidos	31.214 (100%)	Total de mujeres fallecidas	28.274 (100%)

Elaboración propia III Plan Andaluz de Salud.

Fuente: IEA - Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales.

Las muertes por enfermedad cerebrovascular están descendiendo de manera muy importante en los últimos años; en cuanto a la mortalidad por isquemia cardíaca, si bien también desciende, no lo hace de forma tan acusada como en el caso anterior.

La mortalidad debida a los principales tumores decrece, aunque muy lentamente, excepto el cáncer de colon, que presenta un incremento en el último periodo, y el cáncer de pulmón femenino, que aumenta muy levemente.

5. Discapacidad y dependencia

El incremento observado en la esperanza de vida en nuestra Comunidad Autónoma no siempre supone un buen nivel en la calidad de vida de estas personas que viven más años. Este hecho, junto al aumento en los accidentes y enfermedades crónicas e invalidantes, conducen a tasas elevadas de discapacidad y a un incremento en las situaciones de dependencia.

Comparando la esperanza de vida con la esperanza de vida libre de incapacidad, observamos un notable decremento de ésta última, conforme aumenta la edad, así como sensibles diferencias entre hombres y mujeres.

Hombres. 1999

edad	ev	evli	% ev sin incap.
al nacer	74,2	66,1	89
a los 15 años	59,8	52	87
a los 45 años	31,5	24,6	78
a los 65 años	15,1	9,6	63
a los 85 años	4,8	1,6	35

Mujeres. 1999

edad	ev	evli	% ev sin incap.
al nacer	81.2	69.3	85
a los 15 años	66.8	55.1	55
a los 45 años	37.5	26.5	71
a los 65 años	19.1	10.4	54
a los 85 años	5.5	1,3	24

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, Andalucía se sitúa en segundo lugar de España, con un total de 319.994 personas con alguna discapacidad entre 6 y 64 años (tasa de 56,32 por mil, sólo superada por Ceuta y Melilla) y de 388.837 entre los mayores de 65 años (tasa de 394,38 por mil, tras la Comunidad Autónoma de Murcia)

Según esta encuesta, la prevalencia de situaciones de discapacidad está claramente relacionada con la edad, siendo a partir de los 50 años cuando este incremento se acelera de forma más notable. En la distribución por sexo, se aprecia que apenas hay diferencia en los menores de 6 años, siendo mayor el número de hombres entre 6 y 44 años y notable el incremento que se produce entre las mujeres a partir de esta edad. La discapacidad más significativa entre las personas mayores de 65 años se relacionan con "desplazarse dentro y fuera del hogar" así como "realizar tareas de domésticas".

Por otro lado, los datos obtenidos por la Encuesta Andaluza de Salud, realizada en 1999, muestran que los problemas más importantes relacionados con las minusvalías son la limitación física y la enfermedad crónica, seguidos de las limitaciones sensoriales y psíquico - mentales.

En cuanto al porcentaje de personas mayores de 65 años que tienen limitaciones para hacer actividades o cosas un día normal, el 90,02% presenta limitaciones para hacer "esfuerzos intensos tales como correr" seguido por "subir varios pisos por la escalera" (68.86%) y "esfuerzos moderados, como mover una mesa" con el 67.58%. Además, el 26% de los encuestados entre 65-74 años, y hasta un 38.2% de 75 años y más, dicen tener limitaciones para "bañarse o vestirse por sí mismos" y el 27% dice "necesitar cuidados".

6. Otros problemas con impacto

Además de considerar el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares o los accidentes de tráfico y los laborales, es imprescindible tener en cuenta también otros problemas, como los relacionados con la salud mental, las enfermedades osteoarticulares o la diabetes. Su verdadero impacto (alta frecuencia, larga duración y efectos incapacitantes) no queda suficientemente reflejado si sólo se emplean indicadores de mortalidad.

Diabetes

La diabetes es un problema muy frecuente y de tendencia creciente. Además, suele originar una serie de complicaciones de gran trascendencia social y económica. Pueden citarse la enfermedad cardiovascular, el ictus, la ceguera, los problemas renales y las amputaciones. La diabetes es una enfermedad que afecta de forma singular a las mujeres de edad adulta y que está relacionada con el sobrepeso, el sedentarismo y los cambios de ciclo vital de las mujeres.

Asimismo, en embarazadas puede ser causa de complicaciones, tanto para la madre como para el feto o para el recién nacido.

Estimaciones indirectas de la prevalencia de diabetes, a través de la prescripción de fármacos, muestran un aumento porcentual constante los últimos años. La población tratada farmacológicamente por padecer diabetes ha pasado del 2,24% en 1990 al 4,48% en 2000. Es decir, prácticamente, 1 de cada 20 personas que residen en Andalucía padece diabetes diagnosticada y tratada con fármacos. Esto hace suponer que la cifra y la frecuencia de los diabéticos no diagnosticados, junto a los que sí lo han sido pero no son tratados con fármacos, debe ser considerable y similar a los países del entorno.

Salud mental

La relevancia de los problemas de salud mental no deriva sólo de su elevada frecuencia (se han contabilizado 89.069 primeras consultas, en el año 2001, en los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria), sino también del estigma social que llevan asociado, de su duración y del consumo de recursos que generan. La depresión es una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, en la mayoría de los países en los que han sido estudiadas todas las enfermedades con este criterio, que pondera los años de vida con buena salud.

La mujer presenta, prácticamente en todo el mundo, mayor frecuencia de trastornos mentales que el hombre. Esta diferencia se manifiesta fundamentalmente en un mayor padecimiento de ansiedad, depresivos y somatizaciones.

Relacionado con la salud mental de las mujeres está la violencia de género. El impacto en la salud física de la mujer no es discutible. El impacto de la violencia física y psíquica en su salud mental y sexual es menos conocido.

La relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño, puede provocar secuelas psíquicas de laboriosa superación, embarazos no deseados o infecciones. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar su sexualidad, incluido el uso de preservativos y otras medidas de anticoncepción. Este Plan propone trabajar con los grupos de mujeres identificados como de especial riesgo social y sanitario.

Entre los problemas relacionales con repercusión directa en la salud se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, en general, la anorexia y la bulimia, en particular, que afectan especialmente a mujeres jóvenes.

Estados de ánimo

La sociedad actual es sumamente exigente con sus miembros, a los que pone cada vez listones más altos que alcanzar. Exige mayores niveles de vida, inmediatez en la satisfacción de necesidades y competitividad en el trabajo. Eso ocurre en medio de un mundo sujeto a cambios en las estructuras de la familia y la progresiva ruptura con las estructuras sociales tradicionales y la evolución de los valores sociales. Todo eso hace que, la forma personal y emocional de afrontar el hecho "de vivir y compartir", sea uno de los componentes que más influye en el aumento de las llamadas "enfermedades de la vitalidad". La ansiedad, el estrés y la depresión pueden causar sobrepeso y abuso de sustancias como el alcohol, los psicofármacos y otras drogas ilegales.

Problemas osteoarticulares

Los problemas osteoarticulares son los que con mayor frecuencia cita la población en las encuestas sobre problemas de salud. Según los datos de los 32 hospitales públicos, los diagnósticos más frecuentes fueron en el año 2001, por orden de frecuencia, embarazo, parto y puerperio (18%), aparato digestivo (11%), aparato circulatorio (11%) y sistema músculo-esquelético (9,27%), por delante de los problemas del aparato respiratorio.

Los trastornos osteoarticulares son la principal causa de discapacidad. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999, el 5,63 por ciento de los andaluces de 6 a 64 años presentaba alguna discapacidad. Por encima de esa edad afectaba al 39,44 por ciento. La discapacidad más frecuente incapacita para "desplazarse fuera del hogar" (27,41 por ciento) y para "realizar las tareas de la casa" (20,95 por ciento). Éstas reflejan problemas de movilidad en una elevada proporción relacionadas con problemas osteoarticulares.

La proporción de personas afectadas por este tipo de problemas aumenta con la edad y afecta de manera frontal a las mujeres. Ellas sufren más enfermedades crónicas y discapacitantes que los hombres, debido a las diferencias de riesgos, a veces adquiridos por los roles sociales, y relacionados con las distintas actitudes y comportamientos ante la enfermedad y la prevención.

El cuidado informal de niños, mayores y personas dependientes recae de forma mayoritaria en las mujeres: madres, cónyuges, hermanas o hijas. Más de la mitad desarrollan esta tarea sin ayuda institucional o remunerada. Las investigaciones muestran la sobrecarga que la dependencia genera en las mujeres cuidadoras y sus efectos sobre la situación laboral, el estado de salud, el tiempo de ocio y la vida social. En esta situación, si además la mujer cuidadora padece un problema osteomuscular, la capacidad de autocuidado y de recuperación se ven impedidas por la presión del entorno familiar y social.

Enfermedades transmisibles

La información sobre enfermedades infecciosas muestra la importante disminución de las enfermedades vacunables. Esto es consecuencia del gran esfuerzo realizado por el Programa Andaluz de Vacunación Infantil, que continúa con la reciente incorporación de nuevas vacunas contra la enfermedad meningocócica C y el Haemophilus Influenzae b. Además, han adquirido relevancia creciente algunas enfermedades "nuevas" o "viejas" que habían perdido protagonismo como son la legionelosis y la tuberculosis. Mantienen su importancia la sepsis y neumonías favorecidas por el proceso de envejecimiento.

Tuberculosis en grupos específicos

Desde finales de los años 90 se ha producido un descenso de la tuberculosis en Andalucía, estabilizada en los últimos años. Este descenso no es uniforme en todas las provincias: Almería y Cádiz continúan con tasas superiores a 20 casos por cien mil habitantes; en Almería, además, se advierte una tendencia ascendente.

SIDA

El SIDA presenta en Andalucía un descenso del 72% de los casos declarados en 2001 respecto del año 1994 (305 casos frente a 1.107). Esta bajada se debe en gran medida a la instauración de tratamientos efectivos para personas enfermas o infectadas, así como a la labor de los programas de prevención.

Los últimos años muestran un aumento de los contagios de SIDA por vía heterosexual, reflejado en un incremento de más de diez puntos tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres ha pasado del 49% de todos los casos en 1997 a más del 60% en 2001. La tendencia creciente del contagio heterosexual indica que esta vía de transmisión va a marcar la pauta de la infección en los próximos años, especialmente entre las mujeres (Fuente: Informe HIV/AIDS. Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica).

Entre los factores que contribuyen a la transmisión de la infección por vía heterosexual están los comportamientos sexuales y las decisiones personales que afectan al ámbito de la intimidad, que se expresan de forma diferente según el sexo.

Las decisiones sobre la prevención de riesgos y conductas sexuales no se llevan a cabo de forma aislada y espontánea, sino que están mediatizadas por las vivencias personales. La forma que adopta la relación entre hombres y

mujeres (junto a factores sociales, económicos y culturales) facilita o dificulta la capacidad de tomar decisiones libremente y negociar conductas sexuales y prácticas de sexo seguro. Esto afecta especialmente a las mujeres, sobre todo a las que se encuentran en situación de mayor dependencia económica o emocional, sufren discriminación o están en peligro de exclusión social (mujeres jóvenes, inmigrantes, seropositivas, privadas de libertad, embarazadas, con dificultades económicas, etc.). Por ello, merece especial énfasis la necesidad de integrar la perspectiva de género en los programas de prevención, detección y atención a grupos de mujeres y hombres con riesgo de infección de VIH/SIDA y ETS.

El plan prevé estrategias de sensibilización de la población sobre la importancia de una comunicación efectiva para promover prácticas sexuales seguras, con especial énfasis en factores añadidos de riesgo (sociales, de género o etnoculturales), para poder garantizar una atención efectiva y adaptada a las necesidades específicas .

Situaciones de exclusión social

De manera prioritaria, aunque no exclusiva, habrá que trabajar con grupos que se ven afectados por enfermedades infecciosas. Entre ellas destacan la tuberculosis, el SIDA y la hepatitis B, que afecta especialmente a los usuarios de drogas por vía parenteral y que se concentra mayoritariamente entre la población reclusa.

Los efectos de la pobreza se manifiestan de diversas maneras. Desde la carencia de ingresos suficientes se llega al hambre y a la malnutrición; a la imposibilidad o limitación de acceso a la educación y otros servicios básicos; al aumento de la morbilidad y la mortalidad, a la vivienda inadecuada, a las condiciones de inseguridad; a la discriminación y a la exclusión social. Se caracteriza también por la falta de participación en el proceso de decisiones que caracteriza la vía civil, social y cultural.

Del mismo modo, las situaciones derivadas de la marginación y la desestructuración familiar y afectiva que se acompañan de malos tratos físicos, psíquicos y sexuales, tienen peores consecuencias, sobre todo hacia los miembros más vulnerables: niños y mujeres. No obstante, no se debe olvidar la presencia de malos tratos en familias de clases sociales económicamente favorecidas.

El número de mujeres y sus hijos e hijas acogidos por malos tratos en Andalucía ha pasado de 662 en 1995 a 3.668 en 2001. Esto refleja probablemente, más que un incremento de casos, una mayor disposición a identificar y a denunciar a los agresores y una mejor atención a los afectados. Las mujeres que sufren malos tratos desarrollan con mayor frecuencia problemas de salud físicos, psíquicos, reproductivos, y otros asociados al consumo y abuso de drogas.

IV.4. RECURSOS SANITARIOS

Los recursos de que dispone el Sistema Sanitario Público de Andalucía se resumen en las siguientes tablas.

Centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía

1.456 Centros de Atención Primaria, 33 Distritos Sanitarios de Atención Primaria y 216 Zonas Básicas de Salud.
32 Hospitales públicos de la Junta de Andalucía (29 dependientes del Servicio Andaluz de Salud y 3 de Empresas Públicas adscritas a la Consejería de Salud).
37 Centros Periféricos de Especialidades.
7 Centros de Transfusión Sanguínea con bancos de tejidos.
Atención a urgencias: 395 Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Atención Primaria, 32 Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios, 8 Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias, 25 Equipos de Emergencia Terrestre y 5 Aéreos, una Red de Transporte Urgente con 226 ambulancias de transporte urgente y una Red de Transporte Crítico con 10 ambulancias medicalizadas.
Salud mental: 71 Equipos de Distrito de Salud Mental, 19 Unidades de Hospitalización, 11 Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil, 9 Unidades de Rehabilitación, 13 Comunidades Terapéuticas y 5 Hospitales de día.
16 Hospitales autorizados para extracción de órganos, 30 para implante osteotendinoso y 5 para implante de órganos.
42 Unidades de Salud Pública.

Fuente: Elaboración Propia.

Estructura de personal de los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Diciembre 2002

	Atención primaria*	Atención especializada
Directivos	119	350
Facultativos	6.613	8.968
Personal sanitario no facultativo	5.797	31.842
Resto de personal	4.605	17.576
Total	17.134	58.736
En Formación		3.026

Fuente: Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas (EPES, H. Costa del Sol, H. Poniente, H. Andújar)
*: Plantilla presupuestaria.

Alta tecnología

Es de destacar la positiva evolución del empleo de la alta tecnología en los servicios sanitarios de Andalucía. Lo pone de manifiesto el hecho de que las inversiones en equipamiento han ido parejas a la apertura de nuevos hospitales, así como a la adecuación de los equipos y puesta al día de la tecnología sanitaria de los centros hospitalarios.

El Plan de Actuación en Alta Tecnología iniciado en 1997 se ha concretado en dotación de tecnología digital a salas de angiografía y hemodinámica; la renovación y ampliación de la tomografía axial computerizada; la renovación de

las gammacámaras; y las actuaciones en radioterapia para sustituir las bombas de cobalto por aceleradores lineales de última generación.

Equipos de Alta Tecnología en los hospitales andaluces. Situación a 31/12/2002

EQUIPOS	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL
Tomografía axial computerizada (TAC)	49	29	78
Resonancia magnética (RM)	7	20	27
Gammacámara convencional (GAM)	25	5	30
Tomografía por emisión de fotones (SPECT)	25	5	30
Tomografía por emisión de positrones (PET)	2	1	3
Sala de hemodinámica (HEM)	17	8	25
Angiografía por sustracción digital (ASD)	14	6	20
Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LIT)	4	7	11
Bombas de cobalto (BCO)	10	-	10
Acelerador Lineal (ALE)	9	1	10

Fuente: Catálogo de Hospitales Andaluces 2003 (Datos a 31/XII/2002. Consejería de Salud)

1. Oferta de servicios

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ofrece al ciudadano todos los servicios necesarios para garantizar la atención integral a su salud -desde las actividades de protección y garantía de seguridad, hasta la promoción y prevención de enfermedades, pasando por todo lo relacionado con tratamientos curativos, paliativos y de rehabilitación- con los más altos niveles de tecnología.

Desde la óptica de género, si bien la oferta es indiferenciada y universal, los estudios confirman que las mujeres utilizan más y en mayor proporción los servicios sanitarios en comparación con los hombres. Sin embargo, cuando se analizan separadamente algunos servicios, la distribución según clase social y grupos de edad, se observa que las tendencias no son tan homogéneas. Así, las mujeres utilizan más frecuentemente la atención primaria, mientras que los hospitales atienden proporcionalmente a más hombres.

Los índices de mortalidad o de complicaciones derivadas de la asistencia hospitalaria difieren entre hombres y mujeres. Es necesario llevar a cabo estudios más específicos que analicen los factores determinantes de estas diferencias.

La definición y elaboración de la cartera de servicios permite:

- Disponer de un inventario de la oferta de servicios asistenciales que se realizan en cada centro.
- Posibilitar la detección de nuevas incorporaciones de servicios.
- Contribuir a la evaluación, acreditación y ordenación funcional de los servicios.
- Definir un mapa de servicios ofertados, identificando y redefiniendo flujos para procedimientos y técnicas, entre niveles.

En la cartera de servicios se hace un detallado análisis descriptivo de las unidades/servicios con los que cada centro cuenta. Esta identificación de unidades/servicios debe llevar parejo un proceso de acreditación de los mismos, siguiendo criterios objetivos de calidad, en el terreno científico-técnico, según la evidencia disponible, así como en función de los recursos con los que cuenta.

Atención Especializada	Atención Primaria
Asistencia en hospitalización: médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica y de medicina intensiva. Asistencia ambulatoria: en consultas y en hospital de día, tanto médico como quirúrgico. Atención de urgencias y emergencias sanitarias. Hemoterapia y banco de sangre y tejidos. Pruebas diagnósticas y de imagen (convencional y de alta tecnología). Pruebas de laboratorio (Hospital y Centros de Atención Primaria). Rehabilitación y fisioterapia. Planificación familiar, diagnóstico prenatal y tratamiento de esterilidad. Trasplantes de órganos y tejidos Atención a la salud mental. Investigación y docencia. Servicios de información y atención al ciudadano.	Atención sanitaria en consulta. Atención sanitaria en urgencias. Seguimiento de embarazo. Seguimiento de salud infantil. Planificación familiar. Atención sanitaria a problemas específicos. Atención a personas con procesos crónicos. Inmunizaciones no sistemáticas. Cirugía menor. Detección precoz del cáncer de mama. Atención al climaterio. Atención y educación sexual a jóvenes. Atención a la TBC. Salud mental. Atención a personas en riesgo social. Salud bucodental. Fisioterapia y rehabilitación. Centros de enfermedades de transmisión sexual. Servicios de salud pública. Investigación y docencia. Servicios de información y atención al ciudadano.

2. Actividad asistencial La actividad desarrollada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía puede observarse a través de algunos indicadores de producción asistencial, tanto de Atención Primaria como Especializada. Éstos se exponen a continuación de forma esquemática:

Principales resultados de actividad en Atención Primaria		
		2002
Medicina de familia	Consultas en el centro	47.221.502
Pediatría	Consultas en el centro	6.485.255
Medicina de familia y pediatría	Atención domiciliaria	763.322
Enfermería	Servicios	22.193.076
	Atención domiciliaria	2.938.877
Pruebas diagnósticas complementarias	Personas con analíticas	3.309.272
	Personas con radiología	968.271
Interconsultas	Interconsultas a especialidades	2.341.460
Fisioterapia y rehabilitación	Sesiones	1.657.277
	Personas atendidas	112.790
Odontología	Consultas	684.368
Urgencias	Urgencias médicas atendidas	4.714.531
	Capacidad de resolución	96.02 %

Fuente: Memoria 2002 Servicio Andaluz de Salud.

En este caso, además del elevado volumen de actividad asistencial desarrollada en Atención Primaria (que supuso el año 2002 una media de más de 6 visitas al médico de familia por cada ciudadano), sobresalen los notables resultados obtenidos en las actividades programadas de la cartera de servicios.

Pueden destacarse algunos datos:

- El 73.57% de las embarazadas han efectuado 5 o más visitas prenatales en Atención Primaria.
- El 74% de todos los embarazos han realizado al menos 1 control tras el parto (de ellos el 38.40% con visita domiciliaria).
- La cobertura de vacunación infantil completa ha sido del 96.03%.
- La cobertura de exámenes de salud a escolares ha superado el 81%.
- El rápido crecimiento experimentado en pocos años en las intervenciones de cirugía menor en Atención Primaria, puesto que en el año 2002 se realizaron 120.192 procedimientos quirúrgicos (Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2002).

Por otra parte, en la Asistencia Especializada merecen reseñarse especialmente los logros alcanzados a través de las actuaciones puestas en marcha, con el objeto de potenciar los servicios alternativos a la hospitalización convencional (cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, ...) y a la reducción de las listas de espera quirúrgica.

El incremento de las intervenciones quirúrgicas, sobre todo las de cirugía mayor ambulatoria, han dado lugar a una reducción de 24.047 pacientes en lista de espera quirúrgica, desde diciembre de 1997 a junio del 2002. Igualmente, la demora media, en días de espera de pacientes quirúrgicos ha sufrido un descenso de 82 días, pasando de 141 días en diciembre de 1997 a 59 días en junio de 2003.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
		2001	2002	var. %
Hospitalización	Ingresos	584.624	596.745	2,07
	Estancias	4.447.112	4.498.682	1,16
Int. Quirúrgicas	Programadas c/ingreso	143.230	149.072	4,08
	ambulatorias	267.254	288.443	7,93
	urgentes	82.985	80.640	-2,83
Consultas Externas	consultas realizadas	8.300.677	9.954.900	19,93
	urgencias atendidas	3.382.110	3.491.777	3,24
Hosp. de día médico		191.114	205.237	7,39

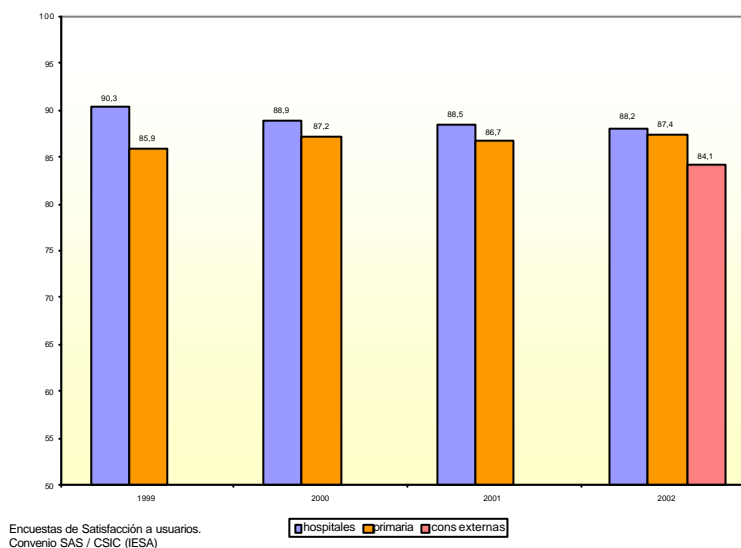
salud mental Otra vertiente de gran relevancia en la Atención Especializada son los Dispositivos de Salud Mental. En este ámbito, cobra especial significado el incremento de actividad que se ha producido en el número de pacientes atendidos en Hospitales de día (21.33% de incremento en el año 2002 con respecto al 2001), así como en las consultas de Equipos de Salud Mental (4,40% de incremento 02/01).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

		2001	2002	% var.
Equipos de Salud Mental	consultas	626.296	653.862	4,40
Unidades de Salud Mental	ingresos	11.284	10.976	-2,73
Unidades de Salud Mental Infantil	consultas	43.450	43.045	-0,93
Unidades de Rehabilitación	Personas atendidas	1.954	1.430	-26,82
Comunidades Terapéuticas	Personas atendidas	618	492	-20,39
Hospital de Día	Personas atendidas	797	967	21,33

3. Satisfacción de los usuarios La tabla siguiente refleja la satisfacción de los usuarios andaluces durante los últimos años sobre los servicios que reciben del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Evolución de la satisfacción general de los usuarios con los servicios sanitarios (en porcentaje) 1999 - 2002



El respeto, el trato y la confidencialidad son los aspectos mejor valorados por los encuestados tanto en Atención Primaria como en Especializada. Del mismo modo, se obtienen altas cifras de satisfacción con la atención prestada por los profesionales. Los aspectos menos valorados en Atención Primaria son el tiempo de espera antes de la consulta y la dificultad para establecer contacto telefónico con su centro, mientras que en los Hospitales lo que menos satisface es el grado de intimidad y de comodidad de las habitaciones.

4. Tendencias de cambio El análisis de la provisión de los servicios sanitarios en Andalucía obliga a una reflexión final sobre las tendencias de cambio.

En primer lugar se constata una tendencia muy marcada hacia lo que se ha dado en llamar 'procesos de sustitución'. Es decir, cambios en los entornos asistenciales cuyos objetivos son mejorar la efectividad y eficiencia en la prestación de un servicio concreto y responder mejor a las necesidades y expectativas de los pacientes. Entre ellos se encuentran:

- Un Sistema Sanitario Público que propone la adaptación permanente de sus prestaciones y servicios a las demandas y expectativas de los ciudadanos.
- Orientado a la mejora de los resultados y la calidad de los servicios.
- Una atención sanitaria centrada en los pacientes y su entorno familiar.
- Un Sistema Sanitario Público que persigue la equidad entre hombres y mujeres, para lo cual propone integrar las diferentes singularidades y necesidades en sus procedimientos, procesos y actuaciones.
- Orientación a la atención integral a la familia, priorizando los cuidados en el domicilio y los cuidados comunitarios.
- Hospitales más reducidos, con menor número de camas de hospitalización, pero con tecnologías diagnósticas y terapéuticas más avanzadas y una mayor capacidad resolutoria.
- Los cambios en la hospitalización que tienden hacia modelos que favorecen la atención ambulatoria.
- La instalación de tecnologías en Atención Primaria para aumentar la eficacia del diagnóstico en determinadas circunstancias. En muchos casos se trata de ubicar la tecnología en el propio domicilio de los pacientes.
- Los cambios en el perfil y competencias de los profesionales, que guíen y actualicen sus conocimientos y prácticas de acuerdo con la evidencia científica.
- Transformaciones en el enfoque de diagnóstico y tratamiento, competencias profesionales y demandas del ciudadano relacionadas con el genoma humano.
- Cambios en la organización sanitaria y en la información y comunicación de ciudadanos y profesionales. Esto descansa en los sistemas de información y las tecnologías de la comunicación.
- La necesaria colaboración entre los profesionales sanitarios y las redes sociales formales e informales para dar respuesta adecuada a las necesidades generadas por las situaciones de discapacidad y dependencia.

Existe una voluntad clara hacia la mejora de los resultados y la calidad asistencial. Se trata de una nueva cultura, la calidad, que trasciende la simple mejora del papel que desempeñan los profesionales. De hecho, contempla el empleo de herramientas clínicas, como las guías de práctica clínica, a las que se suman técnicas organizativas (organización de procesos asistenciales) y una

orientación hacia resultados. Integra, además, la evaluación de tecnologías, las técnicas de desarrollo de personas y acreditación y garantía de la calidad. En este nuevo concepto debe tenerse muy en cuenta la figura del ciudadano, clave fundamental de una calidad que sólo se entiende con parámetros de satisfacción.

En este marco, el desarrollo de un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados es la estrategia central del Plan de Calidad de la Consejería de Salud. Su base es la correcta integración del conocimiento y la organización para el desarrollo del proceso asistencial, que es en definitiva el nexo entre los profesionales y los ciudadanos.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía la gestión por procesos asistenciales integrados tiene como referencia los siguientes principios básicos:

- Centrar las actuaciones en el usuario.
- Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.
- Garantizar una práctica clínica adecuada a la incorporación periódica de evidencias e innovaciones sólidamente sustentadas.
- Asegurar la continuidad asistencial, eliminando las interfases y espacios en blanco que no aportan valor añadido al proceso de atención.
- Aplicar sistemas de información integrados, orientados al proceso y esclarecedores de los resultados obtenidos.

Con estos principios, sobre la base de una guía metodológica unificada, se ha diseñado e implantado una serie de procesos asistenciales y de soporte con el objetivo de garantizar la equidad en la provisión de servicios sanitarios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se trata en definitiva de lograr un Sistema Sanitario Público que adapte permanentemente sus prestaciones y servicios a las demandas y expectativas de los ciudadanos, que se oriente a la mejora de los resultados y a la calidad de los servicios, que destine los recursos disponibles bajo el principio de la optimización de los mismos, favoreciendo con ello la incorporación de nuevas prestaciones, la reestructuración de las existentes, el ahorro de los gastos y la racionalización de los recursos. Todo ello en términos de coste-beneficio y bajo el prisma de la mejora de la efectividad y de la eficiencia.

IV.5. OPORTUNIDADES Y RETOS EN EL DESARROLLO DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD

Andalucía se sitúa en una buena posición en relación con las regiones y países de su entorno. Nacer, crecer y vivir en Andalucía significa, en principio, partir de un nivel general de salud muy favorable.

En este contexto, las oportunidades y retos que deben ser asumidos en el III Plan Andaluz de Salud tienen que ver con:

- La necesidad de adecuar las formas de organización y gestión de la salud pública para responder a los retos. Es necesario desarrollar un modelo de salud pública integral.
- Actuar sobre los factores individuales y colectivos que provocan o influyen en el tabaquismo, el abuso del alcohol, el consumo de drogas, el tipo de alimentación, el ejercicio físico, los entornos sociales saludables y las prácticas de sexo seguro. Como determinantes de los problemas de salud, todos estos aspectos siguen requiriendo actuaciones oportunas desde los ámbitos individual y local, además de los servicios sanitarios.
- Incrementar la calidad de la atención sanitaria. Los servicios que prestan los centros y profesionales del Sistema Sanitario Público presentan un grado de actividad creciente. Este incremento va acompañado de una valoración positiva por parte de los usuarios, especialmente en aspectos de atención sanitaria y de las relaciones con sus profesionales, aunque se señalan oportunidades de mejora en términos de accesibilidad y confort.
- Intervenir sobre los problemas que suponen la mayor carga de enfermedad de los ciudadanos andaluces: las enfermedades circulatorias, el cáncer, los accidentes domésticos, laborales y de tráfico, la diabetes en sus diversas formas, las enfermedades mentales y los trastornos osteoarticulares y sus repercusiones.
- Tener en cuenta el envejecimiento, la cronicidad y la discapacidad de la población. Es un reto para la organización intersectorial de los servicios de atención a las personas dependientes, sus familias y cuidadores, con criterios de proximidad y personalización de la atención.
- Avanzar en la reducción de las desigualdades precisa de acciones para intervenir sobre los problemas de salud que afectan a las personas y poblaciones de riesgo o situación de exclusión social, en función de sus necesidades específicas.

- Profundizar en la estrategia de situar al ciudadano como centro de las políticas sanitarias con el fin de legitimar socialmente el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Considerar a los profesionales sanitarios como los principales agentes de desarrollo y logros.
- Las oportunidades que surgen de la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias, la investigación y los avances científicos sobre el genoma humano, así como de la interiorización de una cultura de la calidad. Todas ellas deben ser convenientemente aprovechadas con el fin de generar valor añadido a la prestación de los servicios, conseguir una mejor organización y gestión y aumentar la satisfacción de los ciudadanos.

V. UN COMPROMISO POR LA SALUD EN ANDALUCÍA

El marco político de la “Salud para todos en el Siglo XXI” elaborado por la OMS para Europa, plantea entre sus objetivos la necesidad de que la aplicación de las políticas de salud impliquen a las personas, los grupos, las organizaciones públicas y privadas. En definitiva, a la sociedad en su conjunto, con el fin de crear alianzas y asociaciones en favor de la salud.

El informe “Our Healthier Nation. A contract for health” establece las directrices estratégicas del Reino Unido en materia de salud pública, con un nuevo enfoque: la alianza entre Gobierno, Entidades locales y ciudadanos a expensas de unos contratos nacionales de salud, en los que se identifican las principales acciones que debe desarrollar cada uno de los sectores implicados, vertebradas por un eje de implantación local.

Similares tendencias, en lo que respecta a la importancia que se concede a la intersectorialidad y concreción local de las acciones, se observan en los planes de salud de otros países de la OCDE, como es el caso de Dinamarca (“The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2000”), Suecia (“Health on equal terms 1999 y 2000”) o Noruega (“Everybody is wanted”, 1998).

En consonancia con todo ello, el III Plan de Salud de Andalucía plantea como marco político para el desarrollo de sus líneas estratégicas una alianza entre el Gobierno andaluz, los Ayuntamientos, los profesionales y los ciudadanos.

Se trata de un compromiso a favor de la salud de los andaluces, que trascendería del ámbito de máxima representatividad política y social –el Parlamento de Andalucía– para abarcar también al Consejo Andaluz de Salud, donde están representadas las distintas partes implicadas, y sumar a los centros sanitarios, los colegios e institutos, centros sociales, etc.

Este compromiso por la salud debe apoyarse en una doble alianza:

- Con la sociedad por razones participativas, pero también por motivos de efectividad y de necesidad de atención a aquellos grupos que más lo precisan o tienen dificultades, para llegar a los servicios. En este sentido, la concertación debe tener su máximo desarrollo en el ámbito local, hacia el que deben converger el esfuerzo común y las acciones de los distintos actores: Corporaciones y servicios locales, asociaciones de consumidores y usuarios, vecinos, familiares de personas afectadas por distintas enfermedades, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social, etc.

- También con otras Consejerías de la Administración de la Junta de Andalucía y con los Municipios andaluces, a través de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, que garanticen el trabajo intersectorial.

El Gobierno andaluz

El III Plan Andaluz de Salud es un proyecto de gobierno y, por tanto, corresponde a la Junta de Andalucía su liderazgo, así como la iniciativa y la coordinación de las políticas de salud. Con ellas se deben asegurar, al menos:

- Actuaciones prioritarias dirigidas a proteger a las poblaciones más vulnerables y susceptibles de enfermar. Desarrollará acciones pertinentes antes de que aparezca la enfermedad, valorará los riesgos y los comunicará a los ciudadanos.
- Actuaciones orientadas a disminuir las desigualdades sociales y a incrementar la calidad de vida de las personas. Desarrollará la educación sanitaria para cambiar los hábitos insanos y aprovechará para ello oportunidades como el abandono del tabaquismo, el estímulo del ejercicio físico o la dieta equilibrada y mediterránea. Asegurará que los diferentes públicos reciben la información necesaria para mejorar su salud.
- La regulación y legislación, cuando ésta sea necesaria, para proteger al trabajador, al consumidor y el medio ambiente.

Para ello resulta evidente la convergencia que ha de existir entre todos los planes de la Junta de Andalucía. La alianza por la salud de los andaluces debe apoyarse en la intersectorialidad, el establecimiento y mantenimiento de relaciones para y entre los Departamentos implicados: Gobernación, Empleo y Desarrollo Tecnológico, Obras Públicas y Transportes, Salud, Educación y Ciencia, Medio Ambiente y Asuntos Sociales.

Como ya se ha mencionado, el desarrollo del compromiso por la salud en Andalucía se plantea también en las políticas más cercanas al ciudadano a través de los servicios locales, ya sean estos educativos, sociales o sanitarios. Así pues, en el caso concreto de la Consejería de Salud se plasma en cada centro sanitario, hospital o centro de salud, mediante relaciones y dispositivos con los diversos actores sociales. Adoptarían forma autonómica o provincial y se activarían localmente en las circunstancias convenidas con la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, las asociaciones de consumidores y usuarios, vecinos, familiares de personas afectadas por distintas enfermedades, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social, etc.

Los ciudadanos y los profesionales

La sociedad ha cambiado profundamente y continúa transformándose. Tiende a convertirse en una compleja red donde las personas actúan, cada vez más, en calidad de consumidores o usuarios, de colectivos que comparten un problema, de miembros de corporaciones profesionales, de públicos, de medios de comunicación, etc.

Asimismo, la comunicación directa entre las personas ya no está tan condicionada por la proximidad. El aumento de la movilidad, la incorporación de las tecnologías de la información a la vida cotidiana y la proliferación y la creciente importancia de los medios de comunicación abren paso a nuevas formas sociales basadas, entre otras cuestiones, en la lógica de la elección. Con ello han adquirido especial relevancia los “estilos de vida”, que integran a las personas de comportamientos similares de ocio y consumo, al tiempo que los segmenta en grupos diferenciados.

Por otro lado, la globalización tiene a su vez un “paradójico” efecto de recuperación del entorno local, cuya explicación es que cuando el poder se desplaza hacia espacios más amplios y transfronterizos, se enfatiza la necesidad de espacios de participación y decisión próximos a la realidad cotidiana. Así, el sentimiento de identidad y de pertenencia a la comunidad local (barrio, pueblo, ciudad) es más intenso que con un ente distante como es el Estado-Nación.

La acción local comienza por la identificación, descripción y dirección de una red, en la que actúan los agentes de salud de un determinado territorio. Lo importante es escuchar, relacionarse y liderar grupos de ciudadanos, asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

El modelo de relación propio de las redes sociales se fundamenta en el intercambio y en la búsqueda de un beneficio mutuo que los participantes esperan obtener gracias y a través de dicha relación. Una red de vínculos que genera un “capital social o de relaciones” que, aplicado al campo sanitario, presenta ventajas. Por ejemplo, en un hospital o centro de salud esa red se inspira en el intercambio recíproco y en la aceptación de que la cooperación es el resultado de la expectativa de la gente por obtener algo valioso a cambio de su apoyo.

Se trata de que cada unidad del Sistema Sanitario Público consiga este capital social y relacional necesario para alcanzar sus objetivos. La vía para lograrlo es la construcción de una red de vínculos diversificados entre profesionales, personas, grupos y asociaciones, en las que el punto de anclaje sea la misma unidad sanitaria, bien el hospital, bien el equipo de atención primaria. Esta red será el espacio de las relaciones. La gestión adecuada de la red consistirá en fortalecer y ampliar los vínculos, de forma que se intensifiquen las relaciones mediante la comunicación bidireccional y las transacciones continuadas. Asimismo, se ajustará a un contenido preciso, con un plazo de resolución concreto, lo que permitirá vincularlo a los objetivos de los centros sanitarios.

A partir de la coordinación interinstitucional y el establecimiento de alianzas estratégicas, los profesionales, agentes clave en su relación directa con los

ciudadanos, trabajarán por conseguir el fin último de mejorar la salud, los entornos sociales y que las personas opten por estilos de vida más sanos, no perjudicando además con sus acciones la salud de otros ciudadanos.

La legitimidad y el sostenimiento del Sistema Sanitario Público se fundamenta también en la participación formal e institucional de los ciudadanos, sus verdaderos propietarios. El desarrollo de los órganos de participación comunitaria que establece la Ley de Salud de Andalucía (Consejo Andaluz de Salud, Consejos de Salud de Área) permitirá la consolidación y profundización de la participación ciudadana en las políticas sanitarias, el control de su ejecución y el asesoramiento a la Consejería de Salud.

Se debe plantear el establecimiento de órganos de participación ciudadana para otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público, concretamente, en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria.

Los Ayuntamientos

El Sistema Nacional de Salud, configurado a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, así como el desarrollo que ha alcanzado en Andalucía el Sistema Sanitario Público en los últimos años, ha tenido como contrapartida la pérdida de protagonismo del poder local en las responsabilidades relacionadas con la educación, la promoción y la protección de la salud.

La situación actual de las Corporaciones locales en esta materia es muy desigual y presenta debilidades no siempre fáciles de superar.

Para subsanar esta situación, la Ley de Salud de Andalucía ha previsto la existencia de espacios más amplios de colaboración e implicación de los Municipios andaluces, tanto en el marco de la salud pública como de la propia gestión de los servicios sanitarios.

Las estrategias fundamentales dirigidas a la promoción y protección de la salud que pueden desarrollarse desde los Ayuntamientos, en un trabajo intersectorial con la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, deben basarse en:

1. **EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL MEDIO AMBIENTE.** Los resultados de la política medioambiental dependen de toda la ciudadanía, por lo que a las iniciativas que propicien una mejora del entorno natural, la calidad del aire o el nivel de ruidos, se deben sumar acciones que permitan mayor participación, implicación y corresponsabilidad ciudadana.
2. **TRABAJAR POR UNA CIUDAD ACCESIBLE Y SEGURA.** La seguridad es un derecho que hay que abordar en las políticas saludables y no sólo desde el punto de vista de la seguridad ciudadana, sino también de la seguridad alimentaria, sexual y vial.

3. LA MEJORA Y EQUILIBRIO DE LOS BARRIOS. Las actuaciones deben reforzarse y priorizarse según el lugar donde se evidencien las mayores carencias.
4. CONSEGUIR UNA CIUDAD DE HOMBRES Y MUJERES. El avance real en la igualdad de género no es sólo en materia de derechos, sino también en oportunidades, por lo que se debe potenciar el acceso de las mujeres al trabajo remunerado y el reparto equilibrado de tiempos y responsabilidades.
5. DESARROLLAR EL ESPACIO SOCIOSANITARIO. En el nivel local es necesario el establecimiento de instrumentos relacionales y cooperativos suficientes y adecuados entre la administración autonómica y los Ayuntamientos, dirigidos a prestar una atención adecuada a las necesidades que precisan de actuaciones conjuntas e integradas.
6. MEJORAR LA COHESIÓN Y EL BIENESTAR CIUDADANO. Para promover una verdadera transformación social de las ciudades es preciso potenciar la atención y las acciones dirigidas a la reinserción y participación de determinados grupos en riesgo de exclusión social: emigrantes retornados e inmigrantes, personas con bajo nivel socioeconómico, drogodependientes, víctimas de malos tratos, personas con discapacidad, personas dependientes, etc.
7. PROFUNDIZAR SOBRE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD. Se debe promover el conocimiento de los factores medioambientales y sociales sobre la salud, la creación de entornos saludables, el fomento de acciones tendentes a evitar, reducir o retrasar el inicio y desarrollo de los factores de riesgo, el refuerzo de la autoestima y la autonomía de las personas en la construcción de un proyecto de vida saludable, el impulso y apoyo a las familias cuidadoras, el asociacionismo y otras organizaciones de ayuda mutua y participación ciudadana.

Por último, cabe mencionar que, en el marco del Programa de la Segunda Modernización de Andalucía, es necesario un nuevo planteamiento de trabajo intersectorial cuyo escenario de actuación se sitúe en el ámbito local. Muy probablemente esto conllevará, a medio plazo, el traspaso de determinadas competencias a las Corporaciones locales y el consiguiente establecimiento de diversos foros, canales, planes concertados, convenios, conciertos, etc., entre los Departamentos de la Junta de Andalucía y los Ayuntamientos, coordinados por la Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Se podrían materializar en:

- Creación de redes de ciudades que incorporen a la acción local y entre otras competencias, la protección y promoción de entornos

saludables.

- Creación de la conferencia andaluza de ciudades, como órgano de cooperación con el Gobierno.
- Constitución de las conferencias sectoriales para los asuntos locales y las Administraciones públicas como foro de encuentro y de cooperación entre la Consejería de Salud y los Ayuntamientos.
- Desarrollo de Comisiones mixtas de coordinación y seguimiento de programas de salud cuyo ámbito de actuación podría ser el Distrito Sanitario.
- Pactos locales:
 - Consorcios.
 - Convenios.
 - Patronatos municipales.
 - Redes de apoyo social coparticipadas.
- Foros de encuentro y de cooperación entre el Gobierno y las Corporaciones locales (especialmente la Consejería de Salud, la FAMP y los Ayuntamientos).
- Creación de foros ciudadanos para la salud y calidad de vida en los Municipios.

VI. EJES TRANSVERSALES PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES EN LA SALUD

El compromiso por mejorar la salud de los andaluces tiene su traducción en este III Plan Andaluz de Salud en seis ejes vertebradores, que recorren como una espina dorsal todas las intervenciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Seis instrumentos necesarios para el desarrollo y el logro de las metas, líneas de actuación, objetivos y estrategias, a la vez que son verdaderos compromisos de acción política: la intersectorialidad, la participación y protagonismo de los ciudadanos, centrar las acciones en el plano local, fomentar la educación como herramienta de promoción de la salud, considerar a la mujer de forma prioritaria y conseguir una nueva orientación de los servicios sanitarios.

Intersectorialidad El carácter múltiple de los factores que condicionan y determinan la salud de las personas y las comunidades exige una respuesta desde todos los sectores. Ello lleva a la necesaria definición de estrategias de salud intersectoriales, que se traduzcan en oportunidades de salud y calidad de vida, lo que implica trascender los límites de la simple coordinación y lograr sinergias que potencien los esfuerzos y recursos disponibles. Esto implica trabajo conjunto, colaboración y beneficio para todos los partícipes que, entre otros efectos, produzca mejoras en la salud. Por supuesto, requiere una voluntad expresa, actitud dispuesta y abierta y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas.

Protagonismo ciudadano La implicación de los ciudadanos favorece la efectividad de las intervenciones en salud. Para ello se debe conseguir, en primera instancia, que las personas se sientan protagonistas y responsables de las decisiones que afectan a su salud. Asimismo, debe fomentarse el acceso a la información sobre los problemas y riesgos, sus consecuencias y las acciones posibles -individuales y colectivas- para evitarlos o reducirlos. Del mismo modo, el Sistema Sanitario Público de Andalucía debe potenciar la capacidad de elección de los ciudadanos y el respeto de las opciones personales.

En materia de salud es especialmente relevante la participación colectiva a través de las organizaciones sociales: consumidores, madres y padres de alumnos, autoayuda y grupos de afectados, así como las distintas formas de voluntariado. Las Instituciones públicas deben apoyar estas iniciativas y facilitar los cauces de comunicación y cooperación.

El protagonismo activo de los ciudadanos implica también el ejercicio de la responsabilidad. Deben generarse incentivos para incrementar la responsabilidad individual sobre la salud, así como de las empresas sobre la calidad de sus productos y servicios. Esta misma responsabilidad incluye la

concienciación sobre las consecuencias que las acciones, las conductas y los procesos productivos acarrearán para la salud de las personas y el medio ambiente.

Intersectorialidad y participación precisan fluidez en los contactos, capacidad de acuerdos y consenso dirigidos a la acción. A desarrollar lo que hoy se conoce como “capital relacional” o capacidad de interrelacionar múltiples intervenciones para dirigir las acciones a un mismo fin en el marco de las políticas sociales y de salud.

**Pensamiento
global,
actuación local**

El lugar donde viven y se desenvuelven las personas es decisivo para las intervenciones en salud. La planificación debe ser autonómica y provincial, pero la ejecución requiere el concurso de los Ayuntamientos, empresas, centros docentes, centros sanitarios, etc. La salud como factor de bienestar personal y social es un elemento significativo de pacto local donde resulta posible aunar los intereses de los ciudadanos, los profesionales de los servicios y las corporaciones locales y dirigirlos hacia el avance de los pueblos y ciudades de Andalucía.

La consolidación, apoyo y extensión de la Red Andaluza de Ciudades Saludables es un objetivo de notable interés. Los Departamentos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias deben intensificar y actualizar el marco de cooperación para avanzar en este sentido.

**Educación para
la salud**

Los esfuerzos destinados a reducir la prevalencia y efectos nocivos, de los principales problemas de salud, han alcanzado un óptimo grado de eficacia, debido a diferentes factores: mayor y mejor conocimiento sobre las causas y factores de riesgo, asociados a los problemas de salud; eficacia de los tratamientos, la aplicación de políticas de mejora del acceso a los programas de atención y prevención, así como la definición y aplicación de estrategias eficaces de promoción de salud orientadas a fomentar conductas y hábitos saludables.

Es conocido que existe una asociación entre los estilos de vida, la situación socioeconómica y la salud. Nadie niega hoy los beneficios de llevar una vida saludable: alimentarse saludablemente, hacer ejercicio físico y deporte, tener apoyo social, disfrutar del ocio saludable, etc. Tampoco se ignora el perjuicio que causa el tabaco (en Europa las muertes debidas al tabaco generan una pérdida de 20 años de esperanza de vida y representa el 24% de la carga total de enfermedad), el abuso del alcohol y las drogas.

También existe un mejor conocimiento y comprensión de los enfoques e instrumentos que permiten modificar los factores de condicionan la salud –tanto los estructurales como las conductas- y evidencia científica sobre cómo las estrategias de promoción de la salud- específicamente las intervenciones de

educación para la salud- sirven para mejorar y mantener la salud individual y colectiva (sirva de ejemplo la enfermedad coronaria, la influencia de la dieta en algunos cánceres, etc.).

Estos avances requieren para su mantenimiento la puesta en marcha de estrategias adaptadas a la sociedad más y mejor informada, con conocimientos sobre riesgos para la salud, mayor capacidad de compromiso con su salud y la de su comunidad y acceso a las tecnologías de la información y comunicación.

Es conocido que las actuaciones de promoción de salud deben realizarse donde las personas viven, estudian, trabajan, juegan, se relacionan social y afectivamente. De aquí la necesidad de hacer las intervenciones sobre los estilos de vida en los escenarios vitales de las personas. Es decir, en los *entornos de salud* (hogar, familia, escuela, trabajo, pueblo y ciudad) y en los centros sanitarios.

Las estrategias de educación para la salud hay que dirigirlas a personas o grupos específicos, sobre un tema concreto. A pesar de ello, las personas forman parte de redes familiares y sociales, por lo que el objetivo de la intervención debe ser evaluado por grupos: *jóvenes, mayores, personas con discapacidad, trabajadores, residentes extranjeros*. Estas intervenciones tienen una “eficacia diferida” (que habitualmente no se evalúa): pueden modificar los conocimientos, la percepción y las conductas de otras personas con las que se convive, se relacionan y comparten los hábitos de vida. Es por ello que un reto del III Plan Andaluz de Salud es intervenir sobre los entornos y aproximar recursos y estrategias para potenciar la educación para la salud.

Los organismos y expertos en promoción de salud y educación sanitaria, aconsejan seguir las siguientes recomendaciones:

- Concentrar los esfuerzos en la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria y la discapacidad. Potenciar las estrategias de educación para la salud que mejoren el estado de bienestar y la calidad de vida, con especial dedicación a los grupos vulnerables (mayores, adolescentes y jóvenes, grupos con riesgo de exclusión, etc.).
- Comunicar y diseminar la evidencia disponible sobre la eficacia de las estrategias de promoción de salud hacia los profesionales del sector y de la sociedad. La educación para la salud y la comunicación deben impregnar y actualizar los programas de formación de los profesionales.

La promoción de salud como estrategia global aumenta su eficacia cuando se aplica de forma estructurada y coherente en diferentes entornos. Multiplica sus efectos de impacto sanitario, político, económico y social. Por ejemplo, definir una estrategia de promoción de hábitos saludables y prevención de riesgos en adolescentes y jóvenes, seleccionando de forma concurrente diversos

escenarios (familia, escuela, ciudad) tiene un “efecto amplificador”. Aumenta la eficiencia de la acción. Los conocimientos, habilidades y mensajes transmitidos pueden llegar a la población diana y a otros mediadores: padres, educadores, responsables municipales, profesionales de los medios de comunicación, etc.

La eficacia de los mediadores aumenta cuando abordamos conjuntamente sus conocimientos, instrumentos y actitudes hacia la salud. Es por ello que se plantea orientar las acciones de educación también hacia estos mediadores.

Las propuestas de cooperación local deben incluir en sus estrategias la promoción de la salud para ser eficaces y complementarios en el desarrollo de las políticas saludables en los entornos sociales.

Enfoque de género en salud

El concepto de género en salud no sólo se refiere a las características biológicas (sexo), que hacen diferentes a las mujeres y los hombres, sino que comprende también las conductas aprendidas de lo femenino y lo masculino, el lenguaje empleado para hablar de la enfermedad y la salud, para expresar las percepciones y expectativas de salud, así como la interiorización de las conductas de riesgos.

Desde la “mirada de género” es importante analizar los diferentes roles y responsabilidades que asumen hombres y mujeres en las distintas etapas de la vida. Estos roles, responsabilidades y compromisos están determinados cultural y socialmente y se traducen en diferente grado de vulnerabilidad de la salud.

En salud, el género define:

- El estado y los determinantes de salud de hombres y mujeres, que incluyen factores psicosociales asociados a los roles que cada persona desempeña.
- Formas de percepción, valoración y acción con efectos en comportamientos de riesgos como el tabaco, consumo de alcohol y la violencia de género.
- Riesgos ocupacionales, que son consecuencia de actividades consideradas masculinas o femeninas.
- Riesgos en la conducta sexual y reproductiva.
- Estrategias de supervivencia para enfrentar los cambios y transiciones socio-económicas.
- Problemas de género asociados a las actitudes de los proveedores y a la utilización de recursos de salud.
- Diferencias de género en la detección temprana de problemas de salud diagnóstico y adhesión a los tratamientos.

- Diferencias de género en cuanto a cuidados y apoyo doméstico - familiar para la protección y recuperación de la salud.
- La participación en la formulación de las políticas y en la toma de decisiones, con sus consecuencias en los programas de salud.

Un aspecto especialmente preocupante es la violencia de género. Se denomina así a “todo acto de violencia, por razones de sexo, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”. Esto sucede en todas las clases sociales, niveles educativos y creencias religiosas.

La violencia contra la mujer, especialmente la doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud, en especial para las conductas, las patologías crónicas, la salud mental y la sexualidad, menos conocidas pero no por ello menos relevantes.

Es necesario pues hacer explícita una política que aborde la especial dificultad de la mujer en el ámbito de la salud, por tres razones fundamentales:

- a. activa el compromiso político;
- b. moviliza a los diferentes sectores para trabajar armónicamente hacia una misma meta; y
- c. genera una serie de mecanismos y estructuras de coordinación.

Orientación de los servicios

Existe una voluntad de descentralización del Sistema Sanitario Público con el fin de lograr una mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud y expectativas de los ciudadanos.

En cuanto a las acciones de salud pública, además de continuar con la incorporación de las actividades de prevención y promoción de la salud en la atención sanitaria, es necesario desarrollar nuevos modelos organizativos. El horizonte es que dispongan de sistemas de información adecuados para la pronta identificación de problemas y den respuesta inmediata a las situaciones e incorporen elementos que faciliten la comunicación social, la acción intersectorial y la gestión de riesgos. Todo ello con elevados niveles de calidad.

Existe una clara orientación hacia la mejora de los resultados y la garantía de la calidad en la provisión de los servicios.

Es necesario que se asuman los nuevos valores del Sistema Sanitario Público y de gestión: accesibilidad, capacidad de respuesta en tiempo adecuado, equidad, intimidad y privacidad, atención personalizada, continuidad, empatía y

escucha activa, trabajo en equipo, talento e innovación en las prácticas profesionales, alianzas y compromiso entre todos los agentes para el logro de resultados desde una triple perspectiva: para el usuario, para el profesional y para el Sistema Sanitario Público.

Dar respuesta a las nuevas demandas sociales y ser resolutivos ante los problemas de salud emergentes es un reto y una oportunidad en la Atención Primaria y Especializada.

Dada la situación geográfica de Andalucía y su oferta turística, la orientación de los servicios sanitarios irá enfocada a dar respuesta a la demanda generada tanto por los flujos migratorios como por los movimientos turísticos.

En relación con la Atención Primaria, se plantea un mayor desarrollo de la atención domiciliaria, disponibilidad de paquetes de cuidados para la atención socio-sanitaria de personas en situación de discapacidad o dependientes, así como una atención personalizada e intercultural para extranjeros que residen en Andalucía.

El nuevo papel de la Asistencia Especializada se concreta en la progresiva y continua incorporación de la alta resolución, la consulta en acto único, la extensión de la garantía de plazos de respuesta diagnóstica y quirúrgica.

El desarrollo de la cirugía menor ambulatoria, situada en el escalón primario de atención para determinados procesos, es otro de los importantes progresos que facilitan una atención eficaz y próxima al ciudadano.

Finalmente, se seguirá trabajando en la integración y continuidad asistencial, mejorando los instrumentos de coordinación y comunicación entre profesionales con el fin de aumentar la capacidad de respuesta y satisfacción de los ciudadanos.

Los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía son el principal activo de la organización. Sus conocimientos, habilidades y actitudes deben ser evaluados. Habrá que incorporar estrategias de incentivos y motivación en el cumplimiento de los objetivos y en las necesidades de desarrollo profesional.

VII. METAS DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD

El III Plan Andaluz de Salud plantea cuatro metas en un marco político de compromiso entre el Gobierno andaluz, las Corporaciones locales, los profesionales y los ciudadanos.

Mejorar la salud
de los
andaluces

1. Mejorar la salud de la población en Andalucía, aumentar la esperanza de vida y los años de vida libres de incapacidad.

El III Plan de Salud pretende proporcionar a cada andaluz la oportunidad de contar con una buena salud, requisito de calidad de vida, durante el mayor tiempo posible a lo largo de su existencia.

Opta por el desarrollo de un modelo integrado e innovador de salud pública. La idea es que sólo se puede considerar un país justo y desarrollado el que protege eficazmente la salud de sus ciudadanos y posibilita un entorno social y un estilo de vida saludable.

Se plantea propiciar entornos sociales, donde las personas se desenvuelvan en condiciones seguras y que favorezcan la elección de hábitos saludables. Existe un enfoque hacia los niños y jóvenes y hacia un envejecimiento activo desde la modificación de hábitos de vida en edades previas a los 65 años.

Se desarrollarán estrategias específicas de promoción en centros educativos, empresas y centros de trabajo y en los pueblos y ciudades de Andalucía.

Se consolidará y diversificará el apoyo a las familias con miembros con problemas crónicos de salud y discapacidades.

Se hace necesario reforzar la educación para la salud, con estrategias intersectoriales, para adquirir hábitos de vida saludables respecto de la dieta, el ejercicio físico, frente al tabaco, el alcohol, las drogas y el uso responsable de los medicamentos.

La política de salud pública debe igualmente hacer frente a las amenazas y los riesgos para la salud desde la protección eficaz, presidida por la transparencia y la información sistemática a los ciudadanos.

Para dar respuesta a la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad se desarrollarán Planes integrales de actuación que mejoren la efectividad y la coherencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Reducir las desigualdades ante la salud

2. Contribuir desde el sector sanitario, a través de acciones intersectoriales, al desarrollo de políticas redistributivas de carácter universal, con especial atención a los colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social.

El III Plan Andaluz de Salud debe garantizar la equidad ante la salud a través actuaciones basadas en la solidaridad. Solidaridad y equidad son los ejes centrales del Programa “Salud para todos en el siglo XXI”, de la Oficina Europea de la OMS, que enfatiza la necesidad de reducir las diferencias sanitarias.

En este sentido, la pobreza es el mayor factor individual de mala salud, que además se relaciona con tasas elevadas de utilización de sustancias (tabaco, alcohol, drogas), depresión, suicidio, violencia y malos tratos, mayores riesgos de inseguridad ciudadana, etc.

El desempleo y la inseguridad laboral tienen también un efecto perjudicial para la salud. La educación es otro determinante de la salud, que también se refleja en el empleo y la inseguridad en el trabajo.

Otras desigualdades están dando paso a nuevos grupos de exclusión social asociados a la falta de recursos económicos y de apoyo social: inmigrantes y refugiados, discapacitados físicos o psíquicos, prostitutas, mujeres víctimas de malos tratos...

Desde el sector sanitario se debe contribuir a la reducción de las desigualdades a través de una política que mejore el acceso, cobertura y atención sanitaria de estas personas, siempre desde el trabajo intersectorial con otros Departamentos implicados.

Atención centrada en el ciudadano

3. Asegurar que los ciudadanos son el eje y los profesionales los agentes clave de las políticas de salud

Las políticas de salud en los Sistemas Sanitarios Públicos alcanzan su verdadera dimensión cuando además de estar centradas en el ciudadano, cuentan con su participación efectiva. La participación es el motor que pone en marcha el compromiso compartido que ciudadanos y sociedad deben asumir respecto de los servicios de salud.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía pretende legítimamente que los ciudadanos tengan la mejor opinión sobre su funcionamiento. Para conseguirlo ha de asegurar los mejores resultados, un enfoque de equidad, prestaciones óptimas y eficiencia en el empleo de los recursos. Ahora bien, para alcanzar la satisfacción del ciudadano el Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene que ponerse en el lugar del usuario, establecer los mecanismos que aseguren los

servicios que éste espera, satisfacer sus expectativas y garantizar sus derechos.

Desde el punto de vista del ciudadano, podemos distinguir tres fases del proceso de relación con los profesionales de primera línea, proveedores de los servicios sanitarios. En cada una de ellas la participación debe estar presente.

La primera fase, la racional, corresponde a la percepción de la calidad científico-técnica que el ciudadano tiene del profesional, de la habitabilidad, del confort y la seguridad de las instalaciones.

La segunda fase es la emotiva. Nace de la relación usuario-profesional a lo largo del proceso asistencial. Superada la primera fase, si la segunda es satisfactoria, se habrá generado un sentimiento de seguridad en el usuario.

La tercera fase corresponde a la superación satisfactoria de las fases racional y emotiva, que se transformará en un sentimiento de carácter superior, un valor, identificado como un sentimiento de confianza de pacientes y usuarios con el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, por extensión, en los ciudadanos.

Inducir
transformaciones
en Salud

4. Impulsar cambios a través del progreso científico sobre el genoma humano, la investigación y la incorporación de avances tecnológicos.

La sociedad actual es considerada por unos como “del conocimiento”, y por otros, “de la información”, en referencia al papel que la información, las nuevas tecnologías y el conocimiento al alcance de la mano están desempeñando en la manera de relacionarse las personas y la sociedad.

En el sector sanitario este proceso se acentúa dada la importancia que tiene la salud. La demanda de información por parte de la sociedad crece día a día. Este fenómeno es aún mayor en el ámbito de la salud. Los ciudadanos quieren saber no sólo los últimos avances en Medicina, los nuevos tratamientos y opciones terapéuticas o la aplicación práctica de los conocimientos sobre el genoma humano, sino también cómo prevenir enfermedades, cómo mejorar la salud y qué evidencias científicas y terapéuticas existen sobre una enfermedad.

Por otro lado, la investigación constituye uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y el fomento de la salud pública, por lo que el objetivo en este ámbito debe ser consolidar una cultura de investigación de excelencia, haciéndola converger con proyectos del resto del Estado y de Europa.

Los avances científicos en el ámbito del genoma humano van a suponer importantes transformaciones profesionales, en los valores sociales y también en la organización sanitaria, que debe adaptarse a los cambios hasta convertirlos en oportunidades de progreso.

La evaluación sistemática de las nuevas tecnologías sanitarias y la conexión de los centros, profesionales y ciudadanos en red abren un mundo de posibilidades de mejora y cooperación.

En este contexto, es posible impulsar cambios en la esfera de la salud aprovechando las oportunidades que nos brindan los avances científicos y los desarrollos de la investigación.

VIII. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

Del análisis del estado de la salud de los andaluces nacen las intervenciones que tratan de dar respuesta a los problemas relevantes, prevenir riesgos y añadir bienestar y seguridad. Han sido tenidos en cuenta los objetivos de la Oficina Regional Europea de la OMS “Salud para todos en el Siglo XXI”, las conclusiones del informe de situación de la salud mundial (OMS 2002), el Programa de Acción Comunitaria de la Unión Europea en el ámbito de la Salud Pública (2003-2008), y otros informes de Organismos nacionales e internacionales.

Para articular las líneas prioritarias del III Plan Andaluz de Salud ha sido preciso realizar una reflexión que identifique las oportunidades y los retos del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el horizonte de los próximos años.

Líneas Priorizadas de Actuación:

- 1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente, que dé respuesta a las nuevas situaciones y que sea sensible a las demandas sociales.**
- 2. Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.**
- 3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.**
- 4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y atención a las personas en situación de dependencia.**
- 5. Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos.**
- 6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.**
- 7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con criterios de equidad y evidencia científica.**
- 8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación.**
- 9. Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.**
- 10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.**

VIII.1 DESARROLLAR UN MODELO INTEGRADO DE SALUD PÚBLICA MODERNO, INNOVADOR Y TRANSPARENTE QUE DÉ RESPUESTA A LAS NUEVAS SITUACIONES Y QUE SEA SENSIBLE A LAS DEMANDAS SOCIALES

Visualización de la salud pública

En los países desarrollados nos encontramos con una Organización sanitaria compleja, con gran diversidad de proveedores y actividades con repercusión positiva sobre la salud de la población (salud pública, en definitiva); esto genera ambigüedad y dificultad para visualizar las organizaciones de salud pública.

Intersectorial e Interinstitucional

Las actuaciones en materia de salud pública, además de ser intersectoriales, forman una realidad interadministrativa. En Andalucía intervienen con diferentes grados de intensidad la Unión Europea, las Administraciones central, autonómica y local, dado que tienen responsabilidades de salud pública: todos hacen salud pública, independientemente de su vinculación administrativa.

Globalización

Además de seguir dando respuesta a los viejos problemas, los Servicios de salud pública han de responder a los retos y oportunidades derivados del proceso de globalización, fenómeno planetario con expresión en cada ámbito local.

La globalización económica está generando grandes movimientos de personas, bienes y servicios, favorecidos por la creciente disponibilidad de medios de transporte intercontinentales, lo que ocasiona también una globalización de los problemas de salud.

Esto plantea a la salud pública nuevos desafíos relacionados principalmente con las migraciones internacionales y las condiciones de vida de estas personas en los países de destino; con el desarrollo turístico, la posible explotación sexual, el deterioro del medio ambiente; con los riesgos de la globalización en la producción y distribución de alimentos; y con la aparición de nuevas enfermedades, debidas a que modificamos o nos introducimos por primera vez en su nicho ecológico.

La globalización de las tecnologías de la información actúa tanto en sentido positivo (globalización del conocimiento) como negativo (centralización de la distribución de la información e intereses de grupos de presión). La globalización cultural genera más bien una homogeneización de los factores de riesgo (relacionados por ejemplo con el sedentarismo, las drogas o los alimentos), que una universalización de la promoción de los hábitos saludables.

Estos cambios, tanto en lo que se refiere a riesgos y problemas de salud como a la creciente demanda y sensibilidad social ante los mismos, hacen que se plantee el reto de la definición y el desarrollo de un modelo integrado de salud pública, que se fundamente en los principios de responsabilidad, transparencia, integración e integridad, competencia y orientado a la satisfacción de necesidades de la población y de la organización sanitaria.

El desarrollo del modelo debe :

- Potenciar la participación estableciendo alianzas con las Administraciones y los diversos sectores (Organizaciones empresariales y sindicales, ONG, asociaciones de vecinos y voluntarios, etc.).
- Reorganizar los Servicios de salud pública de manera que potencien, por un lado, las funciones de salud pública, y por otro, contribuyan a fortalecer su liderazgo en la sociedad para lograr su misión esencial de “mejorar la salud de los ciudadanos”.
- Mejorar la gestión de los Servicios mediante la incorporación de:
 - Un catálogo de Servicios de salud pública adecuado a las necesidades de la población y que identifique los diferentes proveedores de servicios.
 - Mecanismos de acreditación de Servicios y profesionales como elemento dinamizador y motivador del cambio.
 - Criterios y normas de calidad, que faciliten la práctica basada en la evidencia.
 - Herramientas de trabajo útiles: elaboración de procesos, guías de actuación (por ejemplo, la brucelosis).
 - Implicación en la gestión por procesos, desde la perspectiva de la continuidad, como elemento que garantiza la calidad integral.
 - Tecnología punta para el desarrollo de la actividad profesional y los sistemas de información integrados.
- Impulsar la formación e investigación en salud pública a través de :
 - Programas de formación aplicada y entrenamiento de profesionales para adquirir las competencias necesarias.
 - Programa de investigación básica vinculada a la práctica.
 - Investigación epidemiológica (estudios de carácter poblacional sobre factores de riesgos asociados a las patologías más prevalentes).
- Potenciar el desarrollo de sistemas de información capaces de transmitir a los ciudadanos y a los profesionales de las Organizaciones sanitarias la información adecuada en tiempo real.

DESARROLLAR UN MODELO INTEGRADO DE SALUD PÚBLICA MODERNO, INNOVADOR Y TRANSPARENTE QUE DÉ RESPUESTA A LAS NUEVAS SITUACIONES Y QUE SEA SENSIBLE A LAS DEMANDAS SOCIALES

- OBJETIVO 1. Ofrecer servicios de salud pública de alta calidad, sensibles a las nuevas demandas sociales y que den respuesta con una organización integrada, eficaz y transparente:**
- **que garantice una respuesta adecuada y urgente**
 - **que base sus acciones en la evidencia científica**
 - **que incorpore el principio de precaución, y**
 - **que potencie los sistemas de vigilancia en salud pública.**

ESTRATEGIAS:

1. Adecuar la cartera de servicios en salud pública en cada ámbito de la organización sanitaria.
2. Definir normas y estándares de calidad y acreditación de servicios y profesionales.
3. Acreditar antes del 2008 todas las unidades y servicios de salud pública del Sistema Sanitario.
4. Introducir nuevos elementos de organización y gestión, definiendo la estructura y funcionamiento en red.
5. Desarrollar instrumentos útiles: implantación de la gestión por procesos (brucelosis, etc.) , guías de actuación, planes y programas.
6. Fortalecer los sistemas de vigilancia de salud pública que permitan conocer los problemas y riesgos .
7. Desarrollar programas de formación continuada y aplicada en el propio área de trabajo con el fin de que el 100% de los profesionales estén adecuadamente formados antes del 2008.
8. Impulsar líneas de investigación de salud pública: investigación básica vinculada a la práctica.
9. Diseñar estrategias que permitan crear y movilizar equipos de análisis e intervención para trabajos de campo.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Asegurar la calidad óptima de los servicios prestados por las unidades de salud pública del Sistema Sanitario y su acreditación externa.
2. Realización de actividades de formación continua y aplicada dirigidas a los profesionales de los servicios de salud pública, integradas en su propio entorno de trabajo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de servicios y/o unidades de salud pública del Sistema Sanitario acreditadas
2. Grado de desarrollo de planes de formación continuada e investigación aplicada en salud pública.

VIII.2 MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

La familia y el ámbito educativo

La familia y la escuela son los espacios decisivos para generar y transmitir hábitos y conductas por medio de la información, la comunicación y la educación para la salud en cada etapa de la vida. Por ello se debe prestar especial atención a las familias con problemas de salud y poner el énfasis en la promoción de “hogares saludables”.

En la familia -que sufre un acelerado proceso de transformación- y en la comunidad educativa convergen estrategias y políticas sociales y de salud. De ahí que se haya planteado de forma integrada el trabajo específico, con especial énfasis en la comunicación y la educación para la promoción de la salud.

Expresada de una forma nítida la voluntad de la Junta de Andalucía de desarrollar las políticas públicas de ayuda a la familia, tal como se concreta en el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas, las medidas propuestas aquí deben contemplarse como desarrollo de la citada norma en el ámbito de la salud y calidad de vida.

Educación y hábitos saludables

De acuerdo a las recomendaciones de la Unión Europea para la nueva salud pública, los 21 objetivos de salud de la OMS para el Siglo XXI, las orientaciones del informe SESPAS 2002 y junto con el análisis de salud de Andalucía, se han integrado en una sola meta la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada como factores de protección frente al sobrepeso, las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y osteoarticulares.

En relación con el tabaco, se trata de aunar las estrategias de promoción y deshabituación previstas en el Plan Andaluz de Prevención del Tabaquismo con otras actuaciones adoptadas por la Junta de Andalucía en materia de control de la publicidad de tabaco, la restricción del consumo y la demanda civil contra las multinacionales tabaqueras.

El compromiso de introducir la perspectiva de género requiere tener presente este eje transversal en todas las intervenciones de salud. Esto supone:

- Identificar los problemas de género más relevantes en cada programa de salud.
- Formación para el personal de salud con el objetivo de reforzar las competencias personales y la autonomía de las mujeres para que puedan prevenir riesgos.

- Estrategias de sensibilización desde la infancia, la juventud, los entornos laborales y entre la población general, sobre prevención de la violencia de género.
- Diseñar propuestas para incorporar la perspectiva de género en los protocolos, programas e intervenciones en salud.

**Entornos
sociales**

Las estrategias de información, comunicación y educación para la salud se orientarán igualmente a la adquisición de hábitos saludables respecto de la dieta, el ejercicio físico y el conocimiento necesario para el uso responsable de los medicamentos.

Un paso más en las prioridades de salud se refiere a propiciar entornos personales y sociales donde se den condiciones seguras y favorecedoras de conductas saludables. En este sentido, cobra especial importancia para los niños y jóvenes la orientación de los centros educativos en la línea de mejora de las instalaciones y desarrollo de programas preventivos y de educación para la salud. Por lo que se refiere al entorno laboral, la reducción de riesgos profesionales y la promoción de la salud será una línea a la que se prestará una atención preferente a través de las actuaciones y las propuestas establecidas en el Plan de Empresas Saludables y en consonancia con la nueva estrategia Comunitaria y de Salud y Seguridad 2002-2006 (COM 2002 118 final, de 11 de marzo de 2003).

Por último, es preciso continuar avanzando en la mejora de la calidad de vida en los núcleos de población. Hay que destacar la iniciativa de Ciudades Saludables como el principal proyecto local de promoción de la salud, auspiciado por la Federación Andaluza de Municipios y Provincias.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 2: Fomentar la salud de niños, adolescentes y jóvenes, con especial atención en:

- Reducir el porcentaje (5%) de fumadores diarios entre 16 y 25 años (año 2008).
- Reforzar la tendencia a la reducción de los bebedores compulsivos en grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 a 34 años (año 2008).
- Estabilizar la tendencia creciente en el consumo de drogas de diseño (año 2008).
- Estabilizar la tendencia creciente de adolescentes con más de una interrupción voluntaria de embarazo (año 2008).

ESTRATEGIAS

1. Reducir la incidencia de enfermedades y discapacidades en la infancia.
2. Potenciar estilos de vida saludables en el ámbito familiar y escolar.
3. Sistematizar la detección de metabolopatías y trastornos en función de los avances científicos y los análisis de coste-eficiencia y pertinencia técnica.
4. Potenciar actividades de promoción de la salud en el ámbito educativo.
5. Promover conocimientos y habilidades de comunicación entre padres e hijos sobre adicciones, relaciones afectivo-sexuales y seguridad vial.
6. Prevenir las adicciones con especial atención al tabaquismo y al alcoholismo.
7. Promover una actitud responsable para la seguridad vial.
8. Promover la salud mental y las relaciones afectivo-sexuales sanas y seguras.
9. Potenciar las actividades del programa intersectorial *Forma Joven*.
10. Diseñar intervenciones con los medios de comunicación para modificar los estereotipos y actitudes frente a la delgadez y el consumo de alcohol y tabaco.
11. Desarrollar líneas de acción específicas dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes en el Plan Integral de Salud Mental y el Plan Integral de Accidentes.
12. Establecer conjuntamente con la Consejería de Asuntos Sociales los sistemas y protocolos de actuación para asegurar el asesoramiento y tratamiento de atención infantil temprana a los niños y niñas con problemas en su desarrollo.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Desarrollo de estrategias específicas de educación para la salud y prevención de riesgos en los servicios sanitarios de atención materno-infantil, en centros docentes con padres y a través de los medios de comunicación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de jóvenes no fumadores.
2. Porcentaje de bebedores abusivos.
3. Prevalencia de jóvenes que consumen drogas de diseño.
4. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico.
5. Porcentaje de adolescentes con más de una interrupción voluntaria de embarazo.
6. Número de centros educativos con programas de educación para la salud (tabaquismo, alcohol, relaciones afectivo-sexuales, nutrición y ejercicio físico).

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 3 Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres con especial atención a:

- **las actuaciones de salud desde la perspectiva de género,**
- **reducir el rol de cuidadoras y establecer programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o falta de autonomía.**

ESTRATEGIAS:

1. Centrar en mujeres las estrategias de reducción de hábitos no saludables: tabaco, alcohol, sexo no seguro. Promover la dieta equilibrada, el ejercicio físico y las relaciones afectivo-sexuales seguras y saludables.
2. Mejorar la prevención, detección y atención de los casos de malos tratos a mujeres y el seguimiento de los efectos en la salud física y mental.
3. Potenciar acciones intersectoriales previstas en el Plan integral contra la erradicación de la violencia de género.
4. Introducir la perspectiva de género en los procesos de formación continuada de los profesionales de la salud, así como en los sistemas de información y de registro.
5. Potenciar la investigación relacionada con determinantes y factores diferenciales de la salud de las mujeres.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Incorporación y potenciación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.
2. Mejora de la calidad de la atención del maltrato físico, psicológico y sexual de la mujer.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Grado de incorporación de la perspectiva de género en los procesos asistenciales.
2. Evolución de los casos registrados y grado de aplicación de protocolos de malos tratos por los servicios sanitarios.
3. Actividades realizadas de apoyo a cuidadores.
4. Planes de formación sobre perspectiva de género a profesionales sanitarios.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 4: Promover la calidad de vida en el envejecimiento

ESTRATEGIAS:

1. Fomentar actividades intersectoriales de promoción de hábitos saludables que permitan llegar a edades avanzadas con mejor autonomía y calidad de vida.
2. Promover estrategias de prevención y seguimiento de hábitos para lograr y conservar un buen estado de salud y calidad de vida.
3. Contemplar en los procesos asistenciales la edad y el enfoque sociosanitario de la red de apoyo social.
4. Desarrollar estrategias sociosanitarias para la autonomía de las personas mayores y su permanencia en el entorno elegido.
5. Potenciar la atención sociosanitaria a domicilio para las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su lugar de residencia. Esta atención debe incluir el cuidado de la salud, la prevención de la discapacidad, la potenciación de la autonomía personal, la ayuda para las actividades de la vida diaria, así como la promoción de la participación social activa.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Aumentar la autonomía para la vida cotidiana en las personas mayores en su entorno.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Prevalencia de buena salud y conciencia de ello entre los mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.
2. Prevalencia de autonomía para las actividades de la vida diaria en mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.
3. Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años.
4. Porcentaje de adultos mayores que realizan actividad física y deporte.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 5: Favorecer el apoyo a las familias con personas enfermas crónicas y discapacitadas

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar estrategias sociosanitarias de atención domiciliaria diferenciadas. En ellas deben converger la asistencia sanitaria con el apoyo social que fomente la autonomía y el autocuidado, así como medidas de ayuda al cuidador principal.
2. Establecer compromisos entre los agentes sociales y las instituciones para evitar el aislamiento social de estas personas y sus familias y promover su completa participación social.
3. Personalizar el cuidado de manera que los servicios se organicen para cada persona según sus necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social. Promover la equidad en el acceso y la continuidad asistencial.
4. Potenciar la investigación aplicada y la incorporación de ayudas técnicas que faciliten la autonomía personal, el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual y el apoyo a sus cuidadores.
5. Promover la atención directa y específica al cuidador, tanto en el domicilio como en su entorno social, para prevenir la aparición de sobrecarga. Fomentar el descanso, favorecer la incorporación al trabajo y la participación social.
6. Contemplar las peculiaridades en la atención de las personas con algún tipo de discapacidad o dependencia.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Favorecer la autonomía de las personas con enfermedades crónicas o discapacidades, y la de sus cuidadores.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de actividades de formación y apoyo a cuidadores de personas con problemas crónicos y discapacidades realizados por los centros sanitarios, asociaciones de voluntariado y de afectados y grupos de autoayuda.
2. Cobertura de atención sanitaria domiciliaria: porcentaje de población con atención en domicilio en relación con la población diana estimada.
3. Programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y otras entidades sociales, dirigidos a facilitar las actividades de acompañamiento y descanso de los cuidadores.
4. Grado de satisfacción de los usuarios adscritos al programa de atención domiciliaria.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 6. Promover estilos de vida saludables

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar actuaciones de educación para la salud dirigidas a fomentar la alimentación equilibrada, la actividad física y otras prácticas cuya realización beneficie la salud.
2. Impulsar actuaciones de educación para la salud dirigidas a la prevención y abandono del consumo de tabaco y alcohol, situaciones de estrés y hábitos de riesgo, así como la protección frente a las radiaciones ultravioletas, contaminación ambiental y peligros de los puestos de trabajo.
3. Desarrollar las acciones del Plan Andaluz de Prevención del Tabaquismo.
4. Desarrollar las acciones previstas en el II Plan de Drogas y Adicciones.
5. Impulsar programas de información, comunicación y educación para la salud para el uso adecuado de medicamentos y suplementos dietéticos, así como la vigilancia de la publicidad de medicamentos y productos sanitarios en el Plan Integral de Prestación Farmacéutica.
6. Desarrollar actuaciones dirigidas a prevenir la dependencia de psicofármacos y promover hábitos saludables de sueño y control del estrés, en el marco del Plan Integral de Salud Mental.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Implicación efectiva de los agentes sociales en las estrategias de promoción de salud.
2. Incorporación sistemática de la promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo a las guías de procesos integrados y planes integrales.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Evolución de los hábitos relacionados con estilos de vida: consumo de tabaco y alcohol, realización de actividad física y deporte, obesidad y sobrepeso.
2. Número de programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y organizaciones sociales.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 7: Promover la salud en los centros de trabajo

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar las actividades previstas en el Plan de Empresas Saludables para favorecer hábitos saludables en los centros de trabajo, mediante la educación para la salud y otras medidas, con especial énfasis en el tabaco, dieta equilibrada, sedentarismo, control del estrés y problemas musculoesqueléticos. Prevención y educación contra la violencia de género.
2. Potenciar acciones intersectoriales que impliquen a la Administración laboral y sanitaria, dirigidas a la prevención y protección de enfermedades, lesiones y muertes asociadas a la actividad laboral, con especial incidencia en las pequeñas y medianas empresas.
3. Establecer alianzas con las organizaciones y con los agentes sociales implicados (asociaciones de empresarios, organizaciones sindicales, organizaciones profesionales, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y servicios de prevención).

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Incremento de los convenios de adhesión al Plan de Empresas Saludables y alianzas con las grandes empresas.
2. Implicación efectiva de trabajadores y empresarios de las pequeñas y medianas empresas en las actuaciones de protección y prevención de riesgos laborales.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de convenios que se firman con empresas de más de 50 trabajadores en el marco del Plan de Empresas Saludables.
2. Incidencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

MEJORAR LA SALUD DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO 8. Promover la salud, el ocio saludable y la calidad de vida en los pueblos y ciudades

ESTRATEGIAS:

1. Fomentar la convivencia y la actividad física saludables, así como las alternativas de ocio en las ciudades y pueblos.
2. Reducir los riesgos para la salud asociados a la actividad urbana o industrial.
3. Impulsar mecanismos de cooperación entre las Administraciones Públicas, Instituciones y Entidades locales para el desarrollo de la Red Andaluza de Ciudades Saludables.
4. Desarrollar acciones intersectoriales con especial implicación de los Ayuntamientos, Diputaciones y Administraciones competentes en materia de medio ambiente, salud, consumo, industria y obras públicas, así como de los medios de comunicación locales.
5. Promover la participación activa de las asociaciones vecinales, de consumidores y usuarios y de las organizaciones profesionales, en las actuaciones urbanísticas y de promoción de la salud. Esto se hará a través de los Consejos Locales de Salud y otros cauces institucionalizados.
6. Impulsar y desarrollar planes locales para la mejora de la habitabilidad, accesibilidad y seguridad de las viviendas. Promover el transporte público y reducir la contaminación por vertidos, emisiones a la atmósfera y ruidos.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Implicación efectiva de las corporaciones locales y los agentes sociales en las acciones intersectoriales orientadas a la promoción de salud en los pueblos y ciudades.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de municipios incorporados a la Red de Ciudades Saludables.
2. Porcentaje de población por debajo de los límites establecidos de contaminación acústica en municipios mayores y menores de 50.000 habitantes.
3. Índice de accidentes de tráfico por municipios.
4. Porcentaje de municipios con acuerdos con instituciones sanitarias para realizar actividades de promoción de salud.

VIII.3. PROTEGER Y PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

Servicios de salud pública

Este área de intervención engloba las metas referidas a los aspectos en que la responsabilidad principal de intervención corresponde a las Administraciones públicas en la tutela y vigilancia de las condiciones de salud y seguridad de los productos y servicios, así como de prevención de los riesgos e intervención para reducir los daños en situaciones de crisis.

Debido a los cambios que se están produciendo en nuestra sociedad, tanto en los riesgos y problemas de salud, como en la sensibilidad social ante los mismos, es preciso adecuar los servicios de salud pública para dar respuesta a nuevas demandas y retos.

Crisis sanitarias

En el aspecto organizativo son necesarios instrumentos que faciliten las actuaciones de las instituciones que protejan la salud, así como la rápida movilización de recursos para responder a situaciones críticas.

Las actuaciones en la protección de la salud presentan cada vez mayor complejidad. Por eso toma cuerpo la incorporación de la salud pública basada en la evidencia. La protección de la salud implica disponer de equipos cualificados e incorporar rápidamente conocimiento de expertos y comités de ayuda a la toma de decisiones.

Consumidores

La protección de la salud es un aspecto importante dentro del marco de la protección de los consumidores. Cuestiones como la publicidad engañosa acaban representando un riesgo para la salud. Es el caso de la promoción de tratamientos (productos milagro) o terapias sanitarias alternativas de importantes implicaciones sociales y sanitarias. El problema se ha ampliado por la utilización de las nuevas terapias y los reclamos de belleza, deportes (ocio) y bienestar, que potencian la búsqueda de soluciones rápidas.

La importancia que está adquiriendo este tema aconseja una actitud vigilante por parte de los poderes públicos para la detección de problemas y la adopción de la iniciativa.

Higiene de los alimentos

Da forma especial en la higiene de los alimentos se adopta el “principio de precaución”, progresivamente asumido como criterio en las políticas de salud pública. Dicho principio propugna que, en ausencia de conocimiento científico suficiente sobre los riesgos para la salud de un determinado contaminante o factor ambiental, se opte por considerarlo no seguro para el medio ambiente o la salud humana; al menos hasta disponer de mayor información.

Además de una mejora constante en la disponibilidad y calidad de los alimentos, se impone la progresiva concentración de canales de distribución y movimiento transnacional, dentro del mercado único europeo y con terceros países. Es lógico por ello que la normativa aplicable sea fundamentalmente la Comunitaria, en la que además del principio de precaución, destaca el análisis de riesgos, como base de la política sobre seguridad alimentaria, y el de recorrido del producto desde su origen hasta que llega al consumidor.

Medio ambiente Otro aspecto en el que se observa un cambio general es el relativo al medio ambiente. El impacto humano sobre el mismo es mayor que nunca, con efectos en el cambio climático, depleción de la capa de ozono, pérdida de biodiversidad, disminución de la disponibilidad de agua no contaminada y diseminación de compuestos químicos bioacumulables, como varios compuestos orgánicos semivolátiles o metales pesados.

Aunque estos efectos son globales, tienen efecto local y acompañan a otros problemas de gran sensibilidad social, como la contaminación atmosférica y acústica de las ciudades y núcleos próximos a zonas industriales.

Enfermedades transmisibles La vigilancia de sus posibles efectos sobre la salud, la gestión y comunicación de riesgos se convierten en fundamental para la autoridad sanitaria, que debe dar respuesta a la demanda de una sociedad cada vez más informada y garantizar la competencia científico-técnica de sus actuaciones. La educación sanitaria ha de jugar un papel importante para que la población tenga el conocimiento adecuado sobre el riesgo y las formas de prevenirlo. Esto contribuye a la autonomía en las decisiones y hace que pueda contribuir a la gestión del riesgo.

Si bien muchas de las intervenciones de protección de la salud son “invisibles” para los ciudadanos, contribuyen notablemente a la percepción de seguridad, si su desarrollo es correcto. En cambio, generan una importante alarma social cuando los riesgos no pueden ser adecuadamente controlados, o cuando la opinión pública aprecia actitudes vacilantes o de descoordinación entre los poderes públicos. En este sentido, además de incorporar nuevas acciones al ámbito de la salud pública es preciso mantener el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles y estar preparados para responder adecuadamente a las situaciones emergentes.

PROTEGER Y PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

OBJETIVO 9. Asegurar una protección eficaz y equitativa de la salud en las situaciones de crisis.

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar e implantar el Sistema Integral de Alerta y Crisis Sanitaria.
2. Potenciar la detección e intervención de calidad ante las alertas sanitarias.
3. Ampliar los planes de gestión de crisis incorporando mecanismos de coordinación intersectorial.
4. Participar en el desarrollo de la Ley de Gestión de Emergencias en Andalucía (en lo que se refiere a protocolos comunes para la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos para la salud).
5. Desarrollar acciones tendentes a disminuir la dispersión provincial (año de referencia 2002) del Indicador Sintético de Calidad de la Investigación de cada brote epidémico.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Alta sensibilidad y rapidez de respuesta del Sistema Integrado de Alertas.
2. Actuar con adecuados niveles de organización y calidad científico-técnica en la respuesta a los brotes epidémicos.
3. Preparación del Sistema Sanitario para la adecuada gestión de las crisis de salud.
4. Cooperación intersectorial en la gestión de crisis (preparación, respuesta y recuperación).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de alertas detectadas fuera del sistema.
2. Tiempo de respuesta a las alertas.
3. Puntuación del Indicador Sintético de Calidad de la Investigación de cada brote epidémico.
4. Desarrollo de planes de formación para la gestión de crisis.

PROTEGER Y PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

OBJETIVO 10: Evitar los riesgos para la salud, el fraude en el consumo y utilización de productos milagro y terapias alternativas, desarrollando un plan de acción intersectorial que se dirija especialmente a:

- **detectar las necesidades para regular y controlar el comercio y la publicidad de las terapias y tratamientos sanitarios alternativos,**
- **detectar la información científica válida que permita realizar informes de evaluación sobre dichas terapias si se precisa,**
- **controlar el uso fraudulento de medicamentos y su distribución según género.**

ESTRATEGIAS:

1. Creación de un Observatorio de la Publicidad, adscrito de la Consejería de Gobernación, que tendrá como función principal el análisis sistemático de la publicidad en ámbitos que afectan a los consumidores y usuarios.
2. Constitución de una Comisión técnica formada por representantes de las Consejerías de Gobernación y de Salud encargada de:
 - realizar la valoración y evaluación de los mensajes publicitarios,
 - proponer medidas correctoras a la vista de los resultados de evaluación y valoración,
 - establecer una línea de información y advertencia a la población.
3. Establecimiento de canales de comunicación con la población, especialmente dirigidos a jóvenes, mujeres y a los agentes sociales y económicos.
4. Potenciar la participación de las asociaciones de consumidores y usuarios así como de las organizaciones empresariales.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO

1. Detección e intervención sobre la publicidad, promoción y comercialización de productos, tratamientos y terapias con pretendida finalidad sanitaria.
2. Mejorar el conocimiento y la formación de los ciudadanos en esta materia en función de la evidencia científica disponible.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Número de informes emitidos sobre productos anunciados en diferentes medios de comunicación, junto con los recogidos a través de demandas y reclamaciones.
2. Número de medidas especiales adoptadas según los informes emitidos.

PROTEGER Y PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

OBJETIVO 11. Reducir los riesgos para la salud asociados a los alimentos y al medio ambiente.

ESTRATEGIAS:

A) En relación con los alimentos:

1. Crear y poner en funcionamiento la Agencia Andaluza de Seguridad y Calidad Alimentaria.
2. Desarrollar el Sistema de Análisis de Riesgos como base de la política de seguridad alimentaria en Andalucía.
3. Promover acuerdos entre las distintas Administraciones Públicas implicadas, las organizaciones empresariales y las organizaciones de consumidores.
4. Potenciar la gestión de riesgos alimentarios y su comunicación en la Administración local.
5. Adaptar la organización de los servicios de control oficial para la supervisión, mediante técnicas de auditoría, de los sistemas de autocontrol por parte de las empresas alimentarias.
6. Determinación de la ingesta de nutrientes y posibles contaminantes en la dieta de la población en Andalucía y su distribución por edad, sexo y clase social.
7. Desarrollar programas de prevención de enfermedades asociadas a los hábitos alimentarios.

B) En relación con el medio ambiente:

1. Desarrollar planes de prevención y control de los riesgos físicos, químicos y biológicos de mayor prevalencia e impacto social.
2. Potenciar acciones intersectoriales que reduzcan los riesgos y el desarrollo sostenible.
3. Diseñar y aplicar un sistema de información y evaluación de los riesgos medioambientales para la salud.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO

A) En relación con los alimentos:

1. Incorporación efectiva de todos los sectores relacionados con la cadena alimentaria a la Agencia Andaluza de Seguridad y Calidad Alimentaria.
2. Acreditación de profesionales para la supervisión de los sistemas de control de seguridad alimentaria.
3. Establecer convenios para alcanzar objetivos de seguridad alimentaria entre las empresas del sector alimentario y el control oficial.
4. Aplicación efectiva de los sistemas de autocontrol por parte de las empresas alimentarias.

5. Llevar a pleno efecto las funciones atribuidas a las Corporaciones locales en el ámbito de la seguridad alimentaria.

B) En relación con el medio ambiente:

1. Establecimiento de convenios con Entidades públicas y privadas en materia de control y reducción de riesgos ambientales.
2. Conocimiento y control de nuevos riesgos relacionados con el agua de consumo.
3. Control de las instalaciones relacionadas con el riesgo de transmisión de la legionelosis.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

A) En relación con los alimentos:

1. Proporción de empresas acogidas a convenios para el logro de objetivos de seguridad alimentaria.
2. Proporción de Ayuntamientos que integran el riesgo alimentario en sus funciones o procesos de gestión.
3. Proporción de agentes de control sanitario capacitados para la supervisión de sistemas de autocontrol.
4. Proporción de empresas en las que es valorada su situación de control del riesgo con la supervisión de su sistema de autocontrol.

B) En relación con el medio ambiente:

1. Porcentaje de Municipios con registros actualizados de instalaciones de riesgo frente a la legionela.
2. Porcentaje de instalaciones de riesgo controladas frente a la legionela.
3. Número de persona/día con suministro de agua no apta para el consumo.
4. Número de gestores de zonas de abastecimiento integrados en el Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).
5. Indicadores específicos de actividades de prevención de riesgos ambientales de salud.

PROTEGER Y PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

- OBJETIVO 12** **Disminuir la incidencia de las enfermedades transmisibles. De una forma específica:**
- **mantener el descenso de la incidencia de tuberculosis y potenciar la estrategia de riesgo,**
 - **alcanzar la eliminación del sarampión autóctono en el año 2005,**
 - **mantener el descenso de la incidencia y mortalidad prematura por VIH/SIDA,**
 - **para el año 2008 estabilizar el crecimiento de la legionelosis en Andalucía.**

ESTRATEGIAS:

1. Disminuir la incidencia de las enfermedades susceptibles de inmunización.
2. Promover la utilización racional de antibióticos para prevenir y controlar la resistencia.
3. Investigar el foco en el 100% de los casos de tuberculosis.
4. Desarrollar las estrategias y acciones contempladas en Plan de Eliminación del Sarampión.
5. Desarrollar la estrategias y la acciones contempladas en el Plan VIH/SIDA, con especial énfasis en las vías de transmisión heterosexual y en los grupos de mujeres en situación de mayor riesgo social y sanitario.
6. Plantear el desarrollo de estrategia de riesgo en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
7. Desarrollar un Plan de Legionella en Andalucía.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO

1. Actualización de los programas de inmunización sobre la base de los avances científicos, tecnológicos, el análisis coste-eficiencia y la situación epidemiológica de las enfermedades.
2. Uso racional de los medicamentos en general y de los antibióticos en particular para disminuir la resistencia.
3. Detección e intervención adecuada ante los casos de tuberculosis.
4. Erradicación del sarampión autóctono.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Porcentaje de cepas resistentes a los antibióticos.
2. Tasa de incidencia de TBC y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.
3. Número de casos autóctonos de sarampión.
4. Evolución de la incidencia anual de VIH/SIDA y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.
5. Evolución de la incidencia anual de legionelosis.
6. Evolución de la incidencia anual de las enfermedades vacunables.

VIII. 4. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Priorización de los problemas de salud

El III Plan Andaluz de Salud persigue el objetivo de plantear actuaciones para aquellos problemas de salud -y sus determinantes- que más prevalecen en la población, junto con otras estrategias de participación del ciudadano y la promoción de salud, las garantías de protección, especialmente de grupos con riesgo de exclusión social, o las propuestas transformadoras en tecnología y sistemas, genómica, investigación, etc.

Se debe tener en cuenta la dificultad de intervenir con la misma intensidad en todos los problemas de salud. El tiempo es corto y los recursos, inevitablemente, limitados. Por ello, el conocimiento cada vez más fiable y detallado y la identificación de las causas de mortalidad, morbilidad o repercusión en la calidad de vida de los ciudadanos, obligan a priorizar los esfuerzos de intervención y a enfocarlos en un conjunto seleccionado de ellos.

Los países desarrollados han establecido prioridades para su identificación. Así por ejemplo, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o el Reino Unido han definido criterios para determinar cuáles son los problemas de salud más relevantes. Dichos criterios no siempre se han utilizado con la misma combinación; pese a ello, los problemas detectados suelen ser similares, al ser comunes muchas de las principales causas de muerte, enfermedad y dependencia en los países desarrollados.

Además de fijar los problemas, es necesario definir y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas. A ello hay que añadir la exigencia creciente de conocer cuáles son los resultados de la inversión para su mejora, lo que obliga a una evaluación periódica de las intervenciones y, en función de ella, a una nueva planificación.

El por qué de los planes

Una de las alternativas para actuar ante los problemas de salud en corto periodo de tiempo, con estrategias adecuadas y eficientes, es la elaboración de Planes Integrales de Salud, ya que los mismos permiten:

- Identificar un problema de salud relevante.
- Analizarlo junto con sus agentes causales.

- Definir las intervenciones y estrategias más recomendables frente al problema y sus determinantes y adecuar las mismas a las situaciones y necesidades específicas de género.
- Desarrollar las actividades de prevención, educación y promoción de la salud, organización de los servicios y todas aquellas que ayuden al tratamiento integral del problema de salud (formación, investigación, ...).
- Plantear los mecanismos de evaluación de estas intervenciones, de tal modo que se garantice la equidad.

Por otra parte, la elaboración de Planes integrales permite ajustar una serie de circunstancias cuya mejora redundará directamente en la eficacia y eficiencia de la gestión de los problemas seleccionados.

Así, con los Planes integrales también se pretende:

- Ajustar el desfase entre las expectativas de los ciudadanos y la oferta de servicios.
- Aumentar la efectividad y la seguridad de las prácticas médicas.
- Aumentar la disponibilidad del volumen de información sanitaria y clínica.
- Lograr la coherencia de las prioridades en materia de investigación, formación, sistemas y tecnologías de información, etc.

En definitiva, los Planes integrales permiten articular las intervenciones sanitarias de mayor relevancia para la mejora de la salud y la calidad de vida en Andalucía.

Áreas de actuación

Bajo este prisma, el III Plan Andaluz de Salud propone como estrategia de actuación la elaboración de Planes integrales para las siguientes áreas (sin descartar la posibilidad de abordar otras de forma integral si el tiempo y los recursos disponibles lo permiten):

- Cáncer.
- Enfermedades del corazón.
- Accidentes.
- Diabetes.
- Salud mental.
- Problemas osteoarticulares.
- Atención a la dependencia.

La actuación para estos problemas de salud garantizaría que se están abordando las enfermedades y situaciones más prevalentes que, por una parte, causan la mayor mortalidad en la población general (cáncer y enfermedades del corazón), o en la población joven (accidentes), con la consiguiente repercusión en años de vida perdidos. Además, se estará participando activamente en el control de problemas de salud como la diabetes, cuya elevada prevalencia y su papel desencadenante de otras causas de muerte aconsejan un control

exhaustivo. O en el área de la salud mental, en la que el coste en consumo de recursos, calidad de vida y sensibilidad social obligan también al desarrollo de actuaciones prioritarias. Junto a ello, la actuación integral ante las enfermedades osteoarticulares (que son consideradas por la población como las más prevalentes, especialmente en lo referido al dolor y la recuperación funcional y que además originan un elevado consumo de recursos así como un alto grado de discapacidad funcional) garantiza que durante el próximo periodo se estarán abordando los principales problemas de salud de la población en Andalucía.

Por otro lado, el trabajo integral de la atención a la dependencia da respuesta a una importante necesidad sentida de la población, con un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas, las familias y los cuidadores.

**Estrategias de
educación
para la salud**

Los Planes integrales proponen no sólo actuaciones de organización de servicios y de gestión activa de los problemas, sino también estrategias de prevención primaria, educación y promoción de la salud. A través de ellos se potenciará la actuación sobre los factores determinantes, individuales y colectivos: consumo de tabaco, alcohol, drogas, alimentación, actividad física, entornos y prácticas seguras... En definitiva, se incidirá sobre los principales condicionantes de la salud, lo que contribuirá a prevenir y reducir su magnitud futura.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 13: Desarrollar el Plan Integral de Oncología 2002-2006, evaluar su cumplimiento en 2005, y adaptar y establecer nuevas actuaciones para el periodo 2006-2008.

ESTRATEGIAS:

1. Reducción del riesgo de cáncer a través de la prevención primaria, la educación y promoción de la salud (dieta mediterránea, disminución del tabaquismo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, potenciación del consejo genético, ...).
2. Detección temprana del cáncer a través del diagnóstico precoz (equidad geográfica en la detección del cáncer de mama, adecuación de la detección de cáncer de cuello uterino según los estándares de calidad del proceso, valoración de las técnicas de cribado del cáncer colorrectal...).
3. Mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes a través de la gestión del proceso asistencial oncológico e implantación del modelo de cuidados paliativos en el núcleo familiar.
4. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente, potenciando la red andaluza de asistencia oncológica (unidades multidisciplinarias, las consultas de alta resolución, adecuación tecnológica de los equipos de tratamiento en radioterapia, las nuevas unidades de braquiterapia...).
5. Priorizar la docencia e investigación oncológicas vinculadas a la clínica y a la efectividad de las acciones.
6. Mejorar los sistemas de información (cuadro de mando integral sobre el cáncer, registro de tumores infantiles, desarrollo progresivo de registros poblacionales).

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Disminuir la incidencia y la mortalidad prematura, mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Tasa de incidencia estimada de todos los cánceres (excepto el de piel no melanoma) y los más frecuentes (pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago).
2. Años potenciales de vida perdidos debidos al cáncer, por cada 100.000 habitantes, del total y de los más frecuentes.
3. Porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios no precoces de mama, colon y recto, y cérvix.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 14: Plan Integral de Enfermedades del Corazón 2003-2008 para reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades cardíacas en Andalucía, así como mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

ESTRATEGIAS:

1. Potenciar medidas preventivas en toda la población con riesgo cardiovascular: prevención primaria, educación y promoción de la salud a través de actuaciones sobre factores individuales y colectivos (tabaco, alimentación, alcohol, ejercicio físico,...).
2. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
3. Garantizar a los pacientes con enfermedades del corazón una atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial, en especial en los siguientes procesos: dolor torácico, insuficiencia cardíaca y arritmias.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Reducir la mortalidad prematura por enfermedades cardíacas, mejorar la calidad de vida de los pacientes garantizando la adecuación de los servicios y la satisfacción de sus expectativas de los pacientes.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Años potenciales de vida perdidos por enfermedad coronaria por 100.000 habitantes.
2. Tiempo de demora en la atención al paciente con dolor torácico, atribuible al paciente y al Sistema Sanitario.
3. Grado de adecuación a las normas básicas de calidad del tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 15: Plan Integral de Accidentabilidad 2003-2008 para reducir la morbi-mortalidad y la discapacidad.

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar estrategias de intervención a través de la educación y promoción de salud sobre los factores de riesgo relacionados con hábitos y comportamientos que incrementan el riesgo de accidentes.
2. Disminuir la morbi-mortalidad y la discapacidad por accidentes – especialmente de los niños y mayores (accidentes domésticos), de los jóvenes y adultos (accidentes de tráfico) y los trabajadores (accidentes laborales) – a través de la mejora de la gestión del proceso asistencial.
3. Potenciar la atención y recuperación funcional.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Reducir la morbi-mortalidad y la discapacidad por accidentes, especialmente de los niños y mayores (accidentes domésticos), de los jóvenes y adultos (accidentes de tráfico) y de los trabajadores (accidentes laborales), así como potenciar la atención y la recuperación funcional.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Tasa de incidencia de accidentes laborales por grupos de edad y sexo.
2. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico por grupos de edad y sexo.
3. Incidencia de la incapacidad permanente debida a accidentes laborales.
4. Tasa de incidencia anual de accidentes de tráfico graves y leves por grupos de edad y sexo.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 16: Plan Integral de Diabetes 2003-2008. Evaluar su cumplimiento en 2005 y adaptar o plantear nuevas líneas para el período 2006-2008.

ESTRATEGIAS:

1. Mejorar la información al ciudadano (campañas en los centros, garantía de acceso a través del teléfono de 24 horas, información vía Internet, ...).
2. Reducir el riesgo de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 a través de la prevención primaria (cribado oportunista de factores de riesgo, aplicación de técnicas de entrevista motivacional y sesiones de educación en grupos, ...).
3. Desarrollar estrategias de intervención sobre los factores de riesgos relacionados con los hábitos a través de la educación y la promoción de la salud (fomento de patrones de alimentación y actividad física saludables).
4. Detección temprana de las personas con diabetes, para evitar la aparición de complicaciones agudas y el desarrollo de procesos crónicos (cribado oportunista, cribado de diabetes gestacional, evaluación postparto de los casos, identificación de zonas de probable infradiagnóstico...).
5. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
6. Implantación del Proceso Asistencial Integrado Diabetes.
7. Adecuación tecnológica.
8. Priorizar la docencia e investigación para la lucha contra la enfermedad y sus repercusiones.
9. Mejorar los sistemas de información.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Reducir el impacto de la diabetes (complicaciones y mortalidad), mejorar la calidad de vida de los pacientes y garantizar la adecuación de los servicios, así como la satisfacción de sus expectativas.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Estimaciones de la incidencia de la diabetes tipo 2 .
2. Incidencia de la insuficiencia renal asociada a la diabetes.
3. Incidencia de la ceguera asociada a la diabetes.
4. Incidencia de amputaciones secundarias a diabetes.
5. Mortalidad por diabetes y sus complicaciones.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 17 Plan Integral de Salud Mental 2003-2008: elaboración y desarrollo.

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar acciones dirigidas a promover la salud mental, a prevenir la dependencia de psicofármacos, a fomentar hábitos saludables de sueño y a controlar el estrés.
2. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales, así como el de sus entornos más cercanos.
3. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente e incorporar la perspectiva de género.
4. Garantizar a los pacientes con trastorno mental una atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial, desde la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
5. Aumentar el grado de información de la población en Andalucía y de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre las enfermedades mentales.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Asegurar una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial, que posibilite la reinserción social de las personas con trastorno mental.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Prevalencia de problemas de ansiedad y depresión y su distribución según el género.
2. Prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria y su distribución según el género.
3. Prevalencia de trastorno del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia.
4. Mortalidad por suicidio y su distribución según el género.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 18: Plan integral de atención a la población con problemas osteoarticulares crónicos 2004-2008, con especial referencia a la atención al dolor y a la recuperación funcional.

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar estrategias de intervención sobre los factores de riesgo relacionados con los hábitos y los comportamientos que favorezcan la aparición de problemas osteoarticulares, a través de la educación y promoción de salud que incorpore la perspectiva de género.
2. Reducir el impacto de la enfermedad osteoarticular (complicaciones y discapacidad) y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
3. Garantizar una atención sanitaria resolutive, eficiente y que dé respuesta a las expectativas de los pacientes a través de la mejora de la gestión del proceso asistencial.
4. Potenciar la atención al dolor y la recuperación funcional.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Reducir el impacto de la enfermedad osteoarticular (complicaciones y discapacidad), mejorar la calidad de vida de los pacientes y garantizar la atención sanitaria resolutive que dé respuesta a las expectativas de los pacientes según el género.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Prevalencia de la enfermedad osteoarticular según el género.
2. Percepción de salud de las personas con enfermedades osteoarticulares.
3. Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria en personas con enfermedades osteoarticulares.
4. Porcentaje de personas diagnosticadas de enfermedad osteoarticular en programas de rehabilitación.

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA MORTALIDAD PREMATURA Y LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PLANES INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, LOS ACCIDENTES, LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES Y A FAVOR DE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

OBJETIVO 19: Plan Integral de Atención a la Dependencia 2004-2008 para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus cuidadores, en consonancia con el Plan Integral a las Personas Discapacitadas.

ESTRATEGIAS:

1. Incorporar estrategias de intervención sobre los factores de riesgo: accidentes, caídas de personas mayores, inmovilizaciones prolongadas, etc.
2. Asegurar la atención precoz de problemas de salud, que puedan llevar a situaciones de dependencia, con especial atención a la recuperación funcional precoz.
3. Desarrollar un modelo de organización de servicios a las personas dependientes, que contemple la necesaria colaboración entre las Administraciones, para un sistema integral de cuidados de larga duración y que tenga en cuenta el entorno más adecuado.
4. Asegurar los servicios necesarios, que permitan a los cuidadores su plena participación social.
5. Establecer compromisos y alianzas entre los agentes sociales y las instituciones para la implantación del Plan.
6. Impulsar la implantación de nuevas tecnologías en la aplicación del Plan, en línea con lo avanzado en el Plan Andaluz de Alzheimer.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO

1. Incrementar la autonomía de las personas en situación de dependencia.
2. Incrementar la participación social de los cuidadores principales.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Prevalencia de las situaciones de dependencia.
2. Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria de personas dependientes.
3. Población diana con atención en domicilio (sanitaria y social).
4. Satisfacción de los cuidadores.

VIII.5 REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS COLECTIVOS EXCLUIDOS

El III Plan Andaluz de Salud se propone desarrollar políticas sociales para reducir las desigualdades y mejorar el control de los determinantes de la salud de las personas y grupos que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social.

Es evidente que la salud es peor en los grupos sociales con ingresos bajos o que viven en condiciones de vida precaria y en lugares no saludables.

Las tasas de actividad y empleo, aún cuando han aumentado significativamente, no presentan un crecimiento homogéneo. Hay Provincias que ostentan mayor tasa de paro y también peores indicadores de salud.

A medida que baja la escala social y educativa, el estado de salud tiende a empeorar. En la misma dirección influye también el vivir en condiciones precarias o en barriadas no saludables.

Las desigualdades sociales en salud, la pobreza y la exclusión social tienen como común denominador el hecho de ser evitables. Por tanto, “inaceptables moral y socialmente”, aun cuando dependa en gran medida de la capacidad para poner en marcha estrategias interinstitucionales de elevada complejidad.

La exclusión social es un fenómeno dinámico y multidimensional, que adopta diversas formas de expresión y en el que pueden diferenciarse varios itinerarios y estadios, cuyas consecuencias entrañan situaciones de precariedad, desigualdad social, aislamiento, desarraigo y exclusión.

La exclusión social describe la situación en la que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil, o cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales y culturales) son tan inadecuados que no les permiten disfrutar de salud y calidad de vida aceptables. En estas situaciones, a menudo las personas no pueden ejercer plenamente sus derechos fundamentales.

En la exclusión pueden identificarse situaciones en las que se pone de manifiesto:

- Pobreza,
- dificultad en la integración laboral,
- problemas de acceso a la educación y los mínimos grados educativos,
- ausencia de hogar, familias desestructuradas,
- residencia en zonas, barriadas o comunidades con múltiples carencias,

- limitaciones físicas y psíquicas,
- ausencia o déficit de apoyo familiar y social,
- ámbitos de marginación social (adicción a drogas, internos en centros penitenciarios,...).

Pero la exclusión va más allá. Implica fracturas en el tejido social y la ruptura de ciertas coordenadas básicas de integración. La aparición de una nueva escisión social en términos de 'dentro' y 'fuera' es generadora de lo que podríamos calificar como un nuevo sociograma de la exclusión social.

Las personas y grupos excluidos están marginadas de las esferas de influencia social y del acceso a la información. Ello les dificulta la participación social y el control; se encuentran en la periferia económica y social; carecen de poder de decisión para actuar sobre la transformación de su propia realidad. La mayor vulnerabilidad de la mujer está relacionada con su situación laboral. La pobreza puede asimismo empujar a las mujeres a situaciones en las que se ven expuestas a la explotación sexual.

Todo ello hace imposible un trabajo unidimensional y sectorial. La exclusión sólo es susceptible de ser atajada desde la acción colectiva, el tejido social y las políticas públicas. Requiere tratamientos integrales en su definición, y horizontales o transversales en su gestión. Ello implica promover el trabajo en red y el acercamiento del Sistema Sanitario a los lugares excluidos, antes que a la inversa.

Se establecen seis objetivos generales que enmarcan las actuaciones en salud, para todas las personas y grupos en situación de riesgo de exclusión. Para cada caso, se establecen las intervenciones que su situación requiere.

Objetivos generales	Intervenciones
1. Desarrollar la prevención de enfermedades y promover la educación sanitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir focos potenciales de exclusión social, los problemas sociales y ambientales de cada territorio; mitigar los factores de desintegración familiar y combatir las dificultades en el acceso a las nuevas tecnologías. 2. Reducir los factores de riesgo específicos de esta población para lograr su normal integración en el Sistema Sanitario Público en condiciones de igualdad. 3. Apoyo a las ONG para el desarrollo de programas de salud, destinados a personas y en zonas de alto riesgo con educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables. 4. Impulso y potenciación de los municipios y las ONG como factor de cohesión social y agentes de intervención contra la exclusión social.
2. Mejorar los servicios de salud para que sean adecuados, accesibles y asequibles para personas con necesidades especiales.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Asegurar la correcta atención sanitaria (precoz, comprensiva, tecnológicamente adecuada y continuada en el tiempo) por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 6. Establecer protocolos de coordinación socio-sanitaria, que contemplen programas de apoyo social (en áreas de alojamiento, ocupación, empleo, relaciones sociales y tutela jurídica) e impulsar la cooperación con los municipios, las ONG y asociaciones. 7. Personalización de la atención y continuidad de la atención.
3. Apoyo a la solidaridad familiar como factor clave de promoción de la integración social.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Destacar el importante papel que debe desempeñar la familia y promover esencialmente estrategias destinadas a reforzar la capacidad familiar de integración de las personas. 9. Apoyar a las familias cuidadoras que atienden a personas con discapacidad, enfermos, discapacitados, mayores y niños. 10. Impulso y apoyo económico de programas gestionados por las ONG dirigidos a familias cuidadoras.
4. Promover la autonomía y capacidad de decidir por sí mismos.	<ol style="list-style-type: none"> 11. Intervenciones centradas en las personas que mejoren la autonomía, la capacidad de decisión y las competencias sociales. Intervenciones individualizadas hacia los afectados para potenciar su capacidad de mejora personal y familiar, y aprovechar las oportunidades del entorno afectivo y social.

5. Reforzar la participación social.

12. La acción intersectorial y, en particular, la de las Corporaciones locales (Ayuntamientos y ciudadanos, Asociaciones y ONGs) es clave para que las familias reciban apoyo cuando lo necesitan. Mejorar el acceso a los servicios de información en su lugar de residencia y desarrollar el concepto de punto de acceso único como motor de acciones importantes.

6. Acceso a las tecnologías de la información

13. Facilitar a los colectivos desfavorecidos el acceso a las tecnologías de la información.
14. Promover el acceso a Internet de las personas desfavorecidas.
15. Extender las nuevas tecnologías al ámbito de las ONG que realizan programas para la inclusión social.
-

REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS COLECTIVOS EXCLUIDOS.

OBJETIVO 20: Desarrollar una política de reducción de desigualdades sociales en salud.

ESTRATEGIAS

1. Realizar un estudio y seguimiento de las desigualdades sociales ante la salud, en el ámbito autonómico y local, con especial énfasis en la salud reproductiva y perinatal.
2. Desarrollar estrategias de educación y promoción de salud orientadas a la reducción de la prevalencia asociada a situaciones socioeconómicas, de género, consumo de tabaco y otras adicciones, actividad física, dieta y sobrepeso.
3. Potenciar las intervenciones intersectoriales en el ámbito local para actuar sobre los determinantes y situaciones que generan desigualdad (de género, económica, laboral, edad, discapacidad etc.).
4. Promover la equidad en el acceso e igual atención (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) para el mismo problema de salud.
5. Elaborar y poner en marcha un observatorio de las desigualdades sociales en salud.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Reducir la morbi-mortalidad generada por diferentes niveles socioeconómicos de la población en Andalucía.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

Diferencia de tasas de mortalidad por género, por ámbito geográfico y por Municipios en función de niveles socioeconómicos.

REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS COLECTIVOS EXCLUIDOS.

OBJETIVO 21: Atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

Favorecer el acceso de las personas excluidas, la continuidad de su atención y su inserción o reinserción social de forma que mejore su morbi-mortalidad.

1. Personas extranjeras sin recursos.

ESTRATEGIAS

1. Mejorar el acceso al Sistema Sanitario Público en condiciones de equidad.
2. Disminuir la incidencia de los problemas de salud de esta población.
3. Facilitar información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación cultural.
4. Facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas extranjeras que residen en Andalucía.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de centros sanitarios que realizan algún tipo de captación activa de población extranjera sin recursos, para prevenir problemas de salud evitables y prestar atención sanitaria a personas con enfermedades.
2. Número de centros sanitarios que cuentan con material de apoyo a los profesionales sanitarios, del Sistema Sanitario con la finalidad de facilitar la actuación según la zona geográfica de procedencia del usuario.

2. Personas con trastorno mental severo y carencia de recursos y redes sociales.

ESTRATEGIAS

1. Asegurar un adecuado seguimiento de la atención sanitaria con énfasis en la atención domiciliaria.
2. Impulsar el desarrollo y coordinación con programas de apoyo social (en áreas de alojamiento, ocupación, empleo, relaciones sociales y tutela jurídica, considerando la situación y necesidades específicas de hombres y mujeres).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de proyectos coordinados entre los servicios sanitarios y otras instituciones u organizaciones sociales autonómicas o municipales con objeto de mejorar la atención sociosanitaria de las personas con trastorno mental severo, sin recursos y que viven solas.
2. Porcentaje de personas con trastorno mental severo, sin recursos y solas, a las que se hace un seguimiento social, y una nueva captación después de comprobar su absentismo en las consultas de una unidad de salud mental.

3. Población privada de libertad y carente de recursos y apoyo social.**ESTRATEGIAS**

1. Mejorar la coordinación para el control y el seguimiento de la salud de las personas internas.
2. Asegurar la continuidad de la atención sanitaria según proceso.
3. Participar en el proceso de reinserción social con el adecuado apoyo sociosanitario.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de consultas a especialidades, en centros del Sistema Sanitario, de personas privadas de libertad a las que se les realiza una consulta por acto único.
2. Incidencia de infección por enfermedades evitables en las personas privadas de libertad.
3. Número de personas que, a la salida de centros penitenciarios, tienen asignado médico y centro de salud.

4. Víctimas de violencia de género, contra la infancia y las personas mayores.**ESTRATEGIAS**

1. Mejorar la detección y atención temprana de los casos de abandono, maltrato de niños, mujeres y mayores.
2. Garantizar una respuesta unificada, adecuada y positiva a los casos de malos tratos a los niños, mujeres y mayores.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de acciones de coordinación entre instituciones relacionadas con los malos tratos, con objeto de garantizar la respuesta institucional ante la sospecha o caso de maltrato.
2. Número de partes de lesiones por habitantes emitidos y porcentaje de partes de lesiones correctamente cumplimentados.

5. Personas sometidas a explotación sexual.

ESTRATEGIAS

1. Desarrollar medidas de prevención, atención sanitaria y rehabilitación psicosocial de las víctimas de explotación sexual sin recursos y sin apoyo social.
2. Desarrollo del plan de actuación sanitaria en materia de prostitución

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

Porcentaje de cobertura del Plan de actuación sanitaria en materia de prostitución

6. Familias residentes en barriadas en situación o riesgo de exclusión social

ESTRATEGIAS

Impulsar estrategias de riesgo, individuales y colectivas, de manera que se asegure el acceso a actividades de prevención, promoción (especialmente los niños con deficiente escolarización) y atención sanitaria de todos sus habitantes.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Cobertura de equipos de Atención Primaria de barriadas en riesgo de exclusión social, con acciones basadas en agentes sociales, con objeto de promover hábitos de vida saludables, facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las medidas preventivas.
2. Porcentaje de niños que, al cumplir los dos años, tienen vacunación completa en las barriadas en riesgo de exclusión social.

7. Personas con adicciones.

ESTRATEGIAS

1. Reducir el riesgo o los daños derivados del consumo de drogas.
2. Orientar y favorecer la continuidad de la atención sanitaria, junto a los servicios específicos de otros sectores, con el establecimiento de protocolos de derivación y coordinación entre ellos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Número de procedimientos coordinados desarrollados entre centros de drogodependencias para el control y seguimiento de enfermedades transmisibles, embarazo y prevención de cáncer de cérvix.
2. Número de pacientes en el programa sustitutivo con metadona, con historias clínicas e historias familiares abiertas en su centro de salud u otro centro sanitario.

VIII.6. GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LOS CIUDADANOS EN LA ORIENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

Las políticas de salud en los Sistemas Sanitarios Públicos alcanzan su verdadera dimensión cuando, además de estar centradas en el ciudadano, cuentan con su participación efectiva. La participación es el motor que pone en marcha el compromiso que la sociedad y los ciudadanos deben asumir ante los Servicios de salud.

Cuando se trata de analizar la participación o la implicación de los ciudadanos en los servicios que reciben, los aspectos clave pueden resumirse en dos: cómo se escucha al ciudadano y qué poder o capacidad de influencia tiene sobre la toma de decisiones.

En el sector sanitario este proceso se acentúa dada la importancia que la sociedad concede a la salud. La demanda de información crece día a día y este fenómeno es aún mayor en el ámbito sanitario. Los ciudadanos quieren conocer no sólo los últimos avances en Medicina, los nuevos tratamientos y opciones terapéuticas, sino también cómo prevenir enfermedades, cómo mejorar la salud, y qué evidencias científicas, diagnósticas y terapéuticas existen sobre la enfermedad.

Con el desarrollo de la Ley de Salud de Andalucía se ha avanzado significativamente. Existen estructuras institucionales iniciadas ya y experiencias y proyectos del Sistema Sanitario Público de Andalucía de muy diverso tipo y trayectoria: la incorporación desde 1999 de la opinión de los ciudadanos (en términos de medición y análisis de satisfacción a gran escala) en la planificación y gestión de los servicios sanitarios; convenios de colaboración con organizaciones de ciudadanos; puesta en marcha de nuevas estructuras de participación, como los Consejos de Salud de Área; desarrollo del movimiento asociativo -asociaciones de autoayuda, grupos de edad y de género- o voluntariado general o específico, en el caso de hospitalizados; desarrollo de la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos; etc.

Todo ello es un reflejo de la apuesta que hace la Ley de Salud de Andalucía, decididamente, por el papel central del ciudadano, así como por controlar los factores que inciden en su salud personal y colectiva. En definitiva, apuesta por fomentar la participación.

Con esta nueva propuesta incluida en el III Plan Andaluz de Salud se ha pretendido definir e impulsar una estrategia capaz de orientar las políticas de participación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía acorde con el nuevo papel que han de desempeñar los ciudadanos en los próximos años.

Se trata de generar un nuevo tipo de relación ciudadano-Sistema Sanitario Público de Andalucía en la que el primero tenga más capacidad de:

- **Tener información:** sobre aspectos de su salud, que le posibilite una mejor decisión y una mayor participación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **Influir:** adquirir un mayor y más efectivo protagonismo en la toma de decisiones tanto en los aspectos de salud como de planificación, gestión y mejora de los servicios.
- **Estar presente:** tener el reconocimiento explícito como elemento irrenunciable de la legitimación del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esto se hace mediante estructuras formales que potencien y hagan tangible dicha presencia, como el Consejo Andaluz de Salud, el Consejo de Salud de Área, y otras comisiones de participación, o asociaciones de autoayuda, voluntariado o grupos de edad.
- **Elegir:** tener derecho a tomar decisiones que le afectan exclusivamente a él, como son la elección del profesional y del centro sanitario, o la formulación de voluntades vitales anticipadas con repercusión sanitaria, entre otras opciones.
- **Ser escuchado:** derecho a expresar opiniones y sugerir mejoras en los servicios sanitarios recibidos. Es el deber que tiene el Sistema Sanitario Público de Andalucía de poner a su disposición canales adecuados, para facilitar el ejercicio de este derecho, fomentarlo activamente y mejorar la formación de los profesionales sanitarios.
- **Ser atendido eficazmente:** derecho a recibir un servicio de calidad integral, tanto en sus aspectos científico-técnicos como humanos, orientado al resultado y desde un enfoque de la relación del profesional con el usuario y de éste con el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por otro lado, a menos que se posea información suficiente, relevante y apropiada, no es posible ejercer el derecho de elección o manifestar preferencias fundadas. De ahí la asociación imprescindible que ha de existir entre los mecanismos de participación y la disponibilidad de información, incluyendo además las oportunidades que proporciona la incorporación de las nuevas tecnologías de la información. La vinculación participación-información es lo que otorga sentido último y capacidad al proyecto en sí.

GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LOS CIUDADANOS EN LA ORIENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

OBJETIVO 22: Responder como organización que escucha a los ciudadanos

ESTRATEGIAS

1. Potenciar la representatividad ciudadana a través de los órganos de participación comunitaria: Consejo Andaluz de Salud, Consejos Territoriales , Consejos de Salud de Área y otros cauces que se puedan establecer.
2. Favorecer la participación de otras organizaciones sociales: movimiento organizado y representativo (asociaciones vecinales, grupos de pacientes etc.).
3. Impulsar, analizar y evaluar los resultados y aportaciones recogidas a través de los diferentes canales de participación y fuentes de información de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y potenciar especialmente el derecho a la elección (libre elección de profesional, centro público o la formulación de voluntades vitales anticipadas entre otras opciones) así como la capacidad de influencia y presencia del ciudadano a través de:
 - Canales de participación en los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
 - Encuestas de satisfacción de usuarios.
 - Análisis y gestión de reclamaciones.
 - Grupos focales con pacientes y usuarios.
 - Foros de opinión.
 - Espacios de participación en la definición de modelos de acreditación de centros y profesionales.
4. Dar respuesta a las sugerencias, aportaciones, opiniones y decisiones de los ciudadanos (escucha efectiva):
 - Adaptación permanente de los servicios e instituciones a las necesidades en continuo cambio de los ciudadanos andaluces.
 - Potenciar la interactividad ciudadano-Sistema Sanitario Público de Andalucía por medio de las nuevas tecnologías y potenciar la efectividad de los canales clásicos.
5. Desarrollar grupos de trabajo en las instituciones, con la participación de usuarios, asociaciones, representantes municipales... que permitan detectar y abordar diferentes tipos de problemas en los centros.
6. Impulsar desde las diferentes instituciones el desarrollo de encuentros y jornadas de interés para los ciudadanos con las asociaciones de vecinos de la zona, las asociaciones de consumidores y usuarios y la administración local.
7. Establecer la participación de las asociaciones de consumidores y usuarios, y de los ciudadanos en la acreditación - verificación del ejercicio de los derechos de los mismos en las instituciones sanitarias.
8. Potenciar los mecanismos necesarios que garanticen el mantenimiento y mejora de los cauces establecidos para la participación asociativa a través de grupos de autoayuda, asociaciones de consumidores y usuarios y asociaciones de pacientes.
9. Incentivar e impulsar el papel de los profesionales en el fomento de la participación de los ciudadanos.
10. Colaborar con las organizaciones en facilitar una formación específica al voluntariado para mejorar la calidad de su acción voluntaria.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO

Lograr la participación ciudadana dentro de la organización sanitaria para que, desde la perspectiva del ciudadano-paciente-usuario, traduzca las necesidades y expectativas manifiestas de políticas sanitarias innovadoras y representativas del sentir de la sociedad andaluza.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Grado de identificación y satisfacción del ciudadano.
2. Número de foros de opinión ciudadana.
3. Número de actividades realizadas (estructuradas y puntuales) por los órganos de participación: Consejo Andaluz de Salud, Consejo de Salud de Área, Consejos Territoriales, asociaciones de consumidores, de pacientes, científicas, empresarios,.....
4. Indicadores que midan la satisfacción con los mecanismos de reclamación y con la respuesta a las reclamaciones.
5. Número de jornadas y encuentros de interés para los ciudadanos organizadas por Áreas de Salud.

GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LOS CIUDADANOS EN LA ORIENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

OBJETIVO 23: Garantizar la información al ciudadano para la toma de decisiones sobre su salud y sobre la mejora de los servicios, con especial atención a:

- 1. Potenciar la información al ciudadano sobre aspectos relevantes relacionados con la salud colectiva.**
- 2. Garantizar que el ciudadano pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la utilización de los servicios sanitarios.**
- 3. Garantizar que los centros sanitarios incorporen en su actividad las opiniones y expectativas del usuario.**

ESTRATEGIAS

1. Facilitar información sobre los derechos y deberes del ciudadano en todo lo relacionado con la salud, así como sobre los mecanismos de participación efectiva.
2. Facilitar y mejorar la información sobre aspectos sanitarios relevantes desde el punto de vista de la salud colectiva, así como la información necesaria para la toma de decisiones del paciente y familiares sobre su salud.
3. Impulsar la difusión de la información sanitaria a través de los medios de comunicación de titularidad pública.
4. Proporcionar información útil para el ciudadano de forma periódica, actualizada y transparente sobre la actividad y calidad asistencial de los centros y sus resultados.
Se facilitará información sobre:
 - Actividades educativas y preventivas.
 - Accesibilidad y tiempo de respuesta asistencial.
 - Utilización de los servicios.
 - Indicadores de resultados en salud.
5. Desarrollar planes de formación para los profesionales que fomenten la implicación de éstos en la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos.
6. Incorporar las expectativas de usuarios y familiares en la elaboración de los estándares de calidad para la acreditación de servicios.
7. Mantener, mejorar y extender las encuestas de satisfacción a los ciudadanos con la difusión adecuada de resultados e incorporación de éstos a los planes de mejora asistencial.
8. Incluir planes de mejora en los distintos ámbitos asistenciales y administrativos que recojan las medidas necesarias para aumentar la calidad percibida a partir de las expectativas y satisfacción expresadas por los ciudadanos.
9. Desarrollar la normativa y los procedimientos que hagan efectivos o potencien los derechos del ciudadano a la libre elección, declaración de voluntades vitales anticipadas, segunda opinión médica y todos aquellos relacionados con el derecho de autonomía del paciente, en coordinación con otras Consejerías.
10. Establecer los mecanismos necesarios que permitan realizar el seguimiento y la evaluación de su cumplimiento para el ejercicio de estos derechos.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

1. Poner a disposición de los ciudadanos la información relativa a accesibilidad, tiempos de respuesta y actividad, así como los indicadores de salud pública y de satisfacción.
2. Mejorar el conocimiento de los profesionales sobre las expectativas de los ciudadanos y sus opiniones sobre los servicios sanitarios.
3. Desarrollar planes de formación dirigidos a los profesionales con objeto de capacitarlos para interpretar y tener en cuenta las expectativas y necesidades de los ciudadanos.
4. Incorporar objetivos evaluables de satisfacción de los usuarios en los contratos de gestión y planes de mejora de los centros.
5. Asegurar la información suficiente, incorporando las alternativas posibles para garantizar que los pacientes puedan tomar decisiones o participar en ellas, según sus preferencias.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Información disponible en la página web del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre:
 - Tiempos de respuesta asistencial para especialidades, consultas externas, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.
 - Actividad y resultados de salud de los servicios sanitarios.
 - Indicadores de salud pública.
2. Información disponible en papel (folletos, etc.) en todos los centros sanitarios sobre lo anteriormente expuesto.
3. Número de consultas realizadas al banco de expectativas de pacientes.
4. Número de planes de mejora de centros sanitarios que incluyen objetivos de satisfacción de usuarios.
5. Número de medidas correctoras, implantadas por los centros, de las recogidas en los contratos de gestión y planes de mejora.
6. Número de personas que realizan alguna solicitud en relación con la libre elección de centro y profesional de atención primaria y especializada.
7. Porcentaje de demanda satisfecha de libre elección en relación a centro y profesional de Atención Primaria y Especializada.
8. Número de personas que efectúan alguna solicitud de segunda opinión médica.
9. Porcentaje de demanda satisfecha de segunda opinión médica.
10. Número de declaraciones de voluntades vitales anticipadas inscritas en el Registro de declaraciones de voluntades vitales anticipadas.

VIII.7. IMPULSAR LA INCORPORACIÓN Y EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS CON CRITERIOS DE EQUIDAD Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

El impacto de las tecnologías sanitarias debe plantearse como un elemento estratégico de transformación de los Sistemas Sanitarios y de su relación con los ciudadanos.

Por ello, el Sistema Sanitario Público de Andalucía debe lograr que estas tecnologías sean accesibles, que se actualicen de acuerdo a lo que señale la evidencia científica, y que se gestionen y planifiquen con una visión de futuro de la evolución de la demanda y de los avances de la técnica.

Por otra parte, el ciudadano exige que se dé respuesta a su problema de salud en tiempo apropiado; que se le garantice la seguridad de las técnicas; y que se eviten las incidencias, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento. En definitiva, que se le satisfagan sus necesidades y demandas.

El profesional sanitario, en tanto que depositario de estos recursos y de la confianza de la sociedad, desea poder utilizar las tecnologías en las mejores condiciones y de forma segura.

La planificación y gestión de las tecnologías tiene un carácter estratégico dentro de un Sistema Sanitario, especialmente la alta tecnología. Por ello, en Andalucía contamos desde 1999 con la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías en centros sanitarios, que orienta la toma de decisiones en este campo.

Las tecnologías sanitarias son los equipamientos, dispositivos, fármacos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en condiciones clínicas específicas, así como para la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas y de la comunidad¹.

Los factores que hacen que la planificación y la gestión de las tecnologías sanitarias sean elementos fundamentales en el desarrollo estratégico de los servicios sanitarios son:

- La velocidad de crecimiento de las innovaciones. El enorme desarrollo de la investigación sanitaria y su aplicación industrial hacen que las tecnologías actualmente disponibles sean totalmente diferentes a las de hace tan sólo veinte años. A ello, hay que añadir la dificultad para detectar el momento en que una tecnología pasa, de ser experimental, a incorporarse a la práctica cotidiana.

¹ Organización Mundial de la Salud.

- La dificultad para disponer de información objetiva, completa y actualizada, como consecuencia del crecimiento de las publicaciones científicas y del enorme volumen existente. En este sentido, el desarrollo de revisiones sistemáticas ayuda enormemente al proceso de toma de decisiones.
- El aumento de la demanda ciudadana, la necesidad de un número cada vez mayor de prestaciones y la exigencia de una mayor calidad del servicio prestado, obligan a buscar herramientas que permitan priorizar la distribución de los recursos y cuantificar sus efectos sobre los centros sanitarios.

En el año 2000, la Consejería de Salud puso en marcha el desarrollo del Plan Tecnológico que recoge el análisis de la situación de la alta tecnología sanitaria en Andalucía, define su inventario informatizado y establece propuestas de desarrollo futuro.

En síntesis, un enfoque global de las tecnologías sanitarias requiere de la:

- detección rápida de las nuevas tecnologías emergentes.
- disponibilidad de un proceso de evaluación ágil y un seguimiento cercano de su evolución.
- organización de la incorporación de nuevas tecnologías con un procedimiento común.
- provisión de evidencias para prever la reposición de equipos y la sustitución de tecnologías.
- información sobre la toma estratégica de decisiones, que incorpore el impacto previsible y las perspectivas de futuro.

IMPULSAR LA INCORPORACIÓN Y EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS CON CRITERIOS DE EQUIDAD Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

OBJETIVO 24: Garantizar los procedimientos que permitan la detección, gestión y el uso adecuado de las tecnologías sanitarias, orientadas a satisfacer de manera equitativa las necesidades de salud de la población.

ESTRATEGIAS:

1. Mejorar la equidad, el acceso, la eficiencia y la adecuación de las tecnologías sanitarias.
2. Detectar de forma rápida la aparición de las tecnologías emergentes y prever las necesidades futuras de reposición de equipos y sustitución de tecnologías.
3. Sistematizar el proceso de introducción de nuevas tecnologías en los centros sanitarios.
4. Detectar nuevos usos e indicaciones de las tecnologías existentes y sus implicaciones clínicas y sociales (edad, género, clase social).
5. Impulsar y desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades en el uso adecuado de tecnologías sanitarias.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

1. Desarrollo e implantación de un sistema de información de tecnologías sanitarias.
2. Diseño y desarrollo de un inventario de "alta tecnología sanitaria".
3. Utilización sistemática de la evidencia científica para la detección y evaluación de usos e indicaciones de la tecnología existente.
4. Impulsar la utilización efectiva de la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Porcentaje de equipamientos de las principales tecnologías sanitarias, actualizado en el Sistema de Información de Tecnologías Médicas de Andalucía (SITMA).
2. Número mensual y anual de tecnologías emergentes recogidas en el Observatorio de Tecnologías Sanitarias Emergentes de Andalucía.
3. Número de tecnologías analizadas mediante la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT).
4. Número de tecnologías incorporadas al Sistema Sanitario Público de Andalucía tras el análisis con la Guía "GANT".
5. Número de Guías de Práctica Clínica sobre adecuación de uso de tecnologías Sanitarias publicadas electrónicamente en el Sistema de Información de Tecnologías Médicas de Andalucía (SITMA).

VIII.8 IMPULSAR ACCIONES TRANSFORMADORAS DERIVADAS DEL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

La estrategia digital, en el marco del Decreto 72/2003, de 18 de marzo, de Medidas de Impulso de la Sociedad del Conocimiento en Andalucía, y del Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, se define como el proceso organizativo mediante el cual el Sistema Sanitario Público de Andalucía incorpora los sistemas y las tecnologías digitales de la información como escenario y motor de cambio. Es un modelo de integración tecnológica orientada al ciudadano. En términos de calidad se trata de la provisión de servicios accesibles y equitativos, con cualificación profesional óptima, que tiene en cuenta el estado del conocimiento actual y los recursos digitales disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del ciudadano.

La estrategia digital debe contemplar, por tanto, la realidad actual de la sanidad electrónica en todas sus vertientes. En ella, la naturaleza, el entorno, la disciplina, el tiempo de referencia, los puntos clave de presión, la técnica, las claves de los participantes, el papel que desempeña la tecnología y los resultados, van a constituir un mundo de interés absoluto para los ciudadanos que hacen uso del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El hecho de que los servicios sanitarios desempeñen su misión en un medio donde la vida es el factor determinante y clave, bajo la interpretación real y efectiva de la salud, tanto positiva como negativa, hace incuestionable el tratamiento de todo lo concerniente a la información y comunicación digital para la decisión, gestión e intervención sanitaria mediante medios informáticos y telemáticos.

El III Plan Andaluz de Salud debe contemplar la realidad temporal de la estrategia digital del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En esa realidad, los profesionales pueden establecer consultas técnicas, desde un ordenador personal o cualquier otro canal, con una tarjeta gráfica de alta definición, mediante tecnologías de telefonía móvil de última generación, reproducir vía Internet o Intranet cualquier dato de la historia de salud del ciudadano la consulta con otros profesionales, investigadores y científicos del mundo y establecer grupos de diálogo científico, en directo, sobre temas de interés en cualquier área de especialización sanitaria. Es una nueva ordenación y organización de la información al servicio de aquellos que demandan un determinado tipo de información y registro, buscan el mejor servicio digital sanitario a los ciudadanos, en situación de salud o enfermedad.

La estrategia digital del Sistema Sanitario Público de Andalucía es una expresión de la segunda modernización de la Junta de Andalucía al servicio de los ciudadanos.

De esta forma se aborda la integración de las tecnologías de la información orientada al ciudadano. Se crea un nuevo paradigma cuyo objetivo es integrar los sistemas y tecnologías de la información en la red sanitaria en una visión holística de conexión, estandarización, homologación, normalización y certificación del software y de hardware existente y futuro. Esto se hace previa declaración del riesgo digital propio, así como la asunción de información e informática distribuidas, atendiendo siempre a las minorías ciudadanas que tienen menos recursos para acceder a la información, cuidando la opción última directiva respecto de la arquitectura correspondiente a la centralización o descentralización de los recursos informáticos.

Otro aspecto de especial interés es el impacto real de la estrategia digital del sistema en la sociedad andaluza del conocimiento. El sistema ofrece la gran oportunidad de tener un alcance real y efectivo para los ciudadanos, al prestar servicios directos a toda la población protegida.

De acuerdo con las líneas básicas de la Estrategia digital de salud en Andalucía, se relacionan a continuación aquellas metas, ejes de intervención, estrategias e indicadores a través de proyectos, que necesitan una aplicación tecnológica de nivel alto (canales diversos: recursos informáticos, puntos de información digital, telefonía móvil, televisión interactiva, etc.) con extensión a toda la población en Andalucía. La infotecnología de la salud incluye las infraestructuras de soporte digital, que ofrece la integración de los sistemas y tecnologías de la información y la adecuación de dichas infraestructuras a la metodología de procesos en la atención a los ciudadanos. También se contempla la meta que permitirá alcanzar sinergias, en estos procesos, con las Consejerías de la Administración de la Junta de Andalucía que pueden ofrecer valor añadido a la salud, desde la perspectiva de integración de las tecnologías de la información y comunicación al servicio de los ciudadanos.

IMPULSAR ACCIONES TRANSFORMADORAS DERIVADAS DEL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

OBJETIVO 25: Facilitar el acceso de los ciudadanos al Sistema Sanitario Público de Andalucía mediante tecnologías digitales de la información en la sociedad del conocimiento de Andalucía.

ESTRATEGIAS:

1. Garantizar que los ciudadanos puedan obtener información y servicios de salud utilizando medios digitales (telefonía fija, móvil, internet, televisión interactiva, entre otros), sin menoscabo de otros medios. El objetivo es que no se produzca discriminación alguna por falta de recursos informáticos en materia de salud.
2. Garantizar la accesibilidad digital al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Tendrán prioridad aquellas actuaciones demandadas por la población y los medios que favorecen la equidad y alta disponibilidad de recursos y servicios, con especial incidencia en las mujeres, personas mayores y con discapacidad, en el ámbito rural y de más difícil acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
3. Desarrollar los servicios en materia de salud relacionados con la sociedad del conocimiento, a través de la tarjeta sanitaria inteligente del Sistema Sanitario Público de Andalucía como título acreditativo de los derechos a la protección de la salud y a la movilidad geográfica y por su capacidad para garantizar el acceso al Sistema a toda la población en Andalucía.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

Accesibilidad al Sistema Sanitario Público de Andalucía por parte de toda la población en Andalucía a través de tecnologías digitales de la información.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los ciudadanos.
2. Grado de disponibilidad y calidad real de la infotecnología.

IMPULSAR ACCIONES TRANSFORMADORAS DERIVADAS DEL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

OBJETIVO 26: Garantizar el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria digital sobre su salud (Historia de Salud Digital).

ESTRATEGIAS:

1. Garantizar que la población en Andalucía, con derecho a atención sanitaria, acceda a su historia de salud digital, y posea y mantenga la tarjeta sanitaria individual como llave de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Garantizar que los profesionales asignados puedan acceder a la historia de salud digital, en tiempo real, mediante uso restringido y sobre la base de la confidencialidad y protección de datos de carácter personal.
3. Desarrollar los servicios digitales de información al ciudadano en relación con las prestaciones del Sistema, a través del uso racional de la tarjeta sanitaria individual y la base de datos de usuarios.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

Implantación de la historia de salud digital del ciudadano en todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, e integración a la base de datos de usuario.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los ciudadanos.
2. Implantación real y permanente de la tarjeta sanitaria individual: cobertura.
3. Número de accesos y de interacciones con el Sistema.

IMPULSAR ACCIONES TRANSFORMADORAS DERIVADAS DEL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

OBJETIVO 27: Favorecer el acceso a las prestaciones sanitarias a través de la tarjeta sanitaria individual.

ESTRATEGIAS:

1. Garantizar el acceso a todas las oficinas de farmacia de Andalucía mediante la tarjeta sanitaria individual.
2. Garantizar el acceso a los diferentes servicios del Centro de Información y Servicios al Ciudadano (CEIS), como puerta de entrada al Sistema mediante la identificación de la tarjeta sanitaria y la firma digital.
3. Garantizar el acceso de la población en Andalucía a los servicios de telemedicina y entornos virtuales de salud, con especial atención al entorno rural y a las emergencias, a través de la tarjeta sanitaria, con la garantía de la firma digital.
4. Desarrollar los servicios digitales de información al ciudadano en relación con las prestaciones farmacéuticas a través del uso racional de la tarjeta sanitaria individual y de los sistemas multicanal: telefonía móvil y fija, Internet, televisión interactiva, y tecnología inalámbrica y vía satélite.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

1. Accesibilidad de todos los ciudadanos a las prestaciones sanitarias (ejemplo: medicamentos) a través de la Tarjeta Sanitaria Individual y Centro de Información y Servicios al ciudadano (CEIS).
2. Implantación y desarrollo de programas de entornos virtuales de salud: telemedicina (posibilidad real de consultas virtuales para el ciudadano).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los ciudadanos.
2. Porcentaje global de utilización de la receta digital con la tarjeta sanitaria individual.
3. Número de accesos e interacciones con el CEIS.
4. Número de estudios y análisis realizados a través de programas de telemedicina.

IMPULSAR ACCIONES TRANSFORMADORAS DERIVADAS DEL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

OBJETIVO 28: Garantizar el acceso de los profesionales a la información y comunicación a través del entorno virtual de trabajo.

ESTRATEGIA:

Garantizar que todos los profesionales, que así lo requieran, puedan utilizar el entorno virtual de trabajo como plataforma de trabajo personal y cooperativo al servicio de los ciudadanos.

FACTORES CLAVE DE ÉXITO

Implantación del entorno virtual de trabajo en todo el Sistema y su utilización por parte del personal sanitario.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Grado de satisfacción del personal sanitario.
2. Número de accesos e interacciones de los profesionales al entorno virtual de trabajo
3. Grado de disponibilidad y calidad de la infotecnología.
4. Número de estudios y análisis publicados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía a través del entorno virtual de trabajo.

VIII. 9. DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

La investigación es un elemento fundamental para el desarrollo del Sistema Sanitario Público de Andalucía, relacionada con el progreso y el crecimiento económico, con una filosofía de desarrollo sostenible y generación de empleo para la mejora de la calidad de vida. El Programa de investigación para la mejora de la salud de los ciudadanos andaluces de la Consejería de Salud sienta las bases para el periodo 2001-2004 y parte de la convergencia con los Programas marco autonómico, nacional y europeo. Los retos actuales en materia de política I+D+i consisten, de un lado, en la coordinación entre los distintos organismos que investigan e innovan en Andalucía; de otro, en una mayor integración de las labores investigadoras con las necesidades expresadas o percibidas. Partiendo de ello, la política de investigación debe nacer del recientemente aprobado VI Programa Marco de la Unión Europea 2002-2006, del Plan Nacional de I+D+i para el periodo 2004-2007, cuya quinta edición hará su aparición próximamente, o del próximo V Plan Andaluz de Investigación 2004-2007, que verá la luz el próximo año.

Todos los indicadores muestran el avance que la investigación ha experimentado en Andalucía. Es un buen momento para afrontar el compromiso de la construcción del Espacio Europeo de Investigación, proyecto auspiciado por la Comisión Europea, y que se ha convertido en el principal marco de referencia para la reflexión y el debate sobre la política de investigación en Europa.

El enfoque de los planes sectoriales de investigación se convierte en un factor clave del éxito de la política de investigación de Andalucía. Por ello, desde el punto de vista de la salud, es necesario hacer hincapié en dirigir los esfuerzos hacia un enfoque transnacional, a fin de plasmar en aplicaciones prácticas los conocimientos básicos y posibilitar el avance real, sostenido y coordinado de la salud. En este sentido, la Decisión 1786/2002/CE, en relación al Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de Salud Pública, identifica como objetivo general mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública para garantizar un grado elevado de protección de la salud y una reducción de las desigualdades, por lo que sus actuaciones deben ir dirigidas a investigar factores asociados a grupos especialmente vulnerables.

Cada decisión que se toma en el Sistema Sanitario Público de Andalucía es un experimento y una fuente de información y conocimiento. Impregnar de método estas decisiones y evaluarlas, es investigar. Por lo tanto, un objetivo del III Plan Andaluz de Salud debe ser incorporar el proceso investigador como un elemento más del desarrollo profesional. Para ello, la Consejería de Salud potenciará la incorporación de recursos propios a los centros sanitarios, facilitará el acceso a las fuentes y los recursos financieros, y a las estructuras

que faciliten dicho proceso investigador, que se habrá de desarrollar siempre desde el respeto a los principios deontológicos y éticos.

Todo lo anterior se compaginará con los numerosos progresos científicos y tecnológicos de los últimos años en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Así, Andalucía se sitúa en la vanguardia apostando por una estrategia de investigación, que avance en el tratamiento de enfermedades graves y crónicas, para las que las terapias actuales son poco efectivas o, incluso, inexistentes. Se trata de estar presentes en el inminente horizonte de la investigación, como es el uso de células madre con finalidad terapéutica. La investigación no puede excluir ninguno de los tipos de células madre descritos en función de su origen (embrionarias, fetales y de adultos) o del procedimiento de generación y abstención de las mismas.

Las especiales características de esta área de investigación biomédica y sus potenciales aplicaciones tecnológicas demandan la cooperación y apoyo de la sociedad, la administración, los agentes sociales y los sectores productivos en la búsqueda de mecanismos eficientes de financiación pública y privada que permitan avanzar en el conocimiento de los mecanismos celulares y moleculares básicos, su potencial terapéutico en medicina regenerativa y sus aplicaciones en el desarrollo de nuevos fármacos.

De igual manera, resulta fundamental aprovechar los beneficios que aportan a la salud los recursos naturales que ofrece Andalucía, potenciar las líneas de investigación sobre alimentación y nutrición (procesos y tecnologías de fabricación y seguridad alimentaria), sus efectos de la dieta en la salud, los hábitos alimentarios, las enfermedades relacionadas y su prevención, así como la búsqueda de alternativas terapéuticas que los propios alimentos pueden aportar.

DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

OBJETIVO 29: Desarrollar la investigación en Salud, con especial atención a:

- Fomentar una cultura de investigación de excelencia.
- Potenciar los recursos existentes para la investigación.
- Identificar las prioridades en investigación en Salud de acuerdo a las necesidades y problemas de salud en el contexto español y europeo.
- Fomentar iniciativas de investigación, convergentes con proyectos del resto de las Comunidades Autónomas, España y UE con repercusión internacional.
- Proporcionar el marco jurídico y científico para el desarrollo de investigaciones en el campo de la terapia celular.
- Impulsar la integración de la investigación, desarrollo tecnológico, innovación y evaluación de tecnologías.

ESTRATEGIAS

1. Desarrollar las líneas marco de investigación en Salud orientadas a la red de excelencia científica de Andalucía, preferentemente:
 - investigación biomédica: neurociencia (neurodegeneración, isquemia cerebral, neuropsicofármacos), patología infecciosa, patología cardiovascular, oncología, diabetes, ingeniería y terapia tisular (células madre).
 - Investigación con células madre: Investigación sobre la generación de células pancreáticas productoras de insulina para el tratamiento de la diabetes; investigación sobre la terapia regenerativa en enfermedades neurodegenerativas en particular para el parkinson y la enfermedad de Alzheimer; investigación sobre regeneración de tejido óseo en el tratamiento de enfermedades osteoarticulares; proyecto en red sobre trasplantes de tejido regenerados, y en particular sobre implantes de islotes pancreáticos.
 - alimentación, nutrición y salud: aceite de oliva y beneficios cardiovasculares, estrés oxidativo y envejecimiento, efecto protector y terapéutico en el tratamiento oncológico.
 - investigación en salud pública.
 - investigación en servicios de salud.
 - factores sociales y económicos relacionados con las desigualdades en salud.
2. Potenciar la cantidad y la calidad de los resultados de la investigación y de la innovación tecnológica.
3. Situar la investigación de Andalucía en el futuro del desarrollo científico y tecnológico.
4. Dotar al Sistema Sanitario Público de Andalucía de un observatorio permanente que revise y proponga las actualizaciones necesarias en las líneas de investigación.
5. Estimular la implicación de empresas privadas en proyectos comunes de investigación.
6. Impulsar y mejorar la formación en metodología de la investigación, tanto en el área de formación continuada como de postgrado.
7. Incorporar al Sistema Sanitario Público de Andalucía nuevos investigadores y áreas de investigación.
8. Definir el proceso de investigación útil para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
9. Dotar y mantener estructuras necesarias para facilitar, gestionar y elevar la producción científica.

10. Homogeneizar y agilizar los procedimientos y actuaciones de los ensayos clínicos y los estudios post-autorización, reorientándolos hacia el progreso científico y la mejora de la atención y la salud. Garantizar en todo momento el respeto a los derechos fundamentales de la persona y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos.
11. Impulsar la acreditación de las estructuras que intervienen en el proceso de la investigación.
12. Identificar los criterios de excelencia en la práctica investigadora.
13. Promover la investigación interdisciplinar, interniveles y multicéntrica.
14. Coordinar la evaluación de tecnologías con la planificación de la investigación.

FACTOR CLAVE DE ÉXITO:

1. Desarrollo de una infraestructura y mejora de la organización, que permita una actualización constante, tanto de aspectos concretos de la investigación en Salud, como de las tendencias e innovaciones, de forma que sea un apoyo a las políticas de investigación.
2. Extensión del apoyo a la investigación e impulso de la formación en metodología, de forma que se alcance una investigación de calidad.
3. Impulsar iniciativas de cooperación de redes y grupos de investigación andaluces entre sí, la Universidad, otros centros docentes, las empresas, con grupos del resto de España, de la Unión Europea y de otros países.
4. Disponer de información actualizada sobre aspectos clave de la investigación en Andalucía (redes, grupos y líneas de investigación; proyectos con financiación de distintas agencias, artículos publicados, patentes, relaciones con otros grupos).
5. Disponer de información actualizada sobre tendencias en líneas e innovaciones en la investigación en Salud en el mundo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES:

1. Porcentaje de centros hospitalarios y Distritos de Atención Primaria con unidades de referencia de apoyo a la investigación, con al menos un profesional de apoyo que cuenta con formación metodológica acreditada.
2. Número de cursos y otras acciones formativas en metodología de investigación realizadas.
3. Porcentaje de proyectos que se presentan a las distintas convocatorias de agencias financiadoras (Andalucía, España y Europa) que consiguen financiación.
4. Incremento anual del número de artículos originales publicados en revistas con impacto o revisión por pares por grupos de investigación andaluces.
5. Porcentaje de los artículos publicados donde hay autores de diversos centros.
6. Número de patentes en las que participan distintos centros.
7. Número de ayudas concedidas con el objetivo de fomentar el contacto y la cooperación entre redes y grupos de investigación.
8. Porcentaje de proyectos en los que se solicita financiación externa que son presentados por más de un grupo de investigación o en los que participan diversos centros.

VIII.10 INTEGRAR LOS AVANCES CIENTÍFICOS DEL GENOMA HUMANO EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Transformaciones del genoma humano

Las transformaciones auspiciadas por el genoma humano en los próximos años abarcan varios ámbitos: su incidencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el cambio en la esfera de los valores, su repercusión en la organización sanitaria, las competencias profesionales, los costes sanitarios y los desarrollos legislativos.

Tradicionalmente se han considerado sólo las enfermedades de base genética, que actualmente representan la primera causa de mortalidad antes de los 14 años y significan más del 5% de la carga de enfermedad. Afectan al 2% de los recién nacidos vivos y representan entre el 30% y 50% de los ingresos pediátricos en los países de nuestro entorno. Además, su impacto sobre la seguridad reproductiva tiene actualmente un significado importante que, sin duda, se irá incrementando en los próximos años.

Se están produciendo rápidos avances en las diferentes áreas de la genética y de la biología molecular, impulsadas principalmente por el proyecto genoma. El diagnóstico genético ya se está usando para identificar las alteraciones o mutaciones en la secuencia de ADN, relacionadas con patologías específicas o con el aumento del riesgo de enfermar. Se puede utilizar tanto para diagnosticar la enfermedad, antes de que sus síntomas sean manifiestos, como para predecir el riesgo individual de padecer enfermedades multifactoriales, tan frecuentes como las cardiovasculares, el cáncer o las neurodegenerativas. En consecuencia, es previsible que los resultados de las pruebas genéticas tengan enormes repercusiones futuras, tanto individuales, como colectivas y para la organización sanitaria.

Por este motivo se suscita un debate desde el punto de vista de la eficacia social: la oportunidad de incluir junto a las necesidades individuales (tratamiento de las enfermedades raras) el imprescindible enfoque de población, que priorice las intervenciones sobre aquellos procedimientos que sean de utilidad para un mayor número de ciudadanos.

En España, se constata la ausencia de sistemas de acreditación y regulación para las pruebas genéticas. Es difícil escindir los procesos de investigación de los procesos incorporados a la cartera de servicios de los centros.

La aplicación de la genética en Medicina requiere:

- a) diagnóstico específico y preciso de la enfermedad.
- b) orientación de pruebas para confirmar-excluir el diagnóstico.
- c) consejo genético.

Para ello, se requieren protocolos de diagnóstico clínico, con especificidad y sensibilidad alta, que ayuden a referir los casos que precisen confirmación mediante test de laboratorio. Se hace imprescindible el control de calidad en el diagnóstico genético-molecular, que ya ha comenzado a desarrollarse mediante una iniciativa del European Molecular Genetics Quality Network (EMQN) y en los centros, así como una estandarización de los procedimientos diagnósticos analíticos. Todo ello sin olvidar la necesidad de ofrecer las suficientes garantías a las personas, así como el control de estas nuevas formas de actuar en el ámbito de la atención sanitaria.

En relación con la agenda de investigación se consolidarán las siguientes líneas:

- a) las relativas al conocimiento del genoma humano y al establecimiento de las bases moleculares de diferentes enfermedades de base genética.
- b) las terapias génicas.
- c) las terapias celulares en el ámbito de las células madre o totipotentes y su capacidad de generar toda clase de tejidos, que permitan la curación de enfermedades prevalentes como el Alzheimer, la diabetes o el Parkinson. La Junta de Andalucía ha apostado firmemente por esta línea de investigación.

Transformaciones en los valores

En el futuro, se planteará una mayor preocupación social por aspectos relacionados con la información genética, como son el acceso y uso de la misma, el respeto a la confidencialidad, la no discriminación por razón genética, y también la propiedad y patentes sobre el material genético. Además, la ingeniería genética puede plantear problemas desde la eugenesia, en la medida en que incide sobre el orden natural de la reproducción.

Transformaciones en el ámbito de la organización

Será necesario habilitar algún tipo de red dentro del Sistema Público de Andalucía con competencias en aspectos relativos a acreditación, control de calidad, protocolización y estandarización de los procedimientos y desarrollo de programas de formación e investigación.

Todos los proyectos de investigación deberán realizarse contando con el informe previo de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), aspecto que ha sido recientemente regulado en Andalucía con la creación de la Comisión Autónoma de Investigación Clínica. Dicho Comité vigilará el cumplimiento de las normas que protegen a los sujetos de estudio y emitirá juicios éticos sobre aquellos problemas que la investigación, sobre el genoma humano, pueda generar, apoyándose en los principios éticos de investigación biomédica, en la normativa existente y en las guías de actuación de asociaciones profesionales.

Transformaciones legislativas Por último, la posible intervención del legislador ha de partir del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Resolución del Parlamento Europeo de septiembre de 2000. Se tendrán en cuenta ciertas premisas insoslayables al regular materias relacionadas con la genética humana, como son el consenso, la gradualidad y la provisionalidad.

A la vista del análisis efectuado es previsible que en los próximos años se produzca:

- a) un aumento exponencial del número y tipo de pruebas genéticas disponibles.
- b) un incremento de propuestas de investigación de terapia génica.
- c) la repercusión de dichas circunstancias en términos de salud, seguridad, cuestiones éticas, legales y organizativas.
- d) un aumento de la demanda y expectativa ciudadana, no siempre acorde con la capacidad real de ofrecer soluciones dentro del periodo 2003-2008.

INTEGRAR LOS AVANCES CIENTÍFICOS DEL GENOMA HUMANO EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETIVO 30: Establecer la estrategia de intervención en genética tanto en el campo de la investigación como en el de la prestación de servicios. Garantizar la protección de riesgos y la comunicación a los ciudadanos.

ESTRATEGIAS:

1. Definir una cartera de servicios en genómica basada en la evaluación sistemática de su efectividad y eficiencia social.
2. Incorporar a los procesos asistenciales las técnicas e intervenciones relacionadas con la genética médica, de efectividad probada.
3. Coordinar los recursos destinados a la genética médica, para garantizar la calidad asistencial a través de la acreditación, estandarización y evaluación.
4. Fomentar la investigación en genómica, proteómica y terapias celulares, para la atención integral de enfermedades.
5. Desarrollar políticas específicas de protección de las personas frente a las posibles consecuencias adversas.
6. Definir las medidas que garanticen la protección de los derechos individuales de los ciudadanos: información, derecho a no saber, no discriminación, confidencialidad y consentimiento informado y otras consideraciones éticas, tanto en las prestaciones sanitarias como en la investigación.

FACTORES CLAVES DE ÉXITO:

1. Definición e implantación de un marco de evaluación, dentro del cual se realizará la práctica de la genética médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Definición de una cartera de servicios y líneas de investigación en genómica.
3. Organización y acreditación de las unidades y los profesionales.
4. Búsqueda de sinergias con entornos no sanitarios.
5. Proyectos de investigación de acuerdo con las líneas de investigación y con la comisión ética e integración entre investigación y aplicación a la práctica clínica.
6. Protección de los derechos individuales en la práctica asistencial relacionada con la genómica.
7. Comunicación a la sociedad y a los profesionales sobre la cartera de servicios en el ámbito de la genética que incluya su alcance e implicaciones.
8. Formación de profesionales en genómica.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

1. Elaboración del marco de evaluación para definir la cartera de servicios en el ámbito de la genética médica (a realizar por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Abril 2004).
2. Número de informes de evaluación de las nuevas tecnologías genéticas que surjan (Medición anual del 2004 al 2008).
3. Definición de cartera de servicios en genética médica definida para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (diciembre 2004 y actualización anual 2005-2008).
4. Líneas prioritarias de investigación en genética médica en el Sistema Sanitario. (diciembre 2004).
5. Definición del número, ubicación y dotación de las unidades de genética (2005).
6. Diseño del modelo de acreditación de las unidades y profesionales (Agencia de Calidad, 2005).
7. Número de unidades autorizadas y, en su caso, acreditadas anualmente (a diciembre 2006, al menos una por Provincia).
8. Número de profesionales acreditados anualmente (diciembre 2006).
9. Porcentaje de proyectos de investigación en el ámbito del genoma humano, que sean conformes con las líneas prioritarias (100% a partir de enero de 2005).
10. Porcentaje de proyectos de investigación, en el ámbito del genoma humano, que han sido evaluados favorablemente por la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Clínica o, en su caso, por las Comisiones de los centros sanitarios.
11. Porcentaje de pruebas genéticas cuyos protocolos incluyen un apartado de garantía de los derechos individuales y consentimiento informado específico (100% desde 2004).
12. Realización de un plan de comunicación dirigido a los profesionales y la población general (inicio en 2005).
13. Desarrollo de un plan de formación de profesionales orientado a la acreditación profesional (inicio en 2005 y finalización en junio 2006).

IX. EVALUACIÓN DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD

El III Plan Andaluz de Salud incluye, como exigencia y como oportunidad, la necesidad de una evaluación de las líneas prioritarias de actuación y de los objetivos planteados, teniendo en cuenta las perspectivas de los diferentes actores implicados: los ciudadanos y usuarios, los profesionales y las instituciones vinculadas en las acciones y la organización sanitaria en su conjunto.

La evaluación del III Plan Andaluz de Salud es considerada como un instrumento útil para la gestión del mismo, cuyo objetivo general es transferir información de proceso y seguimiento de las actuaciones previstas e incorporar -de forma permanente y sistemática- la información de síntesis sobre el avance de los resultados alcanzados a la planificación, la gestión y la redistribución de los recursos de salud durante el periodo de vigencia del III Plan Andaluz de Salud.

Incorporar la evaluación de los objetivos de salud desde el momento de la planificación y establecer la previsión de los resultados esperados, implica sensibilizar al conjunto de la organización sanitaria y a la sociedad andaluza, de la necesidad de evaluar, y definir los mecanismos de coordinación interna, en el seno del Sistema Sanitario Público de Andalucía, e interinstitucional que aseguren el compromiso por el logro de las actuaciones. De esta forma, el III Plan Andaluz de Salud será un instrumento de gestión dinámico y flexible que se irá actualizando durante el periodo de los cinco años de su ejecución.

Para ello se ha previsto crear una Comisión Técnica de Seguimiento y de Evaluación del III Plan Andaluz de Salud, interdepartamental, que tiene como objetivos: planificar, controlar, supervisar y asegurar la ejecución de las líneas de actuación, objetivos y estrategias previstas.

Las funciones de la Comisión Técnica serán las siguientes:

- Elaborar el Plan Operativo de Evaluación y Seguimiento del III Plan Andaluz de Salud, en donde se definirán los mecanismos de coordinación, las estrategias de control de calidad, las necesidades de información, y los procedimientos de captura y procesamiento de la información necesarios para dar respuesta a las exigencias de información previstas en el panel de indicadores previstos.
- Realizar el seguimiento de la puesta en marcha y logros alcanzados de las actuaciones previstas, en base a los factores clave identificados, los criterios de evaluación e indicadores.
- Definir la estructura de la memoria de evaluación y flujos de retroalimentación sobre el grado de avance y resultados en relación con los contenidos, la periodicidad y los destinatarios.

- Revisar y actualizar los progresos del III Plan Andaluz de Salud, anualmente, y emitir los informes de progreso correspondientes y la memoria final como mecanismos de retroalimentación y transparencia de los resultados intermedios y finales alcanzados. Esta información deberá ser comunicada al Consejo de Dirección de la Consejería de Salud, a los profesionales y a la sociedad andaluza.
- Apoyar y asesorar a la Consejería de Salud y a los grupos de seguimiento del III Plan Andaluz de Salud durante el proceso de ejecución, en relación con la pertinencia, adecuación y viabilidad de las actuaciones previstas.

Informes de progreso de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación del III Plan Andaluz de Salud:

La Comisión Técnica deberá elaborar, al menos, los siguientes informes:

- Informe anual de seguimiento del III Plan Andaluz de Salud, que incluirá el grado de ejecución de cada una de las líneas de actuación y objetivos, así como de las desviaciones de calendario, de recursos así como las recomendaciones que se establezcan para el seguimiento anual del proceso y evaluación final.
- Consulta periódica y elaboración de informes, que en relación con el III Plan Andaluz de Salud, le sean solicitados por los órganos de dirección de la Consejería de Salud.
- Memoria final de evaluación del III Plan Andaluz de Salud, donde se incluirán los resultados sobre el logro de objetivos, los principales avances y tendencias sobre la situación de salud en Andalucía y el impacto de las medidas implantadas.

Evaluación de los Objetivos del III Plan Andaluz de Salud

Selección de criterios de evaluación e indicadores de seguimiento de objetivos:

Se han propuesto un conjunto de criterios de evaluación e indicadores (cuantitativos y cualitativos) para cada uno de los objetivos del III Plan Andaluz de Salud, con el propósito de conocer y describir la implantación de las actuaciones y los resultados obtenidos. Para ello, se ha seguido la metodología de definición operativa de factores clave de éxito (descripción cualitativa de un elemento de la estrategia corporativa, en la cual la organización debe sobresalir para tener éxito) en relación con la consecución de los objetivos del Plan Andaluz de Salud.

El proceso seguido para la elaboración del panel de indicadores y seguimiento ha sido el siguiente:

- Constitución del grupo de evaluación e indicadores, en el que participaron los coordinadores de los grupos de elaboración del III Plan Andaluz de Salud.
- Identificación y definición operativa de los factores clave de éxito. Selección de los criterios de evaluación e indicadores de proceso y resultados para la consecución de los mismos.
- Búsqueda de la investigación publicada, fundamentalmente revisiones sistemáticas sobre la eficacia y efectividad de las estrategias para conseguir los objetivos en salud previstos.
- Revisión de las fuentes de información, registros y sistemas de información existentes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y en las instituciones de salud vinculadas al mantenimiento y mejora de la salud.

Estrategias de evaluación desde la perspectiva de los actores - usuarios del III Plan Andaluz de Salud:

Los ciudadanos, los profesionales, y los responsables de los servicios y programas son considerados informantes clave en la proyección del Plan, así como para el proceso de seguimiento y evaluación del mismo. El Plan Operativo de Evaluación del III Plan Andaluz de Salud prevé el diseño de las estrategias diferenciadas de consulta (foros de opinión, encuentros sobre las prioridades de salud, etc.), y de investigación (cuantitativas y cualitativas), con el fin de adecuar las estrategias, controlar las desviaciones y establecer un proceso de mejora y actualización permanente del Plan Andaluz de Salud.

La opinión y valoración de los profesionales sobre el eficacia de las estrategias de comunicación del III Plan Andaluz de Salud, el grado de conocimiento de las actuaciones previstas y su aplicación es clave para la actualización, revisión y recomendaciones sobre los avances del Plan que será la Comisión Técnica de Seguimiento. Para ello, se ha previsto la realización de un estudio sobre el nivel de conocimiento de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre el III Plan Andaluz de Salud; en dos etapas: al primer año de ejecución, y, en una segunda etapa, al final del periodo (2008).

X. CONVERGENCIA CON OTROS PLANES DE LA JUNTA DE ANDALUCIA

El III Plan Andaluz de Salud ha priorizado seis ejes transversales de actuación, necesarios para mejorar las intervenciones en salud, entre los que destaca la intersectorialidad. La Salud precisa del concurso de varios sectores para conseguir los objetivos planteados. La complejidad actual de los problemas de salud prevalentes y la necesidad de profundizar en respuestas cada vez más eficaces y eficientes, que se han expresado en el III Plan Andaluz de Salud a modo de líneas y objetivos priorizados, hacen necesario el desarrollo de fórmulas organizativas que permitan sumar las acciones conjuntas de varios sectores. Entramos así, en la dimensión del trabajo intersectorial como instrumento para mejorar las respuestas a los problemas de salud.

La intersectorialidad, entendida como eje transversal para mejorar las intervenciones en Salud (punto VI página 53), genera una serie de valores también en la organización del trabajo, tanto de los sectores sociales, educativos, de salud, como, y sobre todo, de la Administración Pública. Entre otros, conviene destacar los siguientes:

- Se buscan sinergias con otros sectores para compartir las tareas de planificación-acción. Esta relación establece un entramado de interdependencia más o menos continuada.
- Se refuerzan las actuaciones de sectores que se encuentran especialmente saturados con la responsabilidad de responder a multitud de problemas. El enfoque intersectorial permite compartir los problemas y abordarlos conjuntamente.
- La acción intersectorial permite compartir responsabilidades, recursos e instrumentos, no sólo institucionales y colectivos, sino también individuales y familiares.
- La intersectorialidad conduce a la corresponsabilidad, porque permite superar el hábito de delegar la responsabilidad en otro sector, para compartir los compromisos.
- El trabajo intersectorial supera los espacios de cada sector, reduce los intereses localistas y jerarquiza los objetivos del proyecto frente a visiones exclusivamente sectoriales.
- Actualmente, se están generando Planes, procesos y programas intersectoriales vinculados a temas concretos y a niveles de convergencia y coordinación provinciales y locales, con descentralización progresiva.

- La oferta compartida de formación e investigación, en la que se pueden adquirir las habilidades necesarias para el desarrollo de la acción intersectorial, transfiriéndose metodología al respecto.

En la acción intersectorial, toda la cadena de trabajo está orientada a fortalecer su realización local. Son cuatro los sujetos actores fundamentales de la acción local: el ciudadano y el entorno familiar, que son también objeto de las intervenciones; los servicios públicos institucionales; las organizaciones civiles: asociaciones y ONGs; y las Corporaciones locales y los Departamentos municipales. El III Plan Andaluz de Salud ha hecho converger la acción coordinada de los actores en el llamado “compromiso local por la Salud”, en el que se subraya la necesidad de converger en una planificación conjunta, sobre todo en las zonas de transformación social, que son las que más lo precisan.

De acuerdo con el planteamiento anterior, el III Plan Andaluz de Salud presenta una serie de conexiones con otros Planes integrales de la Administración de la Junta de Andalucía.

Esta interacción se realiza unas veces de forma directa, mediante la elaboración conjunta desde sus inicios, y otras veces sumando lo que cada sector realiza por separado en el ámbito de sus competencias. En el primer caso, los resultados son más visibles, eficaces y eficientes; en el segundo, se plantea como un paso de planificación previa.

A continuación se establecen las conexiones que implica el desarrollo del III Plan Andaluz de Salud en este marco intersectorial de la Administración pública. Se relaciona cada Plan intersectorial, actualmente en desarrollo, con la Consejería encargada de su impulso, señalando la conexión con las líneas prioritarias de actuación y objetivos que el III Plan Andaluz de Salud ha priorizado en cada caso.

**CONSEJERÍA
DE
PRESIDENCIA**

Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas:

El III Plan Andaluz de Salud, en sintonía con la prioridad familiar establecida por la Junta de Andalucía y concretada en el Plan de Atención a la Familia, sitúa a ésta como elemento central y llave de la sociedad de bienestar y, a la vez, diana, por tanto, de la respuesta a los problemas de salud.

El III Plan Andaluz de Salud concreta su colaboración:

- En la línea prioritaria de actuación “Mejorar la salud desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de vida saludables” (VIII.2), con los siguientes objetivos:

La salud de los niños, adolescentes y jóvenes **-objetivo 2-**; la calidad de vida en el envejecimiento **-objetivo 4-**; el apoyo a las familias con problemas crónicos de salud y discapacidades **-objetivo 5 y 19 en la**

línea prioritaria de actuación 4.

- En la línea prioritaria de actuación “**Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud**” (VIII.5), con la familia como diana central en los **objetivos 20 y 21**, y el factor clave de éxito en la construcción de los modelos de acción intersectorial en zonas de transformación social para la reducción de desigualdades...

Plan Integral de erradicación del chabolismo en Andalucía:

Coordinado por la Consejería de Presidencia y en el que participan otras Consejerías: Consejería de Obras Públicas y Transportes, Empleo y Desarrollo Tecnológico, Salud, Educación y Ciencia y Asuntos Sociales. (Línea prioritaria de actuación 5, objetivos 20 y 21).

Igualmente, hay que destacar la colaboración con sus Organismos Autónomos en otros Planes:

Con el **Instituto Andaluz de la Mujer**, además de considerar al enfoque de género como uno de los ejes transversales del III Plan Andaluz de Salud (página 56), concreta en la ***línea prioritaria de actuación 2, objetivo 3***, que conecta directamente con:

- Plan para la erradicación de la violencia contra las mujeres.
- Programas de atención a las mujeres en situación de riesgo de exclusión social.
- Programa de educación afectiva y sexual para la educación sanitaria.
- Programa para prevenir la violencia contra las mujeres.

Con el **Instituto Andaluz de la Juventud**, conecta en el trabajo conjunto que el III Plan Andaluz de Salud explicita en la ***línea prioritaria de actuación 2, objetivo 2 y en la línea prioritaria de actuación 4, objetivo 15***, en el Plan integral de la accidentalidad.

- Programa de acción intersectorial Forma Joven.
- Programa de formación de mediadores en salud con el Consejo de la Juventud.
- Plan Integral de prevención en Accidentes.

**CONSEJERIA
DE TURISMO Y
DEPORTE**

- **Plan de promoción de la actividad física adecuada:** como la otra cara de una misma moneda que, junto a la alimentación equilibrada, son determinantes de salud para la prevención de enfermedades prevalentes como las cardiovasculares, la diabetes y algunos cánceres prevenibles y que tienen su reflejo en los ***objetivos 13, 14 y 16 de la línea prioritaria de actuación 4***, con la elaboración de los correspondientes Planes integrales.

- **Plan General de Turismo:** para el desarrollo turístico futuro de Andalucía compatible con la calidad medioambiental contribuyendo a mejorar la calidad de vida. El III Plan Andaluz de Salud contribuye a la mejora de la competitividad turística, ofreciendo una reorientación de los servicios asistenciales y actividades de promoción y protección de la salud.
- **Plan General de Deporte:** determina las principales necesidades, objetivos, prioridades y programas de acción, definiendo el modelo y la estrategia de actuación deportiva de la Comunidad Autónoma, contribuyendo de manera significativa a mejorar la salud fomentando hábitos de vida saludables (*línea prioritaria de actuación 2*).

**CONSEJERÍA
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA**

El desarrollo del III Plan Andaluz de Salud es coherente con el Plan Económico de Andalucía Siglo XXI, así como con el Programa Operativo Integrado de Andalucía 2000-2006, que establece las inversiones financiadas con fondos europeos, entre los cuales están las incluidas en la estrategia digital del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**CONSEJERÍA
DE
GOBERNACIÓN**

Plan Territorial de Emergencias de Andalucía:

Plan Director en materia de gestión y coordinación de emergencias en Andalucía, articulando los criterios y modelos de intervención de los distintos Entes públicos y privados ante situaciones de emergencias.

El Plan Territorial constituye el marco regulador del planeamiento ante emergencias, según se establece en el texto del propio III Plan Andaluz de Salud, como en el artículo 12.3, de la Ley de Gestión de Emergencias. El III Plan Andaluz de Salud, en aquellas materias que se refieren a las emergencias se configura como un “plan con incidencia en materia de emergencias” y como tal debe tener en consideración lo establecido en el Plan Territorial de Emergencias de Andalucía.

En este contexto, en el **objetivo 9**, del III Plan Andaluz de Salud se hace referencia a la cooperación intersectorial en la gestión de crisis que implica la colaboración con Emergencias 112.

I Plan Integral para la Inmigración:

La Consejería de Salud aporta los aspectos de asistencia, prevención y promoción de la salud en este colectivo. Se aplica a través de un convenio con las asociaciones del ámbito y presencia autonómica como mediadoras y, tiene su reflejo en el III Plan Andaluz de Salud, en la *línea prioritaria de actuación 5*, **objetivo 20**.

Por otro lado, la Consejería de Salud es miembro de la Comisión Interdepartamental de Políticas Migratorias y órgano responsable de la ejecución de las distintas medidas establecidas para la consecución de diversos objetivos específicos de este Plan integral.

I Plan Andaluz del Voluntariado:

Encauza la participación de las asociaciones con los servicios de salud, el apoyo a las asociaciones de autoayuda y al voluntariado en temas preferentes de salud como son el SIDA, los accidentes, los discapacitados... y se concreta respecto al III Plan Andaluz de Salud en la **línea prioritaria de actuación 6, objetivos 22 y 23.**

Se considera de capital importancia colaborar con las organizaciones de voluntariado en el campo de la salud en todo lo referente a la formación específica que requieren las personas que dedican parte de su tiempo a proyectos de colaboración, prioritarios para la Junta de Andalucía.

CONSEJERIA DE EMPLEO Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Asimismo el III Plan Andaluz de Salud conecta con el área de la salud laboral y empresarial, en programas de reducción de riesgos laborales y de promoción de la salud en las empresas, bajo el auspicio de la Unión Europea con la denominación de **Empresas Saludables**, en la **línea prioritaria de actuación 2, objetivo 7 y en la línea prioritaria de actuación 4, objetivo 15**, en la prevención de riesgos laborales integrada en el Plan de accidentalidad.

- **Plan General para la Prevención de Riesgos Laborales en Andalucía:** fruto del V Acuerdo de Concertación Social de Andalucía.

CONSEJERIA DE OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

Plan de Seguridad Vial y el Plan Integral de accidentalidad de la Consejería de Salud (aún en elaboración) que corresponde a la **línea prioritaria de actuación 4, objetivo 15.**

CONSEJERIA DE AGRICULTURA Y PESCA

En respuesta a las crisis de salud pública y promoción de salud cabe destacar la colaboración para la protección y promoción en higiene alimentaria, directamente relacionada con la **línea prioritaria de actuación 1, objetivo 1**, reducción de determinadas enfermedades como la brucelosis, alimentación equilibrada y actividad física correspondiente a la **estrategia 1, objetivo 6 de la línea prioritaria de actuación 2.**

De una forma específica se puede señalar el Plan Andaluz coordinado contra la encefalopatía espongiforme bovina (EEB)

**CONSEJERIA
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA**

En repetidas ocasiones el III Plan Andaluz de Salud cita el trabajo intersectorial con la Consejería de Educación y Ciencia y lo hace refiriéndose a los factores que condicionan la salud en relación con el entorno educativo (página 25), y cuando se refiere a la educación para la salud como uno de los ejes transversales del III Plan Andaluz de Salud (página 54).

Para la obtención de los objetivos de salud del III Plan Andaluz de Salud, se hace necesario establecer una colaboración estrecha para el desarrollo de diversos programas, entre los que cabe destacar la promoción de la salud bucodental, el programa Forma Joven, en las **líneas y objetivos ya comentados**, la promoción de la salud en los currículum escolares, la alimentación equilibrada, la actividad física **objetivo 6, estrategia 1**, y otros aspectos de educación para la salud.

**CONSEJERIA
DE MEDIO
AMBIENTE**

El III Plan Andaluz de Salud prioriza una línea de actuación en relación con la protección y la promoción de la seguridad ante los riesgos para la salud.

En este sentido, el **objetivo 11**, contempla la reducción de riesgos para la salud asociados al medio ambiente.

Estas actuaciones refuerzan las iniciativas tendentes a prevenir y reducir la contaminación de las aguas por plaguicidas, el cumplimiento de lo dispuesto sobre contaminación producida por los nitratos de origen agrario, y la participación en la Comisión Interdepartamental del Agua, las Comisiones Interdepartamentales Provinciales del Medio Ambiente, y las actuaciones relacionadas con el cambio climático.

**CONSEJERIA
DE ASUNTOS
SOCIALES**

La relación es directa en el marco del espacio sociosanitario y en el área de la reducción de desigualdades en salud. En este sentido son aspectos destacables los siguientes Planes, que como hemos comentado tiene que ver con la **línea prioritaria de actuación 5, objetivos 20 y 21**.

- **Plan de Inclusión Social.**
- **Plan Integral de Atención a la Infancia.**

En lo referido a Personas Mayores y/o con Discapacidad, en la **línea prioritaria de actuación 2, objetivos 3 y 4 y al objetivo 19 de la línea prioritaria 4**.

PERSONAS MAYORES:

- **Plan de Atención Integral a las Personas Mayores en Andalucía.**
- **Plan Andaluz de Servicios Sociales.**

PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

- **Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía (en elaboración).**

COMUNIDAD GITANA:

- **Plan de Desarrollo Gitano.**
- **Plan Integral para la Comunidad Gitana Andaluza.**

Igualmente destacamos la colaboración con el **Comisionado para las Drogodependencias**, que tiene su eco en el III Plan Andaluz de Salud, en la **línea prioritaria de actuación 2, objetivo 2 y 6 y línea prioritaria de actuación 5, objetivos 20 y 21.**

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

- Desarrollo del Programa Forma Joven, área de adicciones.
- Programa de dispensación de Metadona.

ALIANZA CON
LA
ORGANIZACIÓN
CIVIL

Muchas de estas acciones estructuradas en Planes tienen su correlación con las asociaciones implicadas. Prueba de ello son los **Planes de atención a la inmigración y a la prostitución** dado que establecen estrategias conjuntas para estos colectivos.

CONVERGEN-
CIA CON EL
NIVEL LOCAL

Por último, debemos destacar la importancia de **los Ayuntamientos y la acción local** para un "**pacto por la salud**" de Andalucía, que el III Plan Andaluz de Salud plantea en este campo, en su **apartado V**, bajo el epígrafe "**un compromiso para la salud en Andalucía**", refiriéndose al papel de los Ayuntamientos. La Federación Andaluza de Municipios y Provincias ocupa un lugar primordial como interlocutor indispensable con la **Red Andaluza de Ciudades Saludables y Sostenibles**, instrumentos para el incremento de la calidad de vida de los ciudadanos y que se encuentra directamente referido en el **objetivo 8, línea prioritaria de actuación 2**, que se ocupa específicamente de promover la salud, el ocio saludable y la calidad de vida en los pueblos y ciudades de Andalucía.