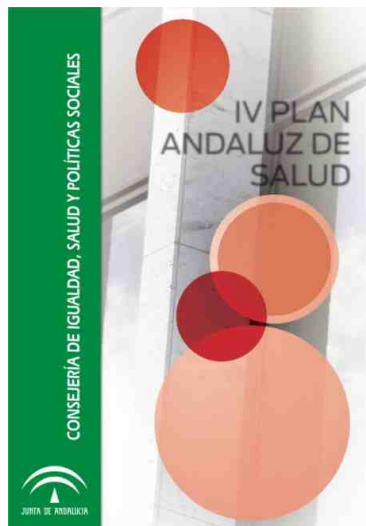




Plan de Salud Provincial



18 de julio de 2017

| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 1/80 |



Sumario

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| ELEMENTOS CLAVE DEL IV PLAN ANDALUZ DE SALUD Y SU PROVINCIALIZACIÓN EN CÁDIZ..... | 6 |
| DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD..... | 7 |
| EL SISTEMA SANITARIO. Factor de Protección/Factor de Riesgo..... | 9 |
| DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD..... | 15 |
| GOBERNANZA..... | 20 |
| MARCO CONCEPTUAL..... | 22 |
| ACTIVOS EN SALUD..... | 25 |
| EL RIO DE LA VIDA..... | 31 |
| ACTIVIDAD FÍSICA..... | 33 |
| ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN..... | 35 |
| PREEXISTENCIA DE RECURSOS..... | 36 |
| EVALUACIÓN/PROCESOS..... | 40 |
| RELATO. PROVINCIALIZACIÓN DEL IV PLAN ANDALUZ DE SALUD..... | 43 |
| PERFIL DE SALUD DE CÁDIZ..... | 53 |
| DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN..... | 54 |
| OBJETIVOS OPERATIVOS..... | 58 |
| ANEXO: DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS OPERATIVOS..... | 65 |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 2/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

INTRODUCCIÓN

El **IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS)** se aplica en Cádiz teniendo en cuenta la singularidad de la provincia, es lo que se conoce como la **provincialización del IV PAS**. Lo que supone que, basado en el IV PAS, se elabore un **Plan de Salud Provincial (PSP)** de Cádiz.

Tras muchos esfuerzos por parte de las personas participantes, que nos han costado prácticamente dos años, aquí se presenta el **Plan de Salud Provincial**, con su propuesta de Objetivos operativos para nuestra provincia enmarcados en los Compromisos y Metas del IV PAS, como no podía ser de otra manera, pues el mandato recibido era traducir el IV PAS a la realidad de Cádiz, no hacer otro plan.

Para hacer comprensibles estos Objetivos operativos es imprescindible conocer los **Elementos clave del IV PAS**, aquellos **generales (I)** y otros **específicos (II)**, que incluidos en el contexto del mismo, han sido especialmente considerados en Cádiz. Se indexan ambos a continuación.

ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (I)

- 1 Determinantes sociales en Salud (Salud en Todas las Políticas)
- 2 Sistema sanitario (Factor de Protección / Factor de Riesgo)
- 3 Desigualdades en Salud (Distribución social : Exposición a riesgos y Carga de Enfermedad)
- 4 Gobernanza (Eficacia, Eficiencia, Transparencia, Participación y Rendición de cuentas)
- 5 Marco conceptual (Determinantes y desigualdades sociales en salud)

ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (II)


- A. Activos en salud
- B. Río de la vida
- C. Alimentación y Nutrición
- D. Actividad física y Deporte
- E. Preexistencia de recursos
- F. Evaluación/Procesos

Estos elementos se describen en el apartado correspondiente de este documento.

Es importante conocer no solo el resultado final, el PSP, sino todo el proceso llevado a cabo en estos dos años, lo que da una idea de la dimensión del mismo. Y



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 3/80 |



es importante porque al final aparecen solo 18 objetivos operativos, cuando hubo 193 propuestas como fruto de los grupos de trabajo o de participación , propuestas que por distintos motivos (pertinencia, factibilidad, evidencia científica, etc..) y por imperativo del IV PAS, pues no admitía muchas más a fin de hacer un PSP realizable y evaluable, ya que un exceso de propuestas corría el peligro de que se difuminara. Para ello se incorpora el documento **Relato**.

Como es obligado, para poder hacer un Plan de Salud Provincial es imprescindible realizar el **Perfil de Salud** de nuestra provincia. En algunos casos con datos o información provincial, en otros extrapolando datos de Andalucía o de España por no disponer de la información imprescindible a nuestro nivel. Este **Perfil de Salud** se contempla en el documento, con su mismo nombre que se adjunta.

Por último se describen los **Objetivos operativos del PSP de Cádiz**.

Es importante destacar que el **Enfoque de Género** es transversal en todo el Plan de Salud Provincial; esto no es casualidad, de hecho el 68% de quienes participaron en los grupos de trabajo eran mujeres. Las propuestas llevan implícitas, de una forma u otra, el Enfoque de Género.

El equipo coordinador:

Arturo Marchante Gómez

Andrés Rabadán Asensio

Coordinador del IV PAS en Cádiz

Jefe de Servicio de Salud Pública

D.T. Igualdad, Salud y Políticas Sociales



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 4/80 | |

ELEMENTOS CLAVE DEL IV PLAN ANDALUZ DE SALUD Y SU PROVINCIALIZACIÓN EN CÁDIZ

Para poder evaluar adecuadamente la propuesta del Plan de Salud Provincial de Cádiz, traducción a nuestra realidad provincial del IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS), es imprescindible conocer los elementos clave del mismo tanto los generales que son transversales en el IV PAS, como aquellos que se utilizaron estratégicamente en Cádiz para llevarlo a cabo.

A efectos descriptivos a los primeros les llamaremos **ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (I)** y a los siguientes **ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (II)**

| ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (I) | |
|---------------------------------------|--|
| Determinantes sociales en Salud | Salud en Todas las Políticas |
| Sistema sanitario | Factor de Protección / Factor de Riesgo |
| Desigualdades en Salud | Distribución social : Exposición a riesgos y Carga de Enfermedad |
| Gobernanza | Eficacia, Eficiencia, Transparencia, Participación y Rendición de cuentas |
| Marco conceptual | Determinantes y desigualdades sociales en salud |


DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

En 2006 Finlandia asume la presidencia europea, y nos trae su experiencia, iniciada en North Karelia, conocida como “Health in All Policies” (HAP) o “Salud en Todas las Políticas”. Esta experiencia es altamente conocida internacionalmente, pues redujo en unos años (1969-2006) la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) en la región de North Karelia en un 85%, y de todo el país a continuación en un 80%. Esta iniciativa, encaminada inicialmente a reducir la mortalidad por IAM, tuvo otros efectos beneficiosos como reducir la mortalidad por cáncer de pulmón en un 80%, con su impacto en la mortalidad cáncer (todos) en un 65%, hizo disminuir la mortalidad cardiovascular total en un 79%, y la mortalidad general en un 62%.

Este enorme cambio se consiguió modificando las condiciones de vida de la ciudadanía de Finlandia con la colaboración de todas las administraciones, las asociaciones ciudadanas, empresas, etc..



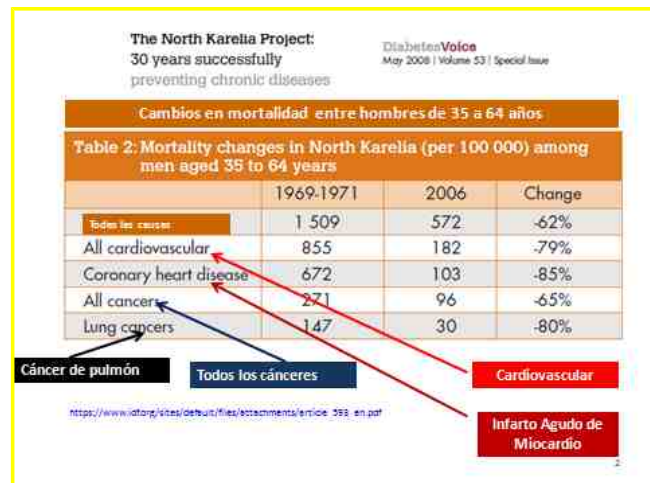
| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 5/80 |



Considerando los factores de riesgo del IAM conocidos en la época (Tabaquismo, Hipertensión arterial e Hipercolesterolemia) pusieron en marcha todos los mecanismos para eliminarlos progresivamente. Apareció la primera legislación antitabaco que años más tarde heredamos, (de esta supresión progresiva del tabaquismo se obtuvo la enorme caída del cáncer de pulmón), se cambiaron los programas educativos , haciendo especial hincapié en dietas saludables, se modificaron los menús escolares, (Educación, AMPAs,.), actividades deportivas apoyadas por clubs deportivos, ayuntamientos... (Cultura y Deportes), se impulsó el desarrollo de espacios deportivos formales (polideportivos ...) o informales (espacios al aire libre, como parques,...); se incorporaron al proyecto asociaciones médicas (Cardiología,..), ciudadanas (voluntariado, de mujeres,..). Se trabajó con la industria y la Administración (Industria, Agricultura,..) para conseguir productos bajos en sal, y en grasas saturadas, así como para disponer de frutas propias de sus latitudes (frutas del bosque), y sus propias verduras, no importadas, y al tiempo promocionar ventas de equipamiento deportivo (ropas, bicicletas, etc) .

Todas las políticas del gobierno finlandés, a todos los niveles (Administración estatal, regional y local) y con la participación de toda la sociedad, se encaminaron hacia este objetivo. Y el resultado se ve en el Gráfico 1.

Gráfico 1



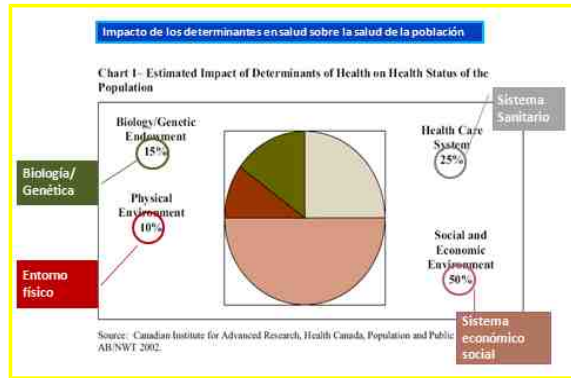
(Fuente: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_593_en.pdf)

Cuando estudiaron este fenómeno pusieron de manifiesto que la caída espectacular de la mortalidad por IAM se debía en más de un 53% por las actuaciones en el entorno socioeconómico, antes descritas, en tanto que la asistencia sanitaria tenía un impacto menor(23%). Confirmado después por el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada. Gráfico 2.

Gráfico 2



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 6/80 | |



(Fuente: http://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf)


De estos avances surge la definición de “**Determinantes sociales de la salud**” que *son aquellas circunstancias - configuradas por las condiciones económicas, sociales, normativas y políticas - en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, que tienen una influencia determinante, para bien o para mal, sobre la salud.*

A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas.

Y como consecuencia de ello se asume la “**Salud en Todas las Políticas**”, como instrumento para la mejora de la salud y disminución de la enfermedad, en la **Declaración de Roma (2007)** por todos los estados miembros de la Unión Europea, de la que el IV PAS es consecuencia inmediata, y potenciada por la Presidencia española de la UE en 2010. La **Salud en Todas las Políticas es un enfoque de mejora de la salud que va más allá de los límites del sector de la salud ... y se entiende como: las políticas de todo un gobierno que tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar de su ciudadanía. pero también implica, involucrar a nuevos agentes en las políticas de salud: La industria, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), las asociaciones de diferente tipo (profesionales o ciudadanas) y al mundo académico, el de la investigación y la innovación.**

El sistema sanitario también es un Determinante de la salud, como se puede ver en el Gráfico 2.

| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 7/80 |



EL SISTEMA SANITARIO. Factor de Protección/Factor de Riesgo.

Es importante hacer una revisión crítica de nuestro sistema sanitario que posiblemente sea sin alardes, uno de los mejores de mundo no solo por la calidad de sus servicios sino también porque es universal (al menos en Andalucía), público, y gratuito. Con un desarrollo espectacular en los últimos treinta años en general y especialmente en Andalucía.

Es relevante señalar que no hay una relación directa entre más gasto sanitario con más esperanza de vida, como se puede comprobar en el Gráfico 3.

Gráfico 3



A pesar de ello el gasto en servicios sanitarios ha ido aumentando en los últimos treinta años por encima del PIB, salvo en épocas recientes de restricciones o recortes. Tal vez pueda explicarse por el modelo, en España universal, público, y gratuito, y en USA solo para quien lo pueden pagar (el Estado cubre a las personas en situación de pobreza de solemnidad: Beneficencia), mediante centros sanitarios privados, y a través de entidades aseguradoras privadas con ánimo de lucro, con quien el ciudadano o su empresa contrata unas prestaciones u otras según sus posibilidades de poder pagarlas. O porque la esperanza de vida está más vinculadas a cuestiones sociales que a asistenciales, como vimos en el apartado Determinantes. O por ambas causas, y otras no controladas.

Por otro lado se está produciendo a nivel mundial una revisión de su actuación, al menos en el mundo occidental. En EE. UU. el sistema sanitario se considera la tercera causa de muerte, lo que da que pensar.

| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 8/80 |



Gráfico 4



Aún así el crecimiento asistencial parece imparable, y esto es un fenómeno digno de reflexión: **el crecimiento de la actividad asistencial es muy superior al de la población.**

En nuestra Comunidad la actividad quirúrgica, solo determinada por los médicos, triplica al crecimiento poblacional en el periodo de 1997 a 2012. Gráfico 5.

Gráfico 5



(Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada / Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). Elaboración propia).
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>)

Curiosamente, esta mayor actividad no genera satisfacción directamente proporcional en la ciudadanía. La satisfacción apenas ha subido en centésimas de 2002 a 2014. No se perciben sustanciales diferencias entre CC. AA. con gastos por habitante muy distantes entre sí, ni con mayor o menor privatización. Gráfico 6.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 9/80 |


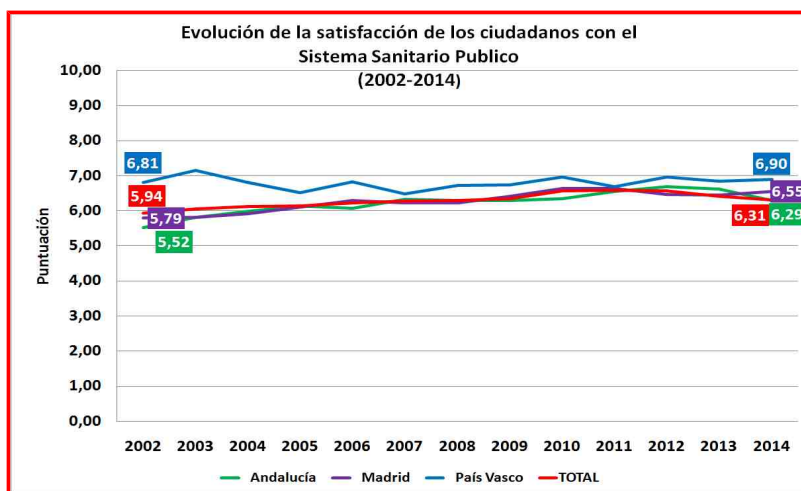


Gráfico 6



(Fuente: Barómetro sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>)


Sin embargo estamos asistiendo a una progresiva *medicalización* de la sociedad, entendiendo por *MEDICALIZACIÓN* “la transformación de situaciones que son normales en procesos patológicos y la pretensión de resolver con la medicina cuestiones que son sociales, profesionales o concernientes a las relaciones interpersonales”. **Las contrariedades que nos da el hecho de vivir como perder el trabajo, suspender un examen, un desamor,.. se somatizan y se acude al profesional médico que, en última instancia, nunca resuelve el problema. Se medicalizan procesos naturales como el embarazo (episiotomía, enemas, rasurados, registros..). Se hacen “revisiones” (en el fondo chequeos) que no aportan nada salvo el sobrediagnóstico y sobretratamiento, con los riesgos consiguientes para la salud. Se toman medicamentos para bajar las probabilidades de morir (cuando todos morimos); por ejemplo, el tratamiento farmacológico con estatinas del colesterol está sometido actualmente a muchas controversias, para algunos salva vidas, para otros que en el mejor de los casos alarga la vida tres meses, y según estudios recientes esta estimación se queda en 3,2 días de media¹ ; atención: se está hablando en todo momento del tratamiento farmacológico.**

Pues a pesar de toda esta discusión, la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 pregunta a la ciudadanía si tiene el colesterol alto, considerándolo un problema de salud crónico. Y lo más curioso es que los encuestados responden, lo que significa que se les ha tenido que hacer un análisis de sangre, algo que las personas sanas normalmente no hacen; ergo alguien les ha convencido de que tener el colesterol alto, que en absoluto duele, ni dificulta respirar ni da fatiga, es un problema de salud.

¹ “The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement”, *BMJ Open* 2015;5. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e007118.full> .

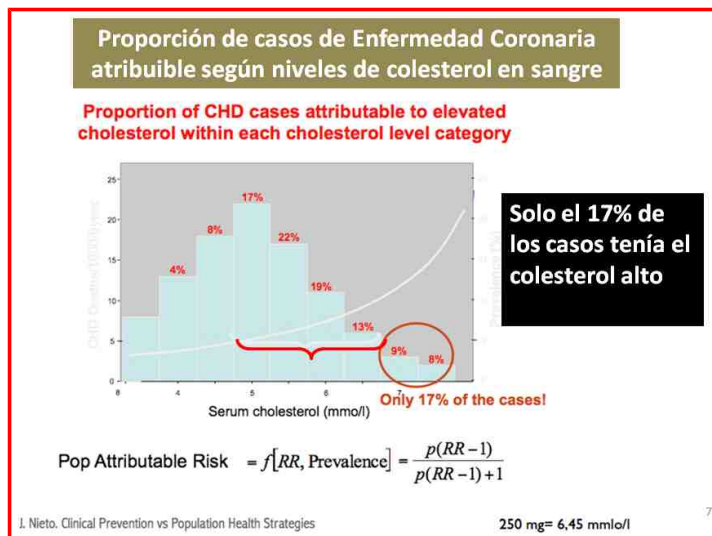


| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 10/80 |



Y lo más curioso de cada 100 fallecidos por infarto agudo de miocardio solo 17 tenían el colesterol elevado. Gráfico 7.

Gráfico 7



Se disparan las pruebas diagnósticas, e incluso son demandadas por los ciudadanos, como las Tomografías Axiales Computerizadas (TAC), y a nadie se le advierte que las radiaciones se acumulan, **cinco TACs (“scanner”) equivalen en pacientes jóvenes a la radiación recibida por los supervivientes a la bomba atómica en Hiroshima²**. Dado que las radiaciones recibidas se acumulan a lo largo de la vida. Recientemente una investigación en Australia publicada en BMJ en 2013 concluía que los niños a los que les habían hecho TACs tenían un 24% más cáncer (especialmente cáncer encefálico a los que habían hecho TACs cerebral). Aumenta un 16% con cada TAC , y cuanto menor es la edad³.

La Agencia Europea del Medicamento considera que cada año en Europa mueren 197.000 personas por efectos adversos a los medicamentos, más que por accidentes de tráfico⁴.

Conocemos que aproximadamente una de cada cinco recetas a personas de edad avanzada en la atención primaria es inapropiada a pesar de la atención que se ha dirigido a la calidad de la prescripción. La difenhidramina (produce somnolencia) y la amitriptilina (genera hipotensión postural y visión borrosa) son los medicamentos prescritos inadecuadamente más frecuentes de efectos adversos de alto riesgo, mientras que propoxifeno* (opiáceo) y doxazosina son los medicamentos más comúnmente recetados con eventos adversos de bajo


² jgervasc@meditex.es ,<http://www.actasanitaria.com/cinco-tac-scanner-equivalen-a-la-bomba-atmica-de-hirosima/>

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23694687>

⁴ http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000491.jsp&mid=WC0b01ac058058f32d



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 11/80 |



riesgo⁵. Lo que se puede traducir en pérdidas de equilibrio y fracturas de cadera.

Todo esto ha dado lugar a varios movimientos mundiales entre los médicos como la “**Alianza mundial por la Seguridad del Paciente**”, otro conocido como “**TOO MUCH MEDICINE**” (**Demasiada medicina**), y el “**CHOOSING WISELY**” (**Eligiendo sabiamente**), este último se traduce en recomendaciones de varias sociedades científicas norteamericanas, canadienses, y más recientemente españolas, de **qué no hacer** en la actividad asistencial cotidiana. Como no dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis, no realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata, etc.

Así que, si bien es cierto que el sistema sanitario tiene un impacto en el alivio de la carga de enfermedad de hasta un 25%, no es menos cierto que la medicalización de la vida cotidiana, **el sobrediagnóstico, y el sobretratamiento pueden suponer un importante factor de riesgo para la salud.**

Por último, e igualmente cruciales, dos cuestiones importantes a señalar:

Primera, la enfermedad y la salud son fenómenos sociales, y por tanto es la sociedad la que recupera al paciente a la misma, en las mejores condiciones posibles. **La ASISTENCIA, es el conjunto de praxis relativas al campo específico de la salud y la enfermedad e incluye: prácticas, técnicas, o similares (curar una herida, prescribir un antibiótico, etc,..) y/o procesos de movilización social (regalos, visitas,...) y manifestaciones de orden moral o ético (altruismo, solidaridad, rezos, ...)**⁶. Por tanto la asistencia incluye no solo al ámbito sanitario, sino también y fundamentalmente a la familia, y las redes sociales. La Red sociosanitaria. Gráfico 8

Gráfico 8



⁵ “Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review”. August 22, 2012. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043617>

⁶ Comelles, J.M.”El proceso asistencial . Bases para una antropología de la medicina en la sociedad española”.II Coloquio de Antropología, 1984



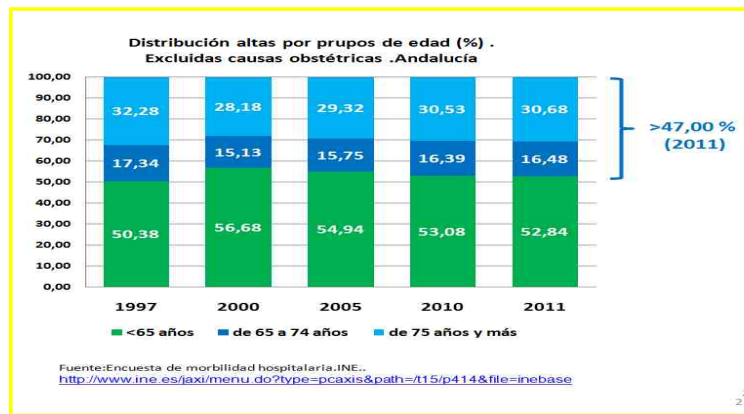
| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 12/80 |



Segunda, aún nuestro profesional sanitario tiene un gran enfoque de atención a procesos agudos y por tanto muy hospitalocentrista, cuando la realidad que se impone es que vamos a sociedades con una población anciana cada vez mayor. En 2020 una de cada cinco personas residentes en Cádiz será mayor de 65 años, según las proyecciones del Instituto de Estadística de Andalucía. Esta realidad ya está impactando en nuestros hospitales, pues en los últimos años, si excluimos los ingresos obstétricos, prácticamente el 50% de las altas son de personas mayores de 65 años, y casi uno de cada tres ingresos se da en personas mayores de 75 años. Gráfico 9.

El futuro está aquí ya con cada vez una población de más edad y con problemas crónicos (diabetes, alzheimer,..) que precisan fundamentalmente cuidados y atención social, para ella y sus familias por lo que los profesionales que necesitamos en función de este patrón epidemiológico de necesidades, no son sólo médicos, sino fundamentalmente de la enfermería y del trabajo social.

Gráfico 9



(Elaboración propia)


DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

Los Determinantes sociales de la salud (educación, empleo, condiciones de vida,..), entre los que incluimos el sistema sanitario, no se distribuyen igualmente entre la población. Esto da lugar a distintas tasas de mortalidad y a diferentes cargas de enfermedad.

Históricamente hemos utilizado las tasas de mortalidad general , o por causas como cáncer, enfermedades cardiovasculares (Infarto agudo de miocardio, ...) ,etc. para comparar situación de enfermedad (que no de salud) de las poblaciones, actualmente usamos lo que se conoce como Carga Global de Enfermedad (Global Burden Disease).



| | | | |
|----------------------------|--|---------------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 13/80 |



La **Carga Global de Enfermedad** se mide en **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (APVD)** , y es el resultado de la suma de **los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)** y de los **Años de Vida con Discapacidad (AVD)**. Ambos conceptos son fáciles de entender. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ejemplo, si una persona se supone que va a vivir 70 años y muere con 50, se han producido 20 Años Potenciales de Vida Perdidos(APVP); de los Años de Vida con Discapacidad (AVD) un ejemplo: si un pianista que va vivir 70 años a los 50 pierde las manos, si bien no es lo mismo que perder la vida, a esta pérdida se le da un valor en términos de calidad de vida; aquí podemos decir que cada año que viva no tiene el valor de 1, sino de 0'5, por lo que a los 20 años que le quedan de vida le damos en valor de 0'5x20=10 Años de Vida con Discapacidad (AVD). Este último ejemplo puede haber sido excesivo, persiguiendo la comprensión de los Años de Vida con Discapacidad(AVD); pero aplíquese a los problemas osteomusculares (dolor de espalda, de cuello,...) o a los nerviosos (ansiedad, depresión,...) no tan notorios pero mucho más frecuentes y que generan discapacidad durante muchos años. Gráfico 10.

Gráfico 10



(Elaboración propia)

Lo que nos lleva a la conclusión de lo que más importante no es tanto saber de que mueren las personas sino cómo viven o como decía Lucio Anneo Séneca **“No importa cuánto vivas, sino que vivas bien”**. La esperanza de vida ha aumentado considerablemente. En Andalucía para 2007 la esperanza de vida se cifraba en 79,8 años (hoy será más), pero la Esperanza de Vida en Buena Salud era de 54,8 años, lo que significa que desde los 54,8 hasta los 79,8 , tendríamos problemas de salud que afectaría a nuestra calidad de vida.

Según el Informe internacional sobre carga de enfermedad publicado en Lancet en 2015⁷, las principales causas de carga de enfermedad , en el sentido que

⁷ “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Volume 386, No. 9995, p743–800, 22 August 2015.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/abstract)



| | | | | |
|----------------------------|--|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 14/80 | |

se ha explicado antes, son por este orden: diabetes, dolor de espalda, dolor de cuello, depresión mayor, caídas, problemas de audición, migrañas, otros desórdenes músculo esqueléticos (artrosis, artritis,.), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (producida por el tabaquismo) y ansiedad. Si nos fijamos bien, aparte de la diabetes , las causas más importantes son las relacionadas con los problemas músculo esqueléticos (dolor de espalda , de cuello, artrosis , artritis.) y problemas nerviosos (ansiedad, depresión..).

Cuando estudiamos los factores de riesgo que conducen a estos problemas siempre aparecen los clásicos como tabaquismo, obesidad hipertensión arterial, más recientemente el consumo de azúcares⁸. En el informe publicado en octubre de este año la hipertensión fue el principal factor de riesgo, ya que se relacionó con una pérdida global de la salud del 9 %, el tabaquismo (6,3 %), los niveles altos de azúcar (6,1 %) y el índice de masa corporal (obesidad), con un 5 %, se colocaron segundo, tercero y cuarto en la lista de factores de riesgo más dañinos para la salud. Ahora con la obesidad y el sobrepeso como ejemplo, mostraremos cómo se distribuyen estos factores según nivel económico. En la última Encuesta Nacional de Salud se podía ver como la obesidad era del 6,3% en mujeres universitarias y 34,2% en mujeres sin estudios, más de cinco veces más. Si la obesidad está asociada a diabetes, problemas músculo esqueléticos, cáncer,.. ¿quién tiene mayores probabilidades de sufrir estos problemas?.

Gráfico 11

| Indice de masa corporal en población adulta (> 18 años) | | | |
|--|----------------------------|---------|---------|
| | OBESIDAD (IMC >= 30 KG/M2) | | |
| | AMBOS SEXOS | HOMBRES | MUJERES |
| TOTAL | 17,0 | 18,0 | 16,0 |
| NO SABE LEER O ESCRIBIR O ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS | 30,2 | 25,4 | 34,2 |
| ESTUDIOS PRIMARIOS COMPLETOS | 23,2 | 22,3 | 24,2 |
| ESTUDIOS SECUNDARIOS DE 1ª ETAPA | 19,0 | 20,3 | 17,6 |
| ESTUDIOS SECUNDARIOS DE 2ª ETAPA O ENSEÑANZAS PROF. DE GRADO SUP. O EQUIVALENTES | 13,3 | 15,6 | 11,0 |
| UNIVERSITARIOS | 8,5 | 11,1 | 6,3 |

Fuente: MSSSI e INE. Encuesta Nacional de Salud 2011/12

(Elaboración propia)

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/DeterminantesSalud_DistribucionPorcentual.xls


Si nos fijamos en los jóvenes, esta situación se reproduce. Las hijas de familias de clase social más alta (I) tiene un porcentaje de sobrepeso y obesidad del

⁸ (Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 Volume 388, No. 10053, p1659–1724, 8 October 2016.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31679-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31679-8/fulltext)



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 15/80 |



16,45%, y las de clase social más baja (VI) del 33,42%. El doble. Gráfico 9. Lo más grave es **que sobrepeso y la obesidad en la adolescencia están fuertemente asociados con un aumento de la mortalidad cardiovascular en la edad adulta**⁹.

Gráfico 12



(Elaboración propia)

El problema está en que las familias con nivel educativo bajo, y por tanto peor ocupación y más baja clase social, reproduce la situación en sus hijos, perpetuándose las desigualdades. Gráfico 13.


Gráfico 13



⁹ Body-Mass Index in 2.3 Million Adolescents and Cardiovascular Death in Adulthood. New England 13 abril 2016. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1503840>

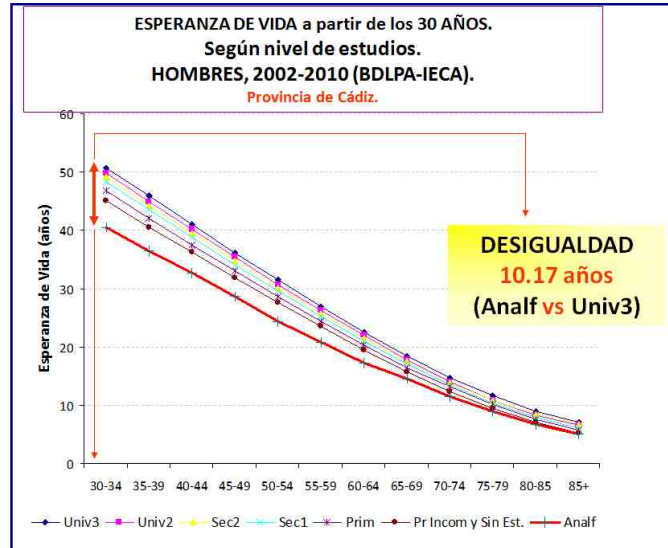


| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 16/80 |



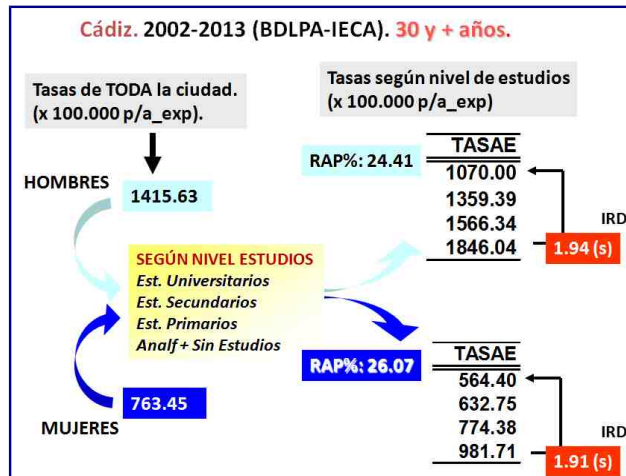
Esta desigualdad se traducirá en esperanza de vida. En Cádiz la esperanza de vida en hombres de treinta años de edad según su nivel de estudios varía en 10,17 años si se es universitario o analfabeto. Gráfico 14.

Gráfico 14



(Elaboración: Antonio Escolar Pujolar. D.T. Igualdad, Salud y Políticas sociales de Cádiz)


Gráfico 15



(Elaboración: Antonio Escolar Pujolar. D.T. Igualdad, Salud y Políticas sociales de Cádiz)

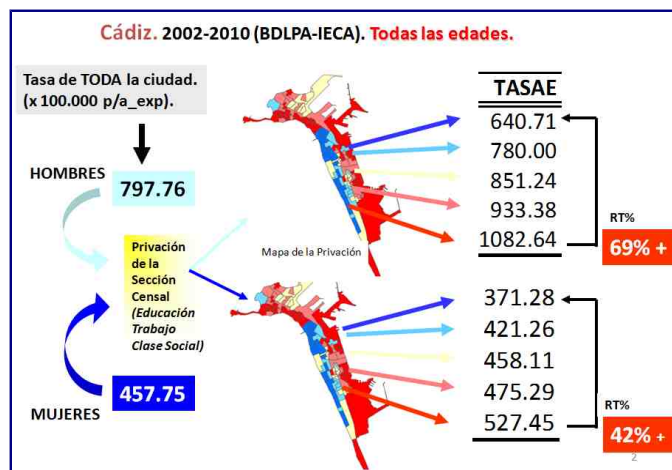
En la ciudad de Cádiz, en términos de mortalidad, en hombres hay diferencias del 94% , y en mujeres del 91% según se comparen personas analfabetos o sin estudios con personas con estudios universitarios. Gráfico 15.

| | | | |
|---------------------|--|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 17/80 |



Si profundizamos en las diferencias por sectores censales de Cádiz clasificándolos según su **índice de deprivación** (índice sintético de educación, trabajo y clase social) nos encontramos diferencias en la tasas de mortalidad de un 69% en hombres y del 42% en mujeres. Gráfico 16.

Gráfico 16



Las desigualdades sociales (educación, empleo, salarios, ..) se traducen en desigualdades en salud. Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Así se definieron en la “Comisión para reducir las desigualdades en salud” durante la presidencia española de la Unión Europea, en 2010.


Es por tanto imperativo luchar contra las desigualdades en salud en la medida de nuestras posibilidades, que es lo que supone la aplicación o provincialización del IV Plan de Salud en Cádiz.

GOBERNANZA

El **Libro Blanco de la Gobernanza europea de 2001** plantea cinco principios como base de una buena gobernanza: apertura y coherencia (transparencia), participación, responsabilidad (rendición de cuentas), eficacia. No sólo son la base de la democracia y el Estado de Derecho en los Estados miembros, sino que pueden aplicarse a todos los niveles de gobierno: mundial, europeo, nacional, regional y local.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CVe772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 18/80 |



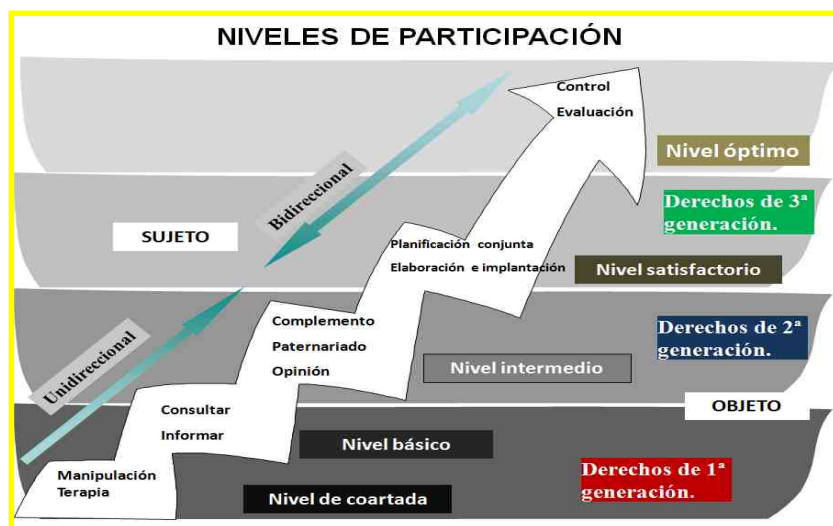
Parte del principio de que **“la legitimidad no se consigue sólo con eficacia y eficiencia, sino que es también fundamental el elemento democrático en el que se subsumen la transparencia, la participación y la rendición de cuentas”**.

Por tanto **el Plan Provincia de Salud debe ser un ejercicio de gobernanza con todos los atributos que la definen**.

Por otro lado PARTICIPACIÓN en sí misma ha demostrado que mejora la efectividad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, facilitando también la accesibilidad de las personas tradicionalmente marginadas por el sistema, y además facilita el cumplimiento, garantizando la responsabilidad de rendir cuentas¹⁰

La **PARTICIPACIÓN** tiene distintos niveles, desde la simple coartada, a un nivel intermedio en que se pide opinión sobre un proyecto ya elaborado o, a otro nivel satisfactorio en el que se elabora con la ciudadanía, como ha sido nuestro caso; tanto a nivel autonómico como provincial, pretendiendo llegar al NIVEL ÓPTIMO de evaluación y control conjunto, que se consigue en gran medida con una periódica rendición de cuentas, y coelaboración de propuestas en el marco de una evaluación y mejora continua. Camino de alcanzar derechos de 3ª generación. Gráfico 17

Gráfico 17




(Fuente: “A ladder of citizen participation”.S.R.Arnstein.Journal of the American Institute of Planners”.1969.Elaboración: Miguel Angel Cuesta Guerrero)

¹⁰ <http://www.healthissuescentre.org.au/documents/items/2008/08/226174-upload-00001.pdf> ; <http://health.vic.gov.au/consumer/pubs/doing.htm>



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 19/80 |



Hoy en Andalucía la transparencia y la participación son derechos establecidos en nuestras leyes. En la **Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía**, cuyos principios básicos son, artº 6:

- a) **Principio de transparencia**, en cuya virtud toda la información pública es en principio accesible y sólo puede ser retenida para proteger otros derechos e intereses legítimos de acuerdo con la Ley.
- b) **Principio de libre acceso a la información pública**, en cuya virtud cualquier persona puede solicitar el acceso a la información pública.

En LEY 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

“Artículo 3. Fines.

1. Son **finas esenciales** de la presente ley los siguientes:

e) Establecer y desarrollar actuaciones para mejorar la salud colectiva, **garantizando el acceso de la ciudadanía a la información y a la participación en la toma de decisiones que afecten a la salud pública.**

Artículo 4. Principios rectores y marco de la actuación de la salud pública.


h) **Principio de participación** .Las Administraciones públicas de Andalucía actuarán siempre bajo el principio de la efectiva participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo de las políticas relacionadas con la salud pública, con especial atención a la población menor de edad y a las personas que por cuestiones sociales o de otro tipo tengan especiales dificultades para hacer valer su acción u opinión

Artículo 15. Derecho a la participación en asuntos de la salud pública.

1. La **población en Andalucía tendrá derecho a la participación efectiva** en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública de manera individual o colectiva.”



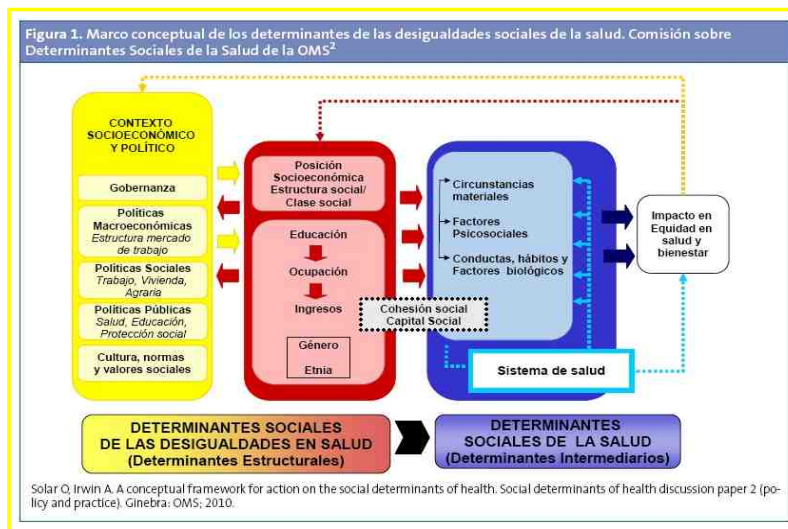
| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 20/80 |



MARCO CONCEPTUAL

En el año 2010 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS establece el marco conceptual sobre el que trabajamos en el IV PAS, y por tanto en el Plan Provincial.

Gráfico 18



(Fuente: "Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil". Rev Pediatr Aten Primaria.2016;18:2038. http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPpCjHf6Em2-PayEcuY-uRhG)

En el modelo se distingue entre **determinantes sociales de las desigualdades en salud**, que son estructurales, y **determinantes sociales de la salud** (intermediarios). Gráfico 18.


Los **determinantes sociales de las desigualdades** están relacionados con el contexto socioeconómico y político en el que nos movemos, y tienen que ver con las políticas públicas que se traducen habitualmente en normativa, como puede ser Ley de Educación, la Ley de Reforma laboral, la Ley de Dependencia, Ley de Salud Pública, etc..

Obviamente no nos enmarcamos en este contexto, puesto que a nuestro nivel no lo podemos modificar. Estos determinantes condicionan la posición socioeconómica donde nos ubicamos (nuestra educación, la ocupación, nuestros ingresos, la jornada laboral, las coberturas sociales, los derechos sanitarios, etc., ..) también estructurales, lo que se traduce en desigualdades en los **determinantes sociales de la salud**: en las circunstancias materiales de las personas (mejor o peor vivienda, materiales escolares para sus hijos e hijas, vehículos, ...), factores psicosociales (estrés..) y conductas, hábitos de vida, etc.

Es importante recalcar que cuando se dice que tenemos que cambiar nuestros hábitos de vida de alguna manera nos culpabilizan como si pudiésemos elegir; una persona que no llega a 600 euros/mes de salario, trabajando más de 10 horas diarias, difícilmente puede adquirir verduras y otros alimentos saludables más caros que los



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 21/80 |



alimentos procesados no saludables , y además tiene menos tiempo para cocinarlos adecuadamente , por lo que recurre a precocinados, y apenas dispone de ocio para el ejercicio de una hora al día de caminar o correr. Obviamente lo que debemos cambiar, en la medida de lo posible, son las condiciones de vida.

El sistema sanitario forma parte de los determinantes sociales de la salud, el exceso de asistencia puede ser perjudicial para la salud al igual que su carencia. En los países occidentales padecemos de exceso.

Nos encontramos en un momento especialmente difícil , pues según el 6º Informe sobre el ESTADO DE LA POBREZA 2016 , elaborado por Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES), sitúa en pobreza o pobreza severa al 35,7% de la población andaluza. Y creciendo.

Gráfico 19

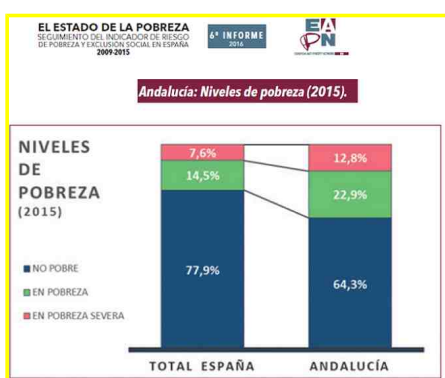
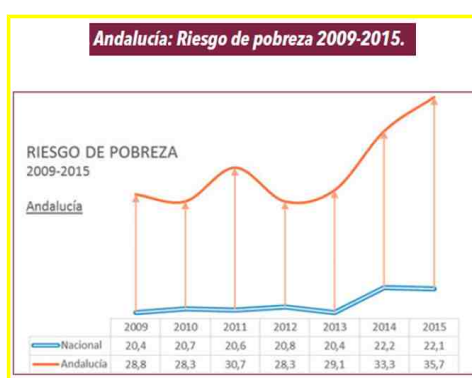


Gráfico 20




Se incorpora en este modelo obviamente la Salud en Todas las Políticas , no solo por la experiencia finlandesa y la declaración de Roma de 2007, que serían motivo más que suficientes, sino porque además se contempla entre los principios de **LEY 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.**

“e) Principio de salud en todas las políticas.

Las actuaciones en salud pública se regirán por el principio de salud en todas las políticas, como estrategia de cooperación horizontal cuya finalidad es contribuir a la mejora de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud a través de las políticas y acciones de todos los sectores de gobierno, con especial atención a los sectores distintos del de salud con capacidad de afectar a las condiciones sociales y económicas que se encuentran en la base del estado de salud de la población.”



| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 22/80 |



Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente como **ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (I)** , pasados a enunciar en esta la segunda parte , **ELEMENTOS CLAVE DEL IV PAS (II)** la faceta provincial del IV PAS en Cádiz



ACTIVOS EN SALUD


Este apartado se basa en dos documentos de los que se han extraído textos íntegros pues no podíamos mejorarlos:

- *“Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud”.* F.Rivera de los Santos,P.Ramos-Valverde,C.Moreno-Rodriguez, M.Hernán-García. Rev.Esp.Salud Pública vol.85 nº.2.Madrid mar./abril .2011.Artículo
- *“Formación en salutogéneis y activos para la salud”* M.Hernán, A.Morgan ,A.L.Mesa. Serie Monografías EASP Nº51

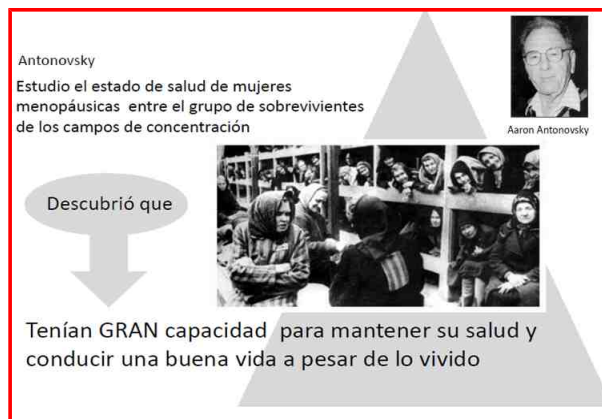
A los profesionales sanitarios (medicina, enfermería) en la Facultad se les enseña lo que es la PATOGÉNESIS, que describe el origen y evolución de una enfermedad con todos los factores que están involucrados en ella. De esta manera aprende a prevenirla, a curarla y a rehabilitar al paciente en su convalecencia. El enfoque biomédico, o patogénico, por el que se genera la salud a través de la eliminación de los riesgos de enfermedades es el paradigma dominante en la actualidad. Sabemos mucho sobre cómo se produce la enfermedad pero casi nada de cómo se genera la salud, o SALUTOGÉNESIS.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 23/80 |



Aaron Antonovsky, un médico y sociólogo norteamericano, se desplazó a Israel en los años sesenta a estudiar la situación de las personas que habían estado en campos de concentración. Tal y como se esperaba, el grupo de mujeres supervivientes de los campos de concentración exhibía significativamente más signos de enfermedad en comparación con las mujeres del grupo control. Sin embargo, hasta el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas. Antonovsky se preguntó cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Estaba intrigado por la pregunta de por qué algunas personas, independientemente de las principales situaciones de estrés y dificultades graves, se mantengan sanas, mientras que otras no lo hacen.



Antonovsky utilizó tres preguntas que fueron claves en la fundación de su teoría:


- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Y tras estas preguntas Antonovsky desarrolla los conceptos fundamentales con su teoría (**SALUTOGENESIS**): **los Recursos Generales de Resistencia (RGRs)** y el **Sentido de Coherencia (SOC)**.

Los **Recursos Generales de Resistencia (RGRs)** son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 24/80 |



disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó **Sentido de Coherencia (SOC) (Sense of Coherence)**, convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría.

Según el autor, el **SOC** estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, *por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.*

Un uso óptimo de los Recursos Generales de Resistencia da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de percibir la vida y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida. Es decir, el SOC es la capacidad para percibir que se es capaz de manejar cualquier situación independientemente de lo que está sucediendo en la vida.

En la carta de Ottawa(1986) se definía la **“Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”**, y aquí la **teoría salutogénica** de Antonovsky se ajustaba a la perfección. por tres razones principales: en primer lugar, porque *el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones*; en segundo lugar, porque *identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva*; y, en tercer lugar, *porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC* (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales.


En este modelo va a ganar valor la idea de **activos para la salud o el patrimonio de las personas y las sociedades (cualquier factor o recurso) para tener, mantener o mejorar su salud.**

La conceptualización de activos para la salud sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable.

Aparecen así **dos modelos**: el de la **PATOGÉNESIS** o **modelo del déficit** ,en el que en la base está el problema , que busca para su solución el recurso profesional (médico ,enfermera ,.. centro de salud ,hospital).; y el de la **SALUTOGÉNESIS** o **modelo de activos** , en el que la capacidad, la habilidad y el talento de los individuos, las familias y las comunidades, buscan soluciones positivas que les fortalezcan su autoestima para resolver los retos del ambiente. **El primero depende del sistema sanitario y el segundo de los individuos y de las comunidades a las que pertenecen.**



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 25/80 |



Para desarrollar el de activos es imprescindible “empoderar” a los ciudadanos para que tomen sus propias decisiones encaminadas a la mejora de su salud, usando los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) y su Sentido de Coherencia (SOC). Gráfico 21. Como veremos después disponemos de numerosos recursos a nuestro alcance que debemos convertir en activos para la salud, “activarlos”.

Gráfico 21



No es casual que dediquemos tanto espacio al tema de “Activos en salud”, dado que le tercer Compromiso del IV PAS es **“Generar y desarrollar los activos de salud de Andalucía”**, y de alguna manera impregna a todos los demás

En un reciente trabajo de investigación de la Universidad de Cádiz¹¹ se identificaron ocho grupos de recursos convertibles en *activos en salud*. Ejemplo, las canchas deportivas de los colegios quedan cerradas a la población los fines de semana , activarlas sería abrirlas estos días , hacerlas disponibles y conseguir que se utilicen para hacer deporte por los jóvenes del barrio. A continuación se describen los **ocho grupos de recursos**.


Recursos:

1. **De los individuos:** Conocimientos y creencias (salud, tradiciones, recursos..., Motivación, actitud, sentido de la vida, alegría, felicidad, optimismo, manera de tomarse y entender la vida. Autoestima, resiliencia, actividad, responsabilidad, creatividad, sinceridad. Capacidad de afrontamiento. Habilidades sociales / de comunicación y sociabilidad. Concepción de comunidad, de pertenencia. Generosidad, solidaridad, altruismo

¹¹ *Activos para la salud en la provincia de Cádiz: Una aproximación a través de la visión de los profesionales de la Salud*. Martínez JM, López C, Robles MM, Rojas J, Suárez-Barcena A. SPP-UCA-2015.



| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 26/80 |



2. **De las relaciones informales/sociales** : Amigos. Redes sociales amplias/grupos de iguales. Vecinos. FAMILIA



3. **De las asociaciones formales:** De enfermos y familiares, GAM..Voluntarios y ONGs..Religiosos .Deportivos (vela, futbol, ciclismo, pesca, caza...).Culturales y lúdicos. Vecinos. AMPAS. Amas de casa. Mujeres (de la mujer).



4. **De las organizaciones:** Ayuntamientos, Comunidad Autónoma (Junta de Andalucía, Consejerías), Diputación, Universidad, Empresas y Sindicatos.



| | | | | |
|---------------------|--|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 27/80 | |

5. **Físicos y medioambientales:** Clima. Instalaciones deportivas / para actividad física. Espacios creados / acondicionados en entorno urbano. Espacios naturales. Vivienda. Ciudad: tamaño no excesivo. Medios de transporte / comunicaciones. Entorno / Ambiente social. Económicos. Culturales.



6. **Económicos:**

- ✓ Sector Primario (ganadería, agricultura, viticultura/bodegas, pesca)
- ✓ Sector Secundario (industria, alimentación, marroquinería...)
- ✓ Sector Terciario (hostelería/turismo -playa, rural, "festivo"-, comercios, actividad portuaria)

7. **Culturales.**

- ✓ Artes/actividades culturales: (de forma pasiva o activa)

Teatro, cine, música, baile/danza, pintura, escultura, literatura...



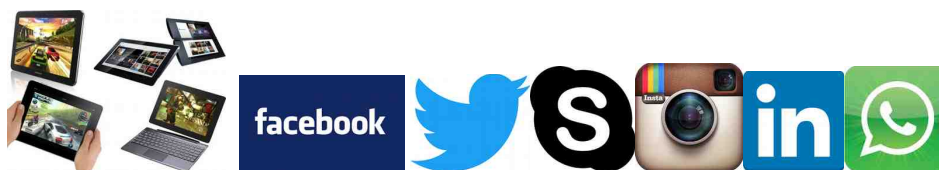
- ✓ Costumbres/tradiciones:

Flamenco, caballos, religiosidad, carnaval, ferias, romerías, alimentación (dieta mediterránea)... o la propia idiosincrasia de las personas de la zona



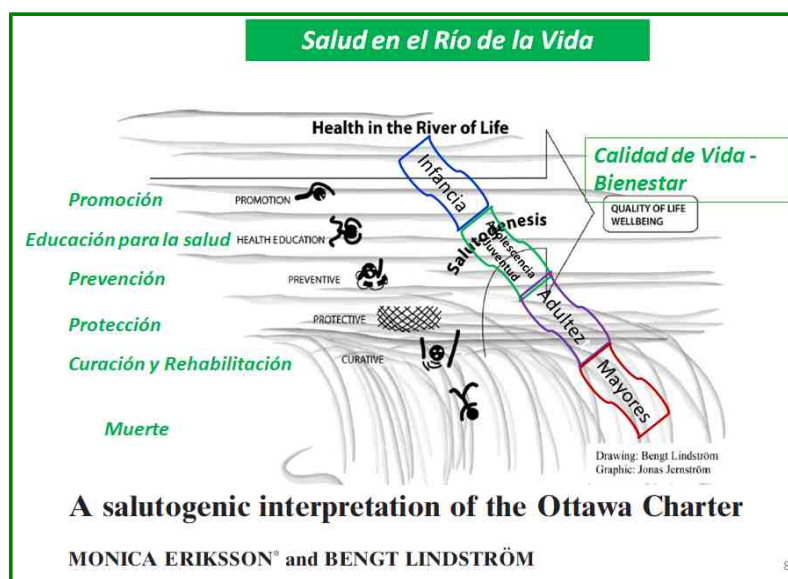
| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 28/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

8. Otros. Nuevas tecnologías, Internet, TIC's



EL RIO DE LA VIDA

Gráfico 22




El río de la vida ha tenido varios significados, uno es el del propio desarrollo vital desde la infancia a la muerte. El **modelo clásico** de la medicina clínica y la salud pública con sus diferentes actuaciones. Dentro de éste en una primera etapa de la **curación y rehabilitación de enfermedades**. Según el símil del río, la perspectiva curativa en salud significaría "salvar a la gente de ahogarse", utilizando caras herramientas tecnológicas y profesionales bien entrenados.

En una segunda etapa la **protección de la salud y prevención de enfermedad**:

- **Protección**. Desde este enfoque, las intervenciones tendrían como objeto evitar los riesgos de caer enfermo, dirigiendo los esfuerzos a la población general, pero otorgándole un papel pasivo en el proceso. Ejemplo, la inspección de bares, restaurantes y cafeterías para evitar las toxiinfecciones alimentarias. Según la metáfora, se trataría de colocar barreras al río para evitar que las personas caigan en él.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 29/80 |



- **Prevención.** En este caso se trataría de prevenir las enfermedades a partir de la intervención activa de las propias personas. Es decir, se trata de administrar un chaleco salvavidas para evitar que las personas se ahoguen en el río.

En la tercera etapa coexistirían la **Educación para la Salud** y la **Promoción de la Salud**.

Por un lado, desde la **Educación para la Salud**, los profesionales tratarían de **informar, a nivel individual o grupal, de los riesgos para su salud, proporcionando consejos sobre cómo deben vivir para mantener su salud y evitar los riesgos**. Progresivamente, con el paso del tiempo, las personas van participando cada vez más en este proceso llegando a ser capaces de tomar sus propias decisiones contando con el apoyo de los profesionales. Volviendo a la metáfora del río, los esfuerzos estarían dirigidos a "enseñar a las personas a nadar".


Por otro lado, desde la **Promoción de la Salud** la responsabilidad de la acción se extendería más allá del sector salud, de modo que la salud se entendería como un derecho humano a conseguir a través de la coordinación de toda la sociedad. En este caso, **el individuo se convierte en un sujeto responsable, activo y participante. La tarea de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones para que las personas puedan tomar decisiones bien fundamentadas**. La educación sanitaria es aquí sustituida por el aprendizaje acerca de la salud, a partir de la reciprocidad de un diálogo en salud.

Por último, la cuarta etapa se caracterizaría por **la mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida**. El objetivo último de las actividades de Promoción de la Salud es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable; es decir, la clave del proceso está en aprender a reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido de aquellas que generan salud, las que mejoran la calidad de vida y las que desarrollan el SOC

En **el marco salutogénico, que es el que adoptamos en el PSP, la metáfora del río es diferente**. En este caso, se trataría del "río de la vida", donde la dirección principal en el fluir del agua ocurre horizontalmente, a pesar de que a lo largo de todo su recorrido existe permanentemente un salto vertical del agua, en forma de cascada. Al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente. **La dirección principal de la vida no es la muerte y la enfermedad, representada por la cascada**. Algunas personas nacen cerca del lado opuesto a la cascada, donde pueden flotar con facilidad, las oportunidades de la vida son buenas y tienen muchos recursos a su disposición, como en un estado de bienestar duradero. En cambio, otras personas nacen cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor. **El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Sin embargo, el resultado de la travesía a través del río de la vida se basa principalmente en la capacidad para identificar y utilizar los recursos**



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 30/80 |



necesarios para mejorar las opciones de salud y, en definitiva, la calidad de vida.

Nosotros aplicamos el enfoque salutogénico a todas las etapas de la vida (Infancia, Adolescencia/Juventud, Adulthood, y Mayores).

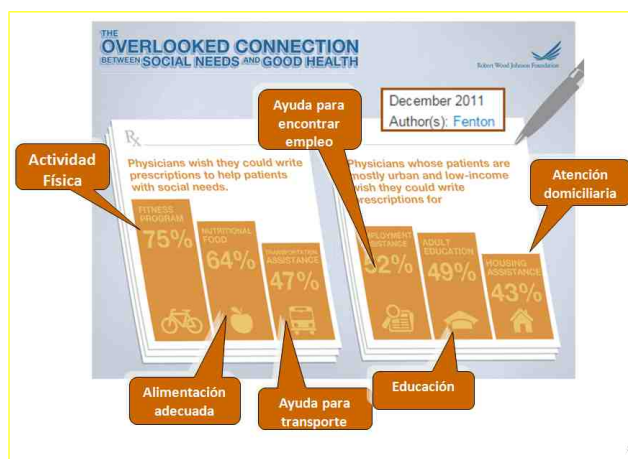
ACTIVIDAD FÍSICA

Cuando revisamos el Modelo Conceptual para actuar en los determinantes sociales de las desigualdades en salud distinguíamos entre estructurales e intermediarios, y señalábamos lo difícil que era modificar lo estructurales y que además quedaban fuera de nuestro alcance el Plan de Salud Provincial. Aquellos en los que podíamos influir eran los determinantes sociales de la salud (intermediarios) que son las circunstancias materiales de las personas (mejor o peor vivienda, materiales escolares para sus hijos, vehículo, espacios de ocio disponibles,..), factores psicosociales (estrés,..) y conductas ,hábitos de vida, y el propio sistema sanitario.

La actividad física se ha demostrado como un elemento muy importante para mejorar la salud y para prevenir la enfermedad. En la encuesta nacional de proveedores de atención primaria y pediatras encargada en USA en 2011 por la Fundación Robert Wood Johnson a médicos de comunidades con bajos ingresos ¹² el 85 por ciento los médicos, cree que las necesidades sociales insatisfechas -cosas como el acceso a alimentos nutritivos, transporte confiable y una vivienda adecuada - conducen directamente a una peor salud para todos los estadounidenses.

Si **los médicos y médicas** tuviesen la posibilidad de escribir recetas para necesidades sociales, en general **prescribirían y por este orden:** programas de actividad física (**75%**), **alimentación adecuada (64%)** y **asistencia de transporte (42%)** ; y en las áreas urbanas, además, ayuda a encontrar **empleo (52%)**, **educación (49%)** , y **atención domiciliaria (43%)** .


Gráfico 23



¹² "Health Care's Blind Side The Overlooked Connection between Social Needs and Good Health December 2011. Author(s): Fenton. <http://www.rwjf.org/en/library/research/2011/12/health-care-s-blind-side.html>



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 31/80 |



Salvando las distancias con USA, teniendo en cuenta nuestras limitaciones, y el diagnóstico o perfil de salud de nuestra provincia, no especialmente distinto de otras de nuestra Comunidad, la promoción de la actividad física es imprescindible, pues se ha demostrado como un elemento clave para la protección y para la promoción de la salud, que se puede considerar como un activo en salud, si somos capaces de favorecer las condiciones de vida que lo faciliten.

Para que seamos conscientes del impacto de la actividad física en la salud baste conocer un reciente estudio publicado en 2015¹³, en el que se puede constatar **cómo 75 minutos de actividad física vigorosa, o 150 minutos de actividad física moderada por semana, se puede disminuir el riesgo de mortalidad en un 20%**, si casi duplicamos ese tiempo de actividad física el riesgo de mortalidad decrece en un **31%**, y si alcanzamos las dos a tres veces ese esfuerzo llegamos **hasta el 37%**. Más allá no se producen mejoras.

En una enfermedad que nos preocupa especialmente como el cáncer, **los altos niveles de actividad física** comparados con bajos niveles de actividad física **durante el tiempo libre se asociaron con un menor riesgo de 13 tipos de cáncer (descenso del riesgo del cáncer** de esófago en un 42%, en el cáncer de hígado un 27%, cáncer del pulmón un 26%, de riñón un 23%, de estómago un 22%, de colon un 16%, de mama un 10%, etc.)¹⁴.

La cuestión estriba, como decíamos antes, en favorecer las condiciones de vida que lo faciliten. El Anteproyecto de ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía una vez traducido en ley, nos va a allanar el camino.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.

Entre nuestras actividades de información/formación dirigidas a la ciudadanía, funcionariado y profesionales sanitarios que han participado en la elaboración del Plan Provincial de Salud derivado del IV PAS, destaca la conferencia "Antropología de la alimentación sana", dictada por el especialista en Endocrinología y Nutrición Dr. Juan José Silva Rodríguez (UGC Endocrinología y Nutrición) Hospital Universitario Puerto Real.

En la misma se señala que hasta el momento, científicamente probado, en consonancia con los presupuestos de la Pirámide de la Alimentación Saludable editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, lo más relevante es:


1º Estamos bien adaptados a los cereales integrales y los derivados de los hidratos de carbono complejos,

¹³ "Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship". JAMA Intern Med. 2015 Jun;175(6):959-67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25844730>

¹⁴ "Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults." JAMA Intern Med. 2016 Jun 1;176(6):816-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27183032>



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 32/80 |



2º **No estamos adaptados a la ingesta diaria de hidratos de carbono simples** (azúcares*¹⁵), pues la glucosa como tal es escasa en el medio natural. La diabetes y la obesidad son prueba de ello.

3º **Estamos muy bien adaptados a la ingesta diaria de frutas y vegetales. No estamos adaptados a prescindir de ellos** y prueba de ello son gran parte de las patologías gastrointestinales, incluyendo el estreñimiento, la diverticulosis y otras como la obesidad y el cáncer de colon.

4º Además estamos **muy bien adaptados a los aceites de origen vegetal (aceite de oliva). Y a las legumbres y los frutos secos**, que han supuesto un alimento constante por su característica de incorruptibilidad

5º **No estamos adaptados a la ingesta diaria y abundante de carnes rojas y a la gran cantidad de grasa saturada*¹⁶ animal que ello conlleva**. La ineficacia de nuestro sistema lipoproteínico ante este cambio en la alimentación deriva en las patologías que mayor morbimortalidad provocan en el mundo occidental: infartos agudos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y obesidad.

6º Estamos **muy bien adaptados a los pescados**, que han supuesto un alimento básico y constante

En cualquier caso, a lo que peor adaptada está la especie humana es a la cantidad total de calorías consumidas en la ingesta diaria.

Han llamado la atención recientemente lo beneficiosos para la salud que es el consumo de cereales integrales (en pan...), es decir, con el grano íntegro, con el endospermo, germen y salvado, en contraste con los granos refinados a los que se les quita el germen y el salvado durante el proceso de molienda. En el grano entero, o íntegro, la capa exterior o salvado es fuente de fibra, vitaminas B, hierro, magnesio y zinc; el germen contiene antioxidantes, vitamina E y vitaminas del complejo B, mientras que el endospermo (lo que queda en la harina refinada) proporciona hidratos de carbono y proteínas.

No hay que confundir con el “pan integral” conocido convencionalmente, que está elaborado con harina refinada a la que se adiciona salvado.

En publicaciones de 2016¹⁷ se ha evidenciado que **el consumo de grano integral** (sus harinas, etc.) **disminuye la mortalidad por: cáncer un 15 % (9-20 %); enfermedad respiratoria un 22 % (13 – 30%); enfermedades infecciosas 26% (4 - 44 %); por todas las causas no cardiovasculares, no cancerosas: 22 % (18 -25%) y para todas las causas : 17% (10 – 23%).Y disminuye el riesgo de la**


¹⁵ Los azúcares simples no solo están presentes en dulces, golosinas, referescos, etc sino también en innumerables productos procesados (carnes, etc..)

¹⁶ Estudios recientes hablan fundamentalmente grasas “trans” que aparecen habitualmente en alimentos procesados, y no solo en carnes, sino también en patatas fritas, etc..

¹⁷ Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies BMJ 2016;353:i2716 Published 14 June 2016 <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2716>



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 33/80 |

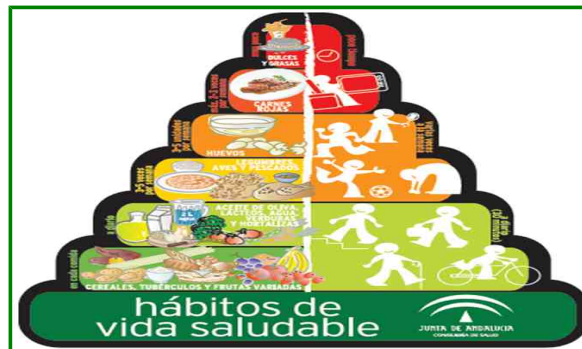


enfermedad cardíaca coronaria: un 19% (13 -25%) y de la enfermedad cardiovascular :un 22% (15 -27%).

El que se puede ir avanzando en este campo lo demuestra la iniciativa del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz de sustituir en la dieta hospitalaria el pan hecho con harinas refinadas por pan integral, así los usuarios que toleren la fibra, recibirán diariamente entre 120 y 180 gramos de pan elaborado con grano integral , en proporción a la ingesta calórica que tengan prescrita , lo que representa entre el 20 y el 25% de su ingesta calórica diaria.

En resumen ,siguiendo la pirámide de los alimentos y a actividad física podríamos obtener grandes beneficios en salud. La cuestión es cómo facilitar a la población las condiciones para conseguirlos .Gráfico 24.

Gráfico 24



PREEXISTENCIA DE RECURSOS

Uno de los grandes descubrimientos que aportó el trabajar con todo tipo de asociaciones, técnicos de la administración autonómica y local, profesionales sanitarios, etc., es que descubrimos que incluso técnicos o profesionales sanitarios, desconocían toda la oferta de prestaciones y servicios de la Junta de Andalucía (todas ellas con repercusión en la salud de los ciudadanos conforme al principio de Salud en Todas las Políticas), e incluso que se hacían propuestas por los grupos de trabajo de cosas que ya existían.

| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 34/80 |



Gráfico 25: Jóvenes



Gráfico 25 Adultos



| | | | |
|---------------------|--|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 35/80 |



Grafico 26: Mayores



El problema es que es la ciudadanía quien debe ir buscando la solución a su problema, y lo hace siguiendo la **ley de cuidados inversos**, que ya definió Julian Tudor Hart para la asistencia médica ,y dice así: **“el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida”**.(Hart, 1971). Es decir, que quien más lo necesita no suele obtener el servicio o prestación que busca o porque no conoce de su existencia o porque no sabe gestionarla

Por otro lado quedó claro que cada Administración pretendía cumplir sus objetivos, independientemente de los que tuviesen otras administraciones, autonómicas o locales. No se trabaja de forma sinérgica con un objetivo, o una población diana, común, aún persiguiendo objetivos análogos. Lo que nos hace menos eficaces y menos eficientes .La ciudadanía va buscando puerta a puerta la solución a sus problemas , que no suelen ir independientes , como ejemplo ,un anciano que vive solo con alguna enfermedad crónica , con dificultad para moverse, con pocos recursos económicos, etc tendrá que solicitar ayuda en su centro de salud, en los servicios sociales municipales, en Cruz Roja o Cáritas, etc., etc..No se suele hacer un plan individualizado por sector (,alimentación en escolares ,ancianos con dificultades de movilidad..) o persona, en el que se determinen todas sus necesidades y se den respuestas sinérgicas y conjuntas desde administraciones , ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc..

En general **debemos disponernos alrededor del ciudadano, determinar sus problemas con el ciudadano individualmente o con su tejido asociativo, consiguiendo una acción intersectorial**



| | | | |
|---------------------|--|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 36/80 |




Gráfico 27

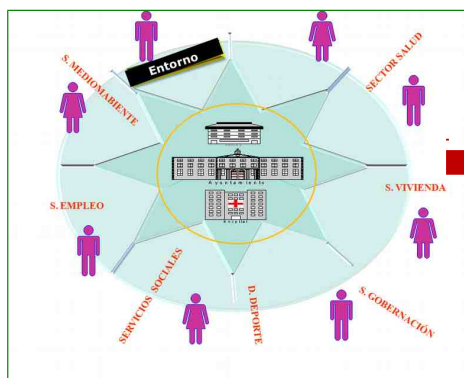
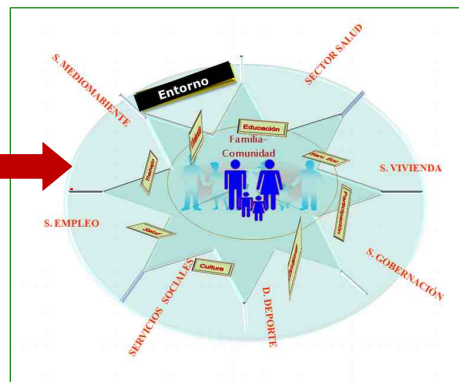


Gráfico 28



Gráfica 29



En esta acción intersectorial compartimos la realidad, los objetivos, las intervenciones, aportando cada uno según sus competencias ,y evaluando de forma dinámica , de manera que nos adaptemos a una realidad cambiante. Habrá que evaluar para hacer un seguimiento de los resultados obtenidos sobre los resultados esperados, y evaluar o investigar a su vez, el por qué hemos obtenido estos resultados, igualmente si son buenos o no tan buenos.

| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 37/80 |



EVALUACIÓN/PROCESOS

La evaluación debe formar parte de la planificación e incorporarse desde el inicio, de manera, que como quedó claro en los grupos de trabajo y después para el Comité científico del IV PAS en Cádiz: **lo que no se puede evaluar no se hace**.

Aplicaremos a los Objetivos operativos del Plan de Salud Provincial de Cádiz, el mecanismo de **evaluación y mejora continua** de Avedis Donavedian ,(Gráfico 30), determinando la **Estructura** (medios de los que disponemos para alcanzar nuestros objetivos, tanto materiales como humanos), **Proceso** (los pasos que damos para conseguir esos resultados .Gráfico 31) y **Resultados** (comparando lo esperado con lo conseguido).Las tres fases llevan sus propios **indicadores y sus estándar** o patrón oro (si los hay o tendremos que definirlos al inicio) .

No siempre podemos observar los resultados de forma inmediata (ejemplo, bajada de porcentaje de niños y niñas con obesidad o sobrepeso al cabo de cinco años en un determinado centro escolar), lo que nos obliga a disponer de indicadores de Proceso, es decir , los que nos digan si estamos haciendo adecuadamente (cuantitativa y cualitativamente) lo que dijimos que íbamos a hacer para conseguir esos resultados, año a año. Esto nos permitirá de forma dinámica detectar posibilidades de mejora (Gráfico 32)

Gráfico 30



Avedis
Donavedian

- Estructura
- Proceso
- Resultado

Para ello hay que definir los **Procesos**, determinando que actividades se van a llevar a cabo, en que secuencia, quien las va a hacer, en qué tiempo, con qué indicadores y qué criterios de calidad. Gráfico 31.


Gráfico 31



Secuencia de actividades de un proceso.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 38/80 |



Si a lo largo de estos procesos somos capaces de detectar oportunidades de mejora, podremos analizar sus causas, buscar soluciones , convertirlas en acciones, que debemos de seguir y evaluar ,para rehacer el camino priorizando nuevas posibilidades. Esto en un círculo de evaluación y mejora de la calidad. Gráfico 32.

Gráfico 32



Hasta aquí los elementos clave a tener en cuenta en el desarrollo del Plan de Salud Provincia de Cádiz, y que fueron explicados a los miembros de los grupos de trabajo/participación , antes de encomendarles la tarea de elaborar propuestas enmarcadas en el IV Plan Andaluz de Salud.

| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 39/80 |



RELATO. PROVINCIALIZACIÓN DEL IV PLAN ANDALUZ DE SALUD.

El Consejo de Gobierno aprueba el **IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS)** en octubre de 2013. Culmina así el trabajo de varios años de más de 150 personas (profesionales sanitarios y no sanitarios, representantes de asociaciones ciudadanas y de autoayuda., técnicos de la administración autonómica y de la administración local,..).Configurándose en **6 Compromisos** (Gráfico 1), **24 Metas** y **92 Objetivos**.

Gráfico 1



El IV PAS tiene distintas rutas de implantación y desarrollo: la Ruta de Salud en Todas las Políticas a nivel autonómico; la Ruta de los Servicios de Salud , y la Ruta Territorial que pasa por el nivel local o localización, con la elaboración de los Planes Locales de Salud (Red de Acción Local en Salud :RELAS) por el nivel provincial o PROVINCIALIZACIÓN .Gráfico 1.

Aprobado el IV PAS debe trasladarse a las provincias, o como se conoce "*provincializarse*". De manera que los seis compromisos, con sus veinticuatro metas, y noventa y dos objetivos se traduzcan en objetivos operativos a nuestro nivel, con estrategias y acciones concretas evaluables tanto en su puesta en funcionamiento como en sus resultados y, en la medida de lo posible, su impacto en la salud de la ciudadanía, aunque esto último se entiende a más largo plazo. En resumen elaborar un Plan de Salud Provincial para Cádiz que dimane del IV PAS.



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 40/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

Gráfico 2



El IV PAS se armó de todas las evidencias científicas disponibles, y de los mejores estudios empíricos, nacionales e internacionales para dar consistencia a sus propuestas. La *provincialización* debe asumir en coherencia las mismas características.

Quedó claro desde un principio que el IV PAS era un ejercicio de **“Gobernanza”**, en el sentido de que la Administración debe basarse en los principios de **eficacia, eficiencia, transparencia, participación y rendición de cuentas**, y éste es nuestro compromiso. La Comisión o Foro de Participación es en sí misma la muestra de ello.

A continuación se describen todas las actuaciones llevadas a cabo en la provincia de Cádiz para elaborar el Plan de Salud Provincial.


El objetivo que nos propusimos fue provincializar el IV PAS, por lo que era imprescindible que entre todos hiciésemos una propuesta/borrador a aprobar por la **COMISIÓN PROVINCIAL DE COORDINACIÓN** (compuesta por todos los delegados territoriales, no olvidemos que hablamos siempre de Salud en Todas las Políticas) y se convirtiese de esta manera en el **PLAN SALUD PROVINCIAL (PSP)**.

El 15 octubre en el marco de la Delegación de Salud , se realiza una reunión con el Delegado del Gobierno y su equipo en el que se explica el IV PAS (sus contenidos ,sus aspectos científicos, la gobernanza con lo que esta significa. etc.) .El Delegado no solo lo aprueba, como era de esperar al ser un programa de Gobierno, sino que pone todos los recursos de su Delegación para apoyarlo y conseguir que culmine con éxito. Es el punto real de partida.

Como inicio es imprescindible un **plan de comunicación** para todos aquellos que pudiesen aportar al IV PAS (propuestas, ideas, experiencias, ..) o facilitar su aplicación).



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 41/80 |



Había que “**comunicar**” que es mucho más que contarlo, es “**conseguir coincidir en ideas o sentimientos con otra persona**”.

Había que **hacer accesible a todos**, los **fundamentos del IV PAS** (determinantes Sociales en salud, las desigualdades en salud , y hacerlos evidentes en Cádiz ..), **el diagnóstico de situación** (Años Potenciales de Vida Perdidos, los factores de riesgo, los de protección como alimentación adecuada y ejercicio físico, etc), **y los instrumentos para cambiar esta realidad** (el río de la vida , activos en salud, trabajo por procesos, el papel de la ciudadanía , la participación como elemento de mejora y la preexistencia de recursos que a veces no conocemos en la propia Administración..).

Había que realizar **todo un ejercicio de transparencia**.


Gráfico 3



Para ello se buscaron a los mejores ponentes en la provincia, procedentes de la Consejería de Salud, del SAS, de la Universidad de Cádiz, y de la Diputación. E incluso se disponía del libro “**La salud en Cádiz y sus determinantes**”, entre cuyos autores y editores se encuentran nuestros ponentes.

En primera instancia desde la Secretaria General de la Delegación del Gobierno se convocó a cinco talleres de formación (cinco: cuatro en 2014 y uno en 2015) a **todos los Jefes y Jefas de Servicio así como Secretarios y Secretarias de todas las Delegaciones de la Junta de Andalucía en Cádiz** (n=77) , de los que acudieron la gran mayoría y de todas las Delegaciones en la sede de la Delegación del Gobierno. Fueron cuatro sesiones (7,5 horas/sesión)

| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 42/80 |



Lo más gratificante: tras los talleres hicimos una encuesta entre algunos asistentes sobre si consideraba que la salud aportaba valor añadido a su trabajo y el 84% contestó que sí; y si creía que su trabajo podría generar salud y el 75% contestó afirmativamente. La Salud en Todas las Políticas es una realidad posible.

A continuación, el **25 de febrero de 2015**, efectuamos una sesión análoga (6 horas) dirigida a **todos los directivos del Servicio Andaluz de Salud en la provincia** y la EPES(061). Gerentes, directores/as, subdirectores/as médico/as, de enfermería, de servicios generales, responsables de atención al ciudadano, de Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Definimos el papel de los servicios asistenciales sanitarios en el IV PAS y en los resultados en salud.

El **10 de marzo de 2015**, realizamos un encuentro con **todos los técnicos de Distrito de Atención Primaria y de las Áreas de Gestión Sanitaria**. Epidemiólogos, Técnicos de Promoción de Salud, de Educación para la Salud, Veterinarios y Farmacéuticos de Protección de Salud (n=37). En dos partes, una primera de visión general del IV PAS, y una segunda consistente en un taller práctico, dirigido específicamente a las personas con responsabilidad en Educación para la Salud, Promoción de la Salud, para que ejercieran de coordinadores, con una puesta en común sobre recursos a emplear y propuesta de guía metodológica para la actuación de los grupos de trabajo a crear en la implantación del Plan.

Se tenía claro desde un principio que los profesionales sanitarios de Atención Primaria tenían que ser llamados a participar como conocedores cercanos de los problemas de salud de la población.


Conscientes de la **especial configuración de la provincia de Cádiz**, era obvio que se tenían que asumir para trabajar las **tres áreas fundamentales** de la misma (**Área Norte de Cádiz, Área del Campo de Gibraltar, y Área de la Bahía de Cádiz y La Janda**), y acercar, hacer accesible geográficamente, datos, contenidos, ideas, instrumentos, etc, como elemento clave para la transparencia que perseguíamos. Este acercamiento también era imprescindible para ciudadanos, representantes de asociaciones y técnicos locales.

Las sesiones de mañana y tarde para **médico/as, enfermeras, trabajadores/as sociales de Atención Primaria** se hicieron efectivas en las aulas de formación de los hospitales del SAS de Jerez, Puerto Real y Algeciras los **días 21,22 y 23 de abril de 2014**. Los almuerzos, imprescindibles para poder trabajar mañana y tarde, fueron financiados por la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Fueron 72 profesionales, distribuidos en tres sesiones de 7,5 horas cada una (22,5 horas), que de hecho se alargaron por la intensa participación en los debates

En los **días 27,28 y 29 de abril**, la semana siguiente, y en los mismos lugares e iguales condiciones se realizaron los talleres dirigidos a **ciudadanos, representantes de asociaciones y técnicos locales, con ciudadanos que destacaban por su alta actividad social**. Estos talleres también se prologaron de tarde más tiempo del previsto por la intensa participación de los asistentes. En total 76 personas en tres talleres de 7,5 horas (22,5 horas).



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 43/80 |



Esta primera etapa de comunicación alcanzó a **260 personas** en **5 sedes distintas por toda la provincia**, en **12 sesiones formativas**, que supusieron **97 horas lectivas** para **11 ponentes**.

Gráfico 4




Una vez que todos disponían no solo de toda la información necesaria referente a los problemas de salud sino también sobre los mecanismos de producción de la enfermedad, y de la salud, sobre determinantes sociales de la salud, sobre las desigualdades sociales etc., pudimos dar paso dentro del **proceso participativo** que comenzó con los talleres iniciales de formación e información, de realización de propuestas concretas, hito imprescindible para poder configurar el IV PAS en Cádiz.

Como se dice antes, ya se había decidido que los grupos de trabajo o de participación debían ser de las tres grandes áreas de la provincia, y que sus miembros debían salir, de forma voluntaria, de los grupos que habían sido previamente informados.

No obstante, **previamente** a cualquier actuación subsiguiente era importante disponer de una **metodología rigurosa, que homogenizara el trabajo de estos grupos para obtener propuestas comparables y organizables en el marco del IV PAS**. Para ello se llevó a cabo el **14 de mayo** en el Centro de Salud de Medina, una reunión técnica para definir la metodología cuanti-cualitativa aplicable. En esta reunión participaron todos aquellos que iban a coordinar la actividad de los grupos. Profesionales de variado espectro: Técnicos de Promoción de Salud (Psicólogos y Socióloga), Educación para la Salud (Enfermeras), Trabajadores Sociales, Médicos,

| | | | |
|---------------------|---|---------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha: | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página: | 44/80 |



Licenciado en Ciencias Políticas, y el Coordinador del IV PAS provincial (Licenciado en Química).

Gráfico 5

PROVINCIALIZACIÓN DEL IV PAS

I Reunión de Medina Sidonia 14 de mayo 2015



Arturo Marchante
Coordinador Prov. IV PAS



Miguel Angel Cuesta
Técnico RELAS

- Coordinador Provincial del IV PAS
- Jefe de Servicio de Salud Pública
- Técnico Acción Local en Salud



Profesionales de Atención Primaria :

- Médico/as,
- Enfermeras,
- Trabajadores sociales y
- Técnicos de Promoción de Salud

En esta reunión recordamos el diagnóstico de situación : mecanismos sociales de producción de la enfermedad/salud (**determinantes sociales de la salud**); lo importancia de medir de una nueva forma la carga de enfermedad, distinguiendo entre los Años Potenciales de Vida Perdidos, y los Años de Vida con Discapacidad (“*No importa cuánto vivas, sino que vivas bien*”.*Lucio A. Séneca*), y como tanto ésta carga, como los factores de riesgo, no se distribuyen de igual entre la población , sino que depende del nivel de estudios, del empleo, la ocupación, etc.. (**desigualdades sociales en salud**).Hablamos de la importancia del **Sistema Sanitario** y de sus efectos indeseables si no se usaba sabiamente por profesionales y ciudadanos.


Destacamos la importancia del “**Rio de la vida**” para actuar en cada momento, de los “**Activos en Salud**”(cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar), de trabajar por “**Procesos**” y poder no sólo decir qué queremos hacer, sino también qué pasos va a seguir, quién los va a ejecutar y cómo lo vamos a medir. Pues si no se puede medir no merece la pena hacerlo, dado que entonces nunca sabremos del fruto de nuestro esfuerzo.

Hicimos especial hincapié en la importancia de una **alimentación** y una **actividad física** adecuados para mejorarla salud.

Y por último reconocíamos que cada vez que leíamos los Compromisos del IV PAS encontrábamos una cantidad ingente de recursos de las distintas administraciones que ayudaban, usados adecuadamente, a dar respuesta a estos



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CVe772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 45/80 |



Compromisos o ayudaban a hacerlo. **Recursos preexistentes** muchas veces desconocidos para nosotros mismos.

Finalmente lo obvio: las propuestas deben incardinarse en los Compromisos Metas y Objetivos del IV PAS, pues es éste el que desarrollamos, aprobado por Consejo de Gobierno, no es un nuevo plan para Cádiz.

Comenzaron a trabajar los grupos. **Doce grupos** correspondientes a las **cuatro etapas del río de la vida** (Infancia, Juventud, Adultos y Mayores que se replicaron en cada área), **en las tres áreas** citadas.

Nos dimos un corto espacio de tiempo un mes y medio; las propuestas tenían que estar el 30 de junio, pues recuperar la actividad después del verano era difícil. Todos los grupos se reunieron en varias ocasiones, a veces en los hospitales, en los distritos, en locales de asociaciones, de ayuntamientos, etc. **Todas las propuestas se aprobaban por consenso.**

Gráfico 6



El 7 de julio todos los coordinadores/as de los grupos, y la Coordinación del IV PAS en la provincia nos volvimos a reunir en Medina Sidonia a valorar los resultados.

Independientemente del número de propuestas, todos resaltaban la **enorme participación de los miembros de los grupos**(Gráfico 7), las **gran cantidad de ideas** que habían surgido, fueran o no traducibles a propuestas concretas, ideas que habría que guardar y tener en cuenta por su originalidad, innovación, etc.; había llamado la atención también la cantidad de **recursos ofrecidos por la Administración en general y que se desconocen por la ciudadanía**, lo que los hace inaccesibles para aquellos que los pueden necesitar. Había sido un gran esfuerzo para todos, pero igualmente ilusionante. Gráfico 7.



| | | | |
|---------------------|--|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 46/80 |




Gráfico 7



Se recogieron **193 propuestas** de lo más variado, que había que trabajar para traducirlas a objetivos operativos y acciones concretas. Para ello nos impusimos un calendario, instando a los coordinadores agrupados por tramo de edad (infancia, juventud, adultez, y mayores) a que se reuniesen y cotejasen las distintas propuestas, vieran las redundancias, así como si trascendían el nivel provincial, o el normativo, si eran cosas que ya se hacían, etc., no podríamos obviamente asumirlas. La fecha tope fue 13 de octubre. Como resultado de esta tarea de síntesis, se elaboró un documento que agrupaba las propuestas similares o redundantes, así como las que perteneciendo a distintos tramos de edad coincidían; y también sistematizarlas para su análisis por Comité Científico.

Tras este primer esfuerzo, tocaba una segunda **valoración por un Comité Científico (Tabla 1)**, compuesto en su gran mayoría por los ponentes de las actividades formativas, como expertos en sus campos de investigación y de acreditado nivel científico. **Su misión** consiste, respecto a las propuestas debidamente sistematizadas, en hacer un dictamen o **valoración de su viabilidad, buscar las evidencias o experiencias que las soporten, criterios de evaluación, indicadores de evaluación y mejora continua.**

| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 47/80 |



Tabla 1

| COMITÉ CIENTÍFICO DE APOYO AL IV PAS EN CÁDIZ | |
|---|--|
| Antonio Escolar Pujolar Jefe se Sección de M.Preventiva | Médico Especialista en M.Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario Puerta del Mar.SAS.Cádiz |
| Juan Antonio Córdoba Doña Técnico Servicio Salud Pública | Médico Especialista en M.Preventiva y Salud Pública D.T. Igualdad, Salud y Políticas sociales.Cádiz |
| Encarnación Benítez Rodríguez Responsable Registro Prov.Cáncer | Médico Especialista en M.Preventiva y Salud Pública D.T. Igualdad, Salud y Políticas sociales.Cádiz |
| Miguel Angel Cuesta Guerrero Técnico Acción Local en Salud | Ldo. Ciencias Políticas y sociología Escuela Andaluza de Salud Pública |
| Juan Nieto Vera Técnico en Salud Pública | Médico Epidemiólogo Distrito A.Primaria Bahía de Cádiz.SAS.Cádiz |
| Juan José Silva Martínez UGC Prov. Endocrinología y Nutrición | Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Puerto Real..SAS.Cádiz |
| José Almenara Barrios Facultad Enfermería y Fisioterapia | Catedrático Bioestadística Universidad de Cádiz |
| David Jiménez Pavón Facultad de Educación | Profesor/Doctor Educación Física Universidad de Cádiz |
| Amelia Rodríguez Martín Facultad Enfermería y Fisioterapia | Catedrático Salud Pública Universidad de Cádiz |
| José Manuel Martínez Nieto Facultad Enfermería y Fisioterapia | Profesor /Doctor Titular de Escuela Universitaria Universidad de Cádiz |
| Manuel Martínez Delgado Director C.P.Drogodependencias | M.Especialista en Psiquiatría,Máster en Salud Pública Diputación de Cádiz |
| Andrés Rabadán Asensio Jefe de Servicio de Salud Pública | Médico Especialista en M.Preventiva y Salud Pública D.T. Igualdad, Salud y Políticas sociales.Cádiz |

Hasta noviembre y diciembre hubo cierto enlentecimiento del proceso, **el 28 de enero se constituye el Comité Científico** y a continuación inicia sus trabajos, en primer lugar dos componentes del Comité y el Coordinador del IV PAS realizan el primer análisis por categorías de contenidos extrayendo las principales ideas y reorganizando en Objetivos Operativos, como primer paso para su estudio por todos los miembros del Comité Científico, ofreciéndoles todas las propuestas, si bien organizadas según la especialidad de cada uno y sistematizadas.

El trabajo del comité científico se organiza según los campos de especialización de sus miembros (alimentación sana, actividad física, salud mental, activos de salud, desigualdades en salud) obteniéndose un dictamen individualizado para cada uno de ellos, sobre las propuestas presentadas. Una vez recibidos todos los dictámenes parciales, se realizó un análisis de los mismos, extrayéndose un total de 18 objetivos operativos que, siguiendo el esquema del IV PAS (identificación con sus compromisos, metas, y objetivos), incluyesen las propuestas derivadas del proceso participativo consideradas viables, adecuadas a la luz de las evidencias científicas e identificados los indicadores correspondientes.

La determinación de los **18 Objetivos Operativos**, tras el trabajo del Comité Científico es un elemento crítico del Plan, ya que supone la culminación de una primera etapa, descrita hasta ahora y que resumimos en tres importantes pasos: Comunicación, Participación (que incluye la elaboración de propuestas) y su materialización en Objetivos Operativos (viables y factibles, a la luz de las evidencias y los compromisos del Plan).



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 48/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

Terminado el proceso de determinación de los **Objetivos del Plan Provincial**, y de acuerdo con lo previsto en el IV PAS, procedía elevarlos a la consideración del **Comité de Salud en Todas las Políticas (CSTP)**, compuesto por Jefes de Servicio y funcionarios tanto de la Administración de la Junta de Andalucía como de la Diputación de Cádiz, para integrar y armonizar las propuestas respecto a las priorización provincial, de acuerdo con la actividad propia de cada uno de los organismos en él representado. La primera reunión del CSTP tuvo lugar en la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía, el día **27 de mayo de 2016**, poniéndose formalmente a la disposición de todos sus miembros la propuesta de objetivos, para su consideración y aprobación.

Una vez estudiados los objetivos propuestos, la CSTP se reúne de nuevo el día 20 de junio de 2016. En esta reunión se consensua una propuesta definitiva, **determinando** no solo cuales son los objetivos operativos del Plan de Salud Provincial (PSP) sino también **quiénes son sus actores principales** y quienes sus **actores colaboradores**.

Una **idea crucial** sustenta el PSP: **la consecución de cada objetivo lo lidera uno y todos los demás ponen sus recursos, coordinados por el líder, al servicio de esta tarea**. Es la mejor manera de hacer sinérgicos todos recursos, sin duplicidades, es el modo de aumentar espectacularmente su eficacia y su eficiencia. Al tiempo que debe conseguir la participación de todos los actores que tengan que ver con el objetivo, hacer explícito lo que se persigue, cómo se va a medir, con qué periodicidad, y qué se espera conseguir, ya sea con indicadores cuantitativos y/o cualitativos, de proceso o de resultado (evaluación y mejora continua).

El día **19 de septiembre de 2016** tiene lugar una **reunión definitiva del CSTP** en la que, una vez estudiada la propuesta de distribución de responsabilidades y participación por parte de los diferentes miembros del comité, se aprueba la configuración definitiva de la misma, con el compromiso explícito de cada uno de los participantes. En el documento resumen de Objetivos Operativos que acompaña a este documento, se reflejan las Objetivos y participantes definitivamente aprobados.

Toca a continuación y éste es el momento, someter el PSP a la consideración de Comisión Provincial del SAS (Directivos del SAS) y al Foro de Participación (o Comisión Asesora de Participación), cuyas sugerencias son relevantes en este proceso.

Gráfico 8



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 49/80 |



Tras las sugerencias tanto del **Foro de Participación Ciudadana** como de **Consejo de Coordinación Provincial del SAS**, el CSTP integró y armonizó las sugerencias o propuestas de estas con instancias consultivas, en el **BORRADOR del Plan de Salud Provincial definitivo** trasladado **para su aprobación y su validación** a la **COMISIÓN PROVINCIAL DE COORDINACIÓN** antes de elevarlo, a través de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a la Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Gráfico 9



PERFIL DE SALUD DE CÁDIZ


Además de conocer los elementos clave del IV Plan Andaluz de Salud era imprescindible conocer el perfil de salud de la provincia. Para construirlo dispusimos de alguna información propia de la provincia como los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), estos son fáciles de calcular pues tenemos los datos de mortalidad, no así los Años de Vida con Discapacidad (AVD), que los hemos extraído de los informes de Lancet 2015 (España), coincidentes en gran medida con los de Andalucía 2007, contemplados en el IV PAS; disponemos de la incidencia de cáncer en la provincia 2007-2010 a través del Registro de Cáncer .

Conocida esta realidad encontramos tanto los **factores de riesgo** como los **factores de protección**. Incluimos los **riesgos derivados del sobreuso de la medicina*** especialmente la polimedicación, y la medicalización de la vida cotidiana

Intentar establecer indicadores sobre puntos de partida sobre estas enfermedades/discapacidades no tenía sentido pues los resultados que se alcanzasen muy difícilmente podían ser atribuidos a nuestras actuaciones pues son



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 50/80 |



multifactoriales, y nunca a corto plazo. Por otro lado, salvo de mortalidad e incidencia de cáncer no disponeos de sistemas de información que nos permita hacer un seguimiento real. No renunciamos a ello a más largo plazo.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Diagnóstico situación


| | FACTORES DE RIESGO | | | FACTORES DE PROTECCIÓN | | |
|---|--------------------|---------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|
| Cáncer de mama | Tabaquismo | Alcohol | Hipertensión arterial | Actividad Física | Alimentación Adecuada | |
| Cáncer de pulmón | | | | | | |
| Cáncer de colon | | | | | | |
| Cáncer de próstata | | | | | | |
| Enfermedad Isquémica del corazón | | | | | | |
| Enfermedad Cerebrovascular | | | | | | |
| Accidentes de tráfico | | | | | | |
| Suicidio | | | | | | |
| VIH-SIDA | | | | | | |
| Cirrosis hepática | | | | | | |
| Sistema Osteomuscular y del tejido conjuntivo | | | | Actividad Física | Alimentación Adecuada | |
| Trastornos mentales y del comportamiento | | | | | | |
| Enfermedades endocrinas (Diabetes). | | | | | | |
| Efectos no deseados del Sistema Sanitario | | | | | | |
| - Sobrediagnóstico | | | | Actividad Física | Alimentación adecuada | Elegir sabiamente |
| - Sobretratamiento | | | | | | |
| - Actuaciones terapéuticas fútiles | | | | | | |

En **mortalidad por cáncer** destaca entre las **mujeres** el **cáncer de mama**, no porque haya aumentado su letalidad (su mortalidad ha bajado muchísimo en los últimos años por los avances terapéuticos) sino por su gran frecuencia, seguido del **cáncer de colon**, en ascenso; entrambos el 35% de las defunciones. En **hombres** la mayor mortalidad en cáncer se la lleva el de **pulmón**, en declive (con la caída del tabaquismo), seguida del **cáncer de colon** en ascenso; entre estos dos cánceres acumulan el 40% de los fallecidos.

En cuanto a la **incidencia de cáncer (casos nuevos /año)** en la provincia hay que destacar en primer lugar que en hombres **la mayoría de los casos** (casi el 60%) aparecen **en edades superiores a los 65 años**, y en las mujeres algo más del 45%, lo que se debe a que el cáncer de mama aparece con frecuencia entre los 50 y los 65 años. Esta aparición tardía es lo esperado pues el cáncer, salvo excepciones, es fruto de exposiciones a riesgos a lo largo de la vida, con un periodo de incubación muy largo.



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 51/80 |



En hombres, la mayor incidencia se compone de cáncer de próstata (sobrediagnosticado¹⁸ por la prueba de la PSA ; su mortalidad no ha cambiado en años), seguida del pulmón ,cólón y vejiga. Juntos suponen el 65,5% de todos los cánceres en hombres.

TABLA 1

| 2007-2010 | | | | |
|---|----------|---------|--------|--------|
| INCIDENCIA | | HOMBRES | | |
| Incidencia de Cáncer en la provincia de Cádiz, 2007-2010. | | | | |
| Todas localizaciones tumorales. Hombres | | | | |
| Localización | Nº Casos | TB | TAE | TTRUN |
| PROSTATA | 1711 | 70,32 | 70,17 | 57,85 |
| PULMON | 1556 | 63,95 | 63,87 | 66,10 |
| COLON Y RECTO | 1540 | 63,29 | 62,88 | 55,42 |
| VEJIGA | 1330 | 54,66 | 54,17 | 44,86 |
| ESTOMAGO | 335 | 13,77 | 13,39 | 12,41 |
| LARINGE | 332 | 13,64 | 13,84 | 19,55 |
| CAVIDAD ORAL Y FARINGE | 314 | 12,90 | 13,15 | 16,78 |
| RIÑON | 240 | 9,86 | 9,89 | 13,54 |
| LNH | 237 | 9,74 | 9,39 | 12,01 |
| LEUCEMIA | 171 | 7,03 | 7,16 | 7,40 |
| HIGADO | 168 | 6,90 | 6,95 | 7,08 |
| ESOFAGO | 158 | 6,49 | 6,47 | 7,04 |
| MELANOMA PIEL | 135 | 5,55 | 5,37 | 6,66 |
| PANCREAS | 133 | 5,47 | 5,42 | 6,57 |
| SNC | 128 | 5,26 | 5,11 | 7,37 |
| TESTICULO | 92 | 3,78 | 3,28 | 2,17 |
| MIELOMA MULTIPLE | 81 | 3,33 | 3,43 | 4,35 |
| LINFOMA HODGKIN | 60 | 2,47 | 2,34 | 2,41 |
| VESICULA Y VIA BILIAR | 49 | 2,01 | 1,94 | 1,72 |
| TIROIDES | 36 | 1,48 | 1,39 | 1,86 |
| MAMA | 25 | 1,03 | 1,03 | 1,71 |
| TOTAL TUMORES | 9376 | 385,33 | 382,85 | 376,86 |

En cuanto a **mujeres**, cáncer de **mama**, **colon**, y **cuerpo de útero** acumulan casi el 60% de los casos.

¹⁸ **Medical Overuse** es la provisión de servicios clínicos cuando los riesgos de causar efectos indeseables exceden los de sus beneficios, cuando las mejoras que se pueden aportar son inapreciables o cuando se cree que los pacientes rechazarían la actuación si estuvieran bien informados. **El concepto Medical Overuse incluye tanto el sobrediagnóstico como el sobretratamiento.** El sobrediagnóstico es el fenómeno que ocurre cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca los causarían síntomas ni los acortarian la vida. el sobretratamiento puede convertirse como consecuencia del sobrediagnóstico, pero **también para actuaciones terapéuticas fútiles**, con escasa evidencia de causar beneficios, con indicaciones forzadas o por acciones claramente excesivas para las expectativas de un paciente en concreto ".Práctica clínica inapropiada: los 10 mejores artículos de 2015.J.Varela.Editorial.Avances en Gestión Clínica . Lunes, 24 de octubre de 2016. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2016/10/practica-clinica-inapropiada-los-10.html>



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 52/80 |




TABLA 2

| INCIDENCIA | | MUJERES | | | |
|---|----------|---------|--------|--------|-----|
| Incidencia de Cáncer en la provincia de Cádiz, 2007-2010. | | | | | |
| Todas localizaciones tumorales. Mujeres | | | | | |
| Localización | Nº Casos | TB | TAE | TTRUN | |
| MAMA | 2187 | 88,83 | 80,93 | 136,25 | |
| COLON Y RECTO | 974 | 39,56 | 32,78 | 34,90 | |
| CUERPO UTERO | 426 | 17,30 | 15,82 | 22,03 | 58% |
| OVARIO | 206 | 8,37 | 7,82 | 12,43 | |
| LN H | 201 | 8,16 | 7,26 | 10,28 | |
| ESTOMAGO | 193 | 7,84 | 6,22 | 6,18 | |
| PULMON | 191 | 7,76 | 7,35 | 12,32 | |
| CUELLO UTERO | 168 | 6,82 | 6,25 | 12,70 | |
| VEJIGA | 165 | 6,70 | 5,35 | 5,62 | |
| MELANOMA PIEL | 147 | 5,97 | 5,23 | 7,67 | |
| LEUCEMIA | 141 | 5,73 | 5,52 | 5,89 | |
| RIÑON | 126 | 5,12 | 4,51 | 4,99 | |
| PANCREAS | 106 | 4,31 | 3,53 | 3,63 | |
| SN C | 104 | 4,22 | 4,00 | 6,21 | |
| TIROIDES | 102 | 4,14 | 3,80 | 6,32 | |
| CAVIDAD ORAL Y FARINGE | 92 | 3,74 | 3,22 | 4,47 | |
| MIELOMA MULTIPLE | 75 | 3,05 | 2,55 | 3,03 | |
| HIGADO | 61 | 2,48 | 2,03 | 1,86 | |
| VESICULA Y VIA BILIAR | 57 | 2,32 | 1,70 | 0,62 | |
| LINFOMA HODGKIN | 44 | 1,79 | 1,69 | 1,54 | |
| ESOFAGO | 17 | 0,69 | 0,55 | 0,21 | |
| LARINGE | 11 | 0,45 | 0,42 | 0,64 | |
| TOTAL TUMORES | 6192 | 251,52 | 222,00 | 313,61 | |

En **Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)**, en mujeres y por orden de relevancia: **cáncer de mama, accidentes de tráfico, enfermedad isquémica del corazón y enfermedades cerebrovasculares**, y en menor medida VIH-SIDA seguida de cáncer de colon. Es de interés recordar que los jóvenes fallecidos aportan más APVP a los cálculos, por eso no es de extrañar que los accidentes de tráfico, causa importante de mortalidad en jóvenes, adquiera más peso en los APVP.

En **hombres**, el más relevante es aún el **cáncer de pulmón**, seguido de **enfermedad isquémica del corazón, accidentes de tráfico, VIH-SIDA**, seguidos de cirrosis y suicidios y lesiones autoaflijidas.

Tabla 3

| Años Potenciales de Vida Perdidos .CÁDIZ | |
|--|----------------------------------|
| MUJERES | HOMBRES |
| Cáncer de mama | Cáncer de pulmón |
| Accidentes de tráfico | Enfermedad isquémica del corazón |
| Enfermedad isquémica del corazón | Accidentes de tráfico |
| Enfermedades cerebrovasculares, | VIH-SIDA |
| VIH-SIDA | Cirrosis |
| Cáncer de colon | Suicidio |

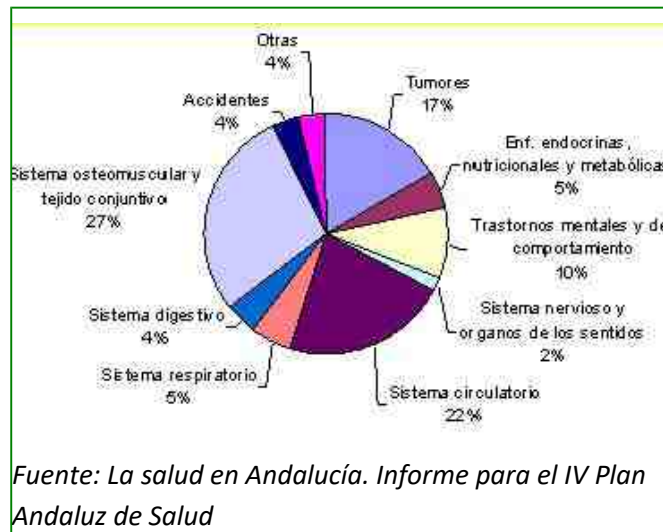
Llama la atención que, salvo cáncer de mama en mujeres, y pulmón en hombres, las otras causas relevantes como accidentes de tráfico o VIH-SIDA son compartidas, así como la enfermedad isquémica de corazón a las que añadimos las cerebro vasculares por tener elementos comunes de producción y de prevención. Tabla 3.

En el resumen ejecutivo del IV PAS se contempla la "Contribución de los grandes grupos diagnósticos a la Carga de Enfermedad (AVAD) total. Andalucía 2007



| | | | | |
|---------------------|--|--------|------------|--|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 53/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

Gráfico 1



En este Plan Provincial de Salud se ha utilizado para identificar las causas más importantes de carga de enfermedad el Informe sobre la Carga Global de Enfermedad publicado en **Lancet en 2015**¹⁹. Gráfico 2.

Gráfico 2



Del mismo se desprende que, por orden de importancia, estas causas son:


Diabetes, Dolor de espalda, Dolor de cuello, Depresión Mayor, Caídas, Problemas de Audición, Migraña, Otros Desórdenes Músculo esqueléticos, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, y Ansiedad.

Varias se pueden agrupar en problemas del **Sistema Osteomuscular y del tejido conjuntivo** (Dolor de Espalda, Dolor de cuello y Otros Desórdenes Músculo esqueléticos), **Trastornos mentales y del comportamiento** (Depresión Mayor, y Ansiedad, incluso Migraña) , además de **Enfermedades endocrinas** (Diabetes)Coincidiendo en gran medida con las del resumen ejecutivo del IV PAS para Andalucía.

¹⁹ Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Volume 386, No. 9995, p743–800, 22 August 2015.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/abstract)



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 54/80 |

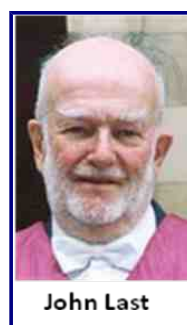
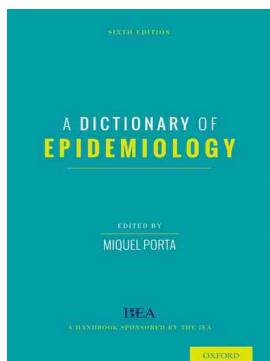


Revisando la evidencia científica disponible y el marco geográfico(provincia de Cádiz) y normativo , los **factores de riesgo** sobre los que haciendo Salud en Todas las Políticas podemos influir son los mismos que el Informe sobre la Carga Global de Enfermedad publicado en **Lancet en 2016** a saber :**tabaquismo, obesidad hipertensión arterial, hiperglucemia (por consumo de azúcares simples)** y ,y el **colesterol alto** aún se mantiene²⁰. Así mismo, destacamos los **factores de protección** como son la **Alimentación adecuada, el Ejercicio físico, el Elegir sabiamente** en el sistema sanitario.

Llama la atención que la protección de la salud y la promoción de la salud, en este esquema, prácticamente se circunscriban a la alimentación y a la actividad física, además del uso adecuado del sistema sanitario. Innumerables y recientes publicaciones lo avalan. Una alimentación y una actividad física inadecuadas conllevan a la pérdida de la salud y a la aparición de la enfermedad. No obstante hay que considerar que la persona cotidianamente realiza una actividad física y que para mantenerla es necesaria la alimentación, pero tanto una como otra, actividad física y alimentación, están inmersas en el modelo de determinantes sociales, al final del mismo pero sometidas totalmente a su influencia, de ahí que no hablemos de hábitos de vida sino condiciones de vida, y éstas son las que hay que cambiar en la medida de nuestras posibilidades, actuando en los tramos del río de la vida (Infancia, Adolescencia/Juventud, Adulthood y Mayores).

OBJETIVOS OPERATIVOS

El Diccionario de Epidemiología editado por la International Epidemiological Association (2014), compilado por Last y cols* , define la Salud Pública con estas cuatro acepciones(*<http://www.irea.ir/files/site1/pages/dictionary.pdf>):



²⁰ Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 Volume 388, No. 10053, p1659–1724, 8 October 2016.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31679-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31679-8/fulltext)



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43CvE772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 55/80 | |

“1. La salud de toda una sociedad. Puede medirse y evaluarse mediante indicadores cuantitativos y cualitativos y procesos analíticos.

2. **Las políticas, servicios, programas y otros esfuerzos esenciales acordados** (idealmente y ,a menudo democráticamente), organizados, estructurados, financiados, monitoreados y evaluados **por la sociedad para proteger, promover y restablecer colectivamente la salud de la gente y sus determinantes.**

3. **Las instituciones, las organizaciones públicas y privadas** -incluidas las empresas públicas y privadas- **y otras organizaciones ciudadanas** que planifiquen, desarrollen, financien y apliquen tales esfuerzos y **que, por lo tanto, forman parte de los sistemas de salud pública locales, nacionales, regionales y mundiales**

4. Las disciplinas científicas, los conocimientos, los métodos, el arte y la artesanía, esenciales para influir positivamente en los factores determinantes de la salud, y así prevenir las enfermedades y las discapacidades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados y colectivos de la sociedad.”

La 1 es, como ella misma especifica, la salud de una sociedad, que se puede medir.

La 4 define una especialidad médica o una disciplina, la Salud Pública, que compartimos muchas profesiones.


Las auténticamente relevantes a nuestros fines son la 2 y la 3 pues consideran a la **Salud Pública un esfuerzo de la sociedad para proteger, promover y restablecer colectivamente la salud de la gente y sus determinantes, y en él estamos implicados todos: las instituciones, las organizaciones públicas y privadas** -incluidas las empresas públicas y privadas- **y otras organizaciones ciudadanas.**

Estos conceptos tienen su expresión en el IV Plan Andaluz de Salud (PAS), e impregna todos los objetivos operativos que más adelante se describen.

El IV Plan Andaluz de Salud (PAS) prevé, cuando se refiere a su implantación en la ruta territorial en forma de Planes Provinciales de Salud, que: **“en función del análisis y la priorización provincial, seleccionará al menos una meta por cada compromiso y definirá los objetivos operativos provinciales (no más de tres por**



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 56/80 |



meta), las estrategias y las acciones para su logro; y lo completará con su seguimiento y evaluación.”

A continuación se exponen, de forma sistemática y debidamente identificados con los compromisos, metas y objetivos del IV PAS, los objetivos operativos que dan forma al Plan Provincial de Salud para Cádiz. Se indica para cada uno de los objetivos su marco de referencia, de Compromisos, Metas y Objetivos del IV PAS, que se señalan con la numeración correspondiente en las tres primeras líneas de cada tabla, mientras que los Objetivos Operativos provinciales se numeran consecutivamente (I, II, III,...) seguidos de la numeración asignada de acuerdo con la del PAS. Así, por ejemplo el segundo Objetivo Operativo provincial se señala como “Objetivo Operativo II (1.2.3.1), al corresponder al Compromiso 1, Meta 2 y Objetivo 3 del PAS.

Para alcanzar estos Objetivos operativos se designan sus actores más importantes, es decir, van a colaborar en su consecución todos, y de entre los mismos se determina el Responsable que lidera el grupo de trabajo, que suele ser un representante de la institución más concernida en el mismo. Los actores que se contemplan pueden no ser los únicos, de hecho muchas asociaciones, de todo tipo van a ser llamados a participar (AMPAs, AA.VV, Colegios profesionales como el de Enfermería, Farmacéutico, Veterinario; asociaciones de empresarios, de consumidores, amas de casa, etc.), así como otras administraciones (autonómicas o locales). En resumen, la nómina de actores llamados a esta tarea no es exclusiva ni excluyente, su composición dependerá de las necesidades que en el camino para realizar el Objetivo operativo se detecten.


Cuando se leen los objetivos, en general, se espera que estén definidos, cuantificados, con numeradores, denominadores, y periodificados, y así serán. Pero en estos momentos son iniciativas, en las que *“más que de participación hemos de hablar de coproducción política de la ciudadanía, lo que significa incorporar a la gente en esa tarea de búsqueda de soluciones que “compete” a las Administraciones, a cada una en su ámbito, pero que “incumbe” a todas ellas y al resto de los agentes implicados, como los propios ciudadanos. Estos deben participar en la solución del problema.”*²¹. Por tanto, sin olvidar nunca, que los objetivos deben poder evaluarse con una periodicidad determinada como elemento de mejora continua y de rendición de cuentas, la traducción de las iniciativas a objetivos concretos evaluables es un

²¹Subirats,J. (31 oct. 2015). Más que de participación hemos de hablar de coproducción política de la ciudadanía. eldiarionorte.es.

http://www.eldiario.es/norte/euskadi/gran-problema-Espana-educacion-cero_0_446905621.html



| | | | |
|---------------------|---|--------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 57/80 |



mecanismo de participación en el que casi es más importante el camino a recorrer que la llegada, o impacto en salud, que también evaluaremos pero a más largo plazo. No es por tanto de extrañar que la mayoría de nuestros objetivos sean pilotajes , pues todos tenemos que aprender antes de asumir objetivos de mayor envergadura , o de carácter provincial. En muchos casos se nos allana el recorrido pues han aparecido nuevas leyes o grandes programas de distintas Consejerías que , de alguna manera , contiene en su totalidad o en parte nuestras iniciativas, lo que significa que la ciudadanía había detectado problemas a la que la Junta de Andalucía no es ajena.



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 58/80 | |

A continuación se relacionan los objetivos del Plan Provincial, referenciados a los Compromisos y Metas del IV Plan Andaluz de Salud. Se incluye anexo detallado de dichos Objetivos Operativos provinciales.

COMPROMISO 1 :AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

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

- OBJETIVO OPERATIVO I (1.1.1.1).- Reorientar / Desarrollar el programa Forma Joven

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

- OBJETIVO OPERATIVO II (1.2.3.1).- Promoviendo actividad física para mayores

META 1.3.- Promover una cultura vital autónoma en Salud.

- OBJETIVO OPERATIVO III (1.3.2.1).-Actividades deportivas comunitarias en los CEIP

COMPROMISO 2: PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO.

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

-OBJETIVO OPERATIVO IV (2.2.3.1).- Plan de “Centro Educativo Saludable”

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

-OBJETIVO OPERATIVO V (2.3.1.1).- Alimentación saludable en los centros escolares

- OBJETIVO OPERATIVO VI (2.3.4.1).- Potenciar los conocimientos en salud laboral del personal sanitario del SSPA.

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

- OBJETIVO OPERATIVO VII (2.4.2.1).- Plataforma / web / mapa de activos provinciales on-line



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 59/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

META 2.5. Fomentar el uso del transporte público así como los desplazamientos a pié y en bicicleta

- OBJETIVO OPERATIVO VIII (2.5.3.1).- A clase con salud, y seguro.

COMPROMISO 3: GENERAR Y DESARROLLAR LOS ACTIVOS DE SALUD DE NUESTRA COMUNIDAD Y PONERLOS A DISPOSICIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA.

META 3.1. Identificar y desarrollar los activos que promueven salud y generan bienestar en la población.

- OBJETIVO OPERATIVO IX (3.1.3.1).- La Red Local de Acción en Salud (RELAS) en cada pueblo o ciudad

META 3.2.- Desarrollar los activos de salud vinculados a las relaciones sociales y la cultura.

- OBJETIVO OPERATIVO X (3.2.3.1).-Ocio saludable para las familias - Espacios de encuentro comunitario saludable.

COMPROMISO 4: REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

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

- OBJETIVO OPERATIVO XI (4.1.1.1).- Promoción de la lactancia materna y hábitos de vida saludable.

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

- OBJETIVO OPERATIVO XII(4.2.3.1).-Programa de atención integral a ancianos aislados.

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

-OBJETIVO OPERATIVO XIII (4.3.3.1).-Fomentar la coordinación de servicios de formación, prevención, y atención psico-educativa en centros educativos.

COMPROMISO 5: SITUAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA CON EL LIDERAZGO DE LOS/LAS PROFESIONALES.

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

-OBJETIVO OPERATIVO XIV (5.2.3.1).-Planes municipales para la coordinación en la prevención y tratamiento de las adicciones.



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 60/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

- OBJETIVO OPERATIVO XV (5.2.3.2).-Desmedicalización de la vida diaria

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

- OBJETIVO OPERATIVO XVI (5.3.1.1).-Mesa de Coordinación interinstitucional de la Salud Mental a nivel municipal o comarcal.

COMPROMISO 6: FOMENTAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS CON CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

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

- OBJETIVO OPERATIVO XVII (6.2.6.1).- Investigación sobre efectos de actividad física para mayores

- OBJETIVO OPERATIVO XVIII (6.2.6.2) .- Investigación sobre la aplicación del Plan de “Centro Educativo Saludable”



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 61/80 | |


ANEXO

**DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS
OPERATIVOS
DEL PLAN PROVINCIAL DE CÁDIZ Y
ACTORES IMPLICADOS**

**(REFERENCIADOS A LOS COMPROMISOS, METAS Y OBJETIVOS
DEL IV PLAN ANDALUZ DE SALUD)**



| | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 62/80 |



| | |
|---|--|
| | COMPROMISO 1 AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD |
| IV PAS | META 1.1.- Conseguir mayores niveles de salud con las acciones contempladas en los planes integrales y las estrategias de salud priorizadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía |
| | OBJETIVO 1.1.1. Potenciar el enfoque preventivo y de promoción de la salud en el desarrollo de los planes integrales y las estrategias de salud, con el fin de incrementar la efectividad de sus acciones en términos de resultados en salud. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO I (1.1.1.1).- Reorientar / Desarrollar el programa Forma Joven |
| Descripción: <p>Forma Joven es un programa de Hábitos de Vida Saludable desarrollado en centros educativos públicos de la provincia. Se han propuesto acciones que suponen la reorientación y desarrollo efectivo del programa forma joven. Coincidiendo con estas propuestas, derivadas del proceso participativo en nuestro PSP, la Agencia Andaluza de Evaluación Educativa, de la Consejería de Educación elaboró un informe de evaluación del Programa, en el que se concluye que es una excelente estrategia para la promoción de contextos y conductas saludables entre los escolares y la juventud, favoreciendo asimismo el aprendizaje de la gente joven y la colaboración entre el centro educativo y la familia.</p> <p>Tomando como punto de partida el mencionado informe, se plantean acciones encaminadas a revisar, en nuestro ámbito provincial la efectividad del programa, así como plantear las medidas necesarias para su mejora:</p> <p>En primer lugar se realizará un estudio piloto sobre un conjunto de centros representativos de la provincia, con participación de los docentes y personal del sistema sanitario público participante en el programa. A partir de dicho estudio piloto, en consonancia con las actuaciones que se vienen desarrollando por la propia Consejería de Educación, se establecerán estrategias y acciones a desarrollar en la totalidad de los centros de la provincia participantes en el Programa, así como las medidas encaminadas a incrementar y medir su efectividad.</p> | |
| Actores implicados: Responsable: Instituto Andaluz de la Juventud en Cádiz Otros: Delegación Territorial de Educación Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Servicio Salud Pública) Servicio Andaluz de Salud (Áreas Gestión / Distritos Sanitarios) Diputación Provincial de Cádiz | |



| | | | | |
|----------------------------|--|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 63/80 | |

| | |
|---|---|
| | COMPROMISO 1 |
| | AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD |
| IV PAS | META 1.2.- Potenciar la acción social e intersectorial en el abordaje de las condiciones de vida y los determinantes de salud de mayor impacto en la esperanza de vida en buena salud de la población de Andalucía |
| | OBJETIVO 1.2.3. Elaborar propuestas basadas en los paradigmas de Envejecimiento Activo y Saludable, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO II (1.2.3.1).- Promoviendo actividad física para mayores |
| Descripción: | |
| <p><i>Promoción de la actividad física en personas mayores</i>, de manera específica o integrada en otras acciones de carácter cultural y social. Se plantean en diversas áreas: Gimnasia, Agua, Playa, Rutas Culturales, Calle, Expresión corporal, entre otras.</p> <p><i>Realización de un estudio piloto con centros de mayores representativos de todos los contextos de población de la provincia</i>, incluyendo formación y concienciación de las personas responsables de los mismos. A partir de este estudio se determinarán las acciones a realizar encaminadas al fomento de la actividad física de los mayores.</p> | |
| Actores implicados: | |
| Responsable: Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Serv. Gestion Servicios Sociales) | |
| Otros: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Diputación Provincial (Área Bienestar Social) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 64/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

| | |
|--|--|
| IV PAS | COMPROMISO 1 AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD |
| | META . 3.- Promover una cultura vital autónoma en Salud. |
| | OBJETIVO 1.3.2. Mejorar las competencias de las personas para valorar, cuidar y mantener, de manera autónoma, su propia salud, como estrategia de corresponsabilidad. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO III (1.3.2.1) Actividades deportivas comunitarias en los CEIP |
| <p>Descripción:</p> <p><i>Optimizar el uso de las instalaciones deportivas de los CEIP para actividades deportivas comunitarias, barriales, de organizaciones, permitiendo su apertura en horarios de tarde y fin de semana.</i></p> <p>Existiendo la posibilidad de facilitar el uso de las instalaciones deportivas propias de los centros escolares en horario extraescolar, y para fomentar el uso de las mismas como activos en salud, se establece este objetivo operativo.</p> <p>Inicialmente, habrá de realizarse un diagnóstico de la situación, para detectar las posibilidades de puesta a disposición de las instalaciones (disponibilidad y cuantificación de las mismas) en relación con las necesidades de su entorno, así como las acciones a realizar para facilitar los medios necesarios para cumplir las previsiones reglamentarias para este tipo de uso compartido. Desarrollándose una actividad preliminar en un conjunto de centros representativos, de los que sacar conclusiones encaminadas a facilitar la implantación de las actividades tanto de cara a los responsables docentes como de las actividades extraescolares.</p> | |
| <p>Actores implicados:</p> <p>Responsable: Delegación Territorial de Educación</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diputación Provincial (Servicio de Deportes) • Instituto Andaluz de la Juventud en Cádiz | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 65/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 2 PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO. |
| | META 2.2. Reducir los efectos negativos que pueden incidir en la salud de la población asociados a la globalización en protección de la salud. |
| | OBJETIVO 2.2.3. Reorientar las políticas de Protección de la Salud en base a la creciente complejidad de los comportamientos de consumo en este ámbito |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO IV (2.2.3.1) Plan de “Centro Educativo Saludable” |
| <p>Descripción:</p> <p>Dada la cantidad y diversidad de acciones en torno a la salud que se ejecutan y se pueden poner en marcha en los centros educativos, se propone conformar en cada centro de una Comisión con todos los actores que defina y apruebe un Plan de salud propio.</p> <p>Contaría con el apoyo de las instituciones de salud.</p> <p>La Comisión del centro deberá tener capacidad para proponer mejora de estructuras, accesos y movilidad, así como implantación de nuevas acciones en el ámbito de la salud y revisión de los Programas de Hábitos de Vida Saludable, en el marco del Plan.</p> <p>Siendo este objetivo clave para la implantación de otros, incluidos en el Plan, y que se refieren a los activos de salud en los centros escolares, en esta primera fase se seleccionará, con la colaboración de la D.T. de Educación, una serie de centros representativos del conjunto de los existentes en la provincia, en los que realizar un estudio piloto sobre la base de la elaboración en los mismos del Plan de Centro, pudiendo sacar directrices y planificar su implantación en todo el ámbito provincial.</p> | |
| <p>Actores implicados:</p> <p>Responsable: Delegación Territorial Educación</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DTISPS (Serv^o Salud Pub) • SSPA • Instituto And. Juventud en Cádiz | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | Página | 66/80 | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | | | |

| | |
|--|---|
| IV PAS | COMPROMISO 2 PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO. |
| | META 2.3. Garantizar un alto grado de protección de la salud frente a los riesgos de origen alimentario y ambiental y promover la mejora de la calidad del entorno donde viven y trabajan las personas. |
| | OBJETIVO 2.3.1. Establecer estrategias de respuesta ante los riesgos emergentes de origen ambiental y de la cadena alimentaria |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO V(2.3.1.1) Alimentación saludable en los centros escolares |
| <p>Descripción:</p> <p>Promover la alimentación saludable en los centros escolares mediante acciones dirigidas a los estudiantes, los educadores, los responsables de los comedores escolares y los padres y madres de familia. Se incluirán también acciones de supervisión y control sobre máquinas expendedoras de alimentos.</p> <p>En primera instancia se realizará un diagnóstico de la situación, mediante una evaluación del impacto de los programas que actualmente se realizan (por ejemplo Alimentación Saludable o Frutas y Verduras dentro de "Creciendo en Salud") para llevar a cabo las acciones que se consideren oportunas, en orden a su optimización o la implantación de actuaciones complementarias.</p> <p>Actores Implicados: Responsable: Delegación Ter. Educación</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diputación Provincial • Deleg. Terr. Igualdad Salud y Pol. Sociales (Serv. Salud Pública) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 67/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 2 PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO. |
| | META 2.3. Garantizar un alto grado de protección de la salud frente a los riesgos de origen alimentario y ambiental y promover la mejora de la calidad del entorno donde viven y trabajan las personas.. |
| | OBJETIVO 2.3.4. Desarrollar una estrategia de protección frente a riesgos ambientales de entornos específicos. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO VI (2.3.4.1) Potenciar los conocimientos en salud laboral del personal sanitario del SSPA. |
| <p>Descripción:</p> <p>Desarrollar una actividad de formación continua para personal sanitario en Salud Laboral, para mejorar la detección y comunicación de enfermedad profesional, en APS con mayor énfasis en las especialidades más afectadas (Traumatología, Neumología, Dermatología, ORL, Oftalmología).</p> <p>Tras esta primera fase de difusión se realizará la evaluación de su ejecución y resultados (por medio del incremento de comunicaciones de sospechas de enfermedades profesionales), para establecer un modelo de formación continua a implantar en nuestra provincia.</p> | |
| <p>Actores Implicados</p> <p>Responsable: Delegación Territorial de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delegación T. Igualdad Salud y Pol. Sociales / SSPA | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 68/80 | |

| | |
|---|--|
| IV PAS | COMPROMISO 2 PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO. |
| | META 2.4.- Desarrollar un modelo de organización inteligente que genere, fomente y comparta el conocimiento y la innovación y promueva la mejora continua y la calidad de las actuaciones en materia de protección de la salud. |
| | OBJETIVO 2.4.2. Fortalecer los Sistemas eficientes de información y registro de datos en Protección de la Salud, así como el intercambio de conocimiento |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO VII (2.4.2.1)- Plataforma / web / mapa de activos provinciales on-line |
| <p>Descripción: Creación y mantenimiento de un recurso de ámbito provincial con acceso en línea y a través de las redes sociales para la población general, que puede servir de soporte para otras acciones de salud recogidas en el Plan de Salud Provincial; así como para poner a disposición de la ciudadanía los recursos de salud disponibles.</p> <p>Dado la diversidad de fuentes a integrar en esta herramienta y la inexistencia de recursos similares al que se pretende implantar, en esta primera fase se establecen dos acciones fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realización de una revisión sistemática de las fuentes de información existentes, que incluya su identificación, clasificación (en función de las personas usuarias a las que irán dirigidas), así como su accesibilidad, desde el punto de vista de la disponibilidad y actualización desde el recurso que se pretende implantar, así como la coordinación con los organismos implicados. - Simultáneamente, realizar un estudio sobre las necesidades de los usuarios finales de la aplicación (especialmente los grupos de edad “jóvenes” y “mayores”), para establecer las directrices fundamentales a tener en cuenta en el diseño de la aplicación, en cuanto a criterios de búsqueda, alertas personalizadas, etc... | |
| <p>Actores Implicados: Responsable: Instituto Andaluz de Juventud (al ser este grupo de edad el que más demandó la herramienta)</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C.P. Instituto Andaluz Mujer • Delegación Territ. Educación • Delegación Terr, Igualdad Salud y Pol. Sociales (Serv. Gestion Servicios Sociales + Servicio Menores) • Delegación Terr, Igualdad Salud y Pol. Sociales (Servº Salud Pub) / SSPA • Diputación Cádiz | |



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 69/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 2 PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE LAS PERSONAS ANTE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO, LA SOSTENIBILIDAD, LA GLOBALIZACIÓN Y LOS RIESGOS EMERGENTES DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO. |
| | META 2.5. Fomentar el uso del transporte público así como los desplazamientos a pie y en bicicleta para mejorar la salud individual y colectiva. |
| | OBJETIVO 2.5.3 Fomentar los desplazamientos no motorizados: a pie y en bicicleta. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO VIII (2.5.3.1)- A clase con salud, y seguro. |
| <p>Descripción:</p> <p>Fomentar la movilidad saludable y segura con la delimitación de rutas seguras y accesibles para ir al colegio y al instituto, así como la promoción y concienciación del desplazamiento en bicicleta o a pie del alumnado a los centros educativos, impulsando proyectos de camino seguro en centros escolares comprometidos y/o que tengan planes de movilidad, de forma que creen sinergias con otros centros docentes del municipio de los colindantes.</p> <p>El Objetivo supone la realización de un diagnóstico de situación en la provincia, detectando centros y localidades con antecedentes en este tipo de iniciativas, que permita establecer conclusiones a partir de esta experiencia, de forma que se pueda protocolizar una estrategia de implantación en todos los municipios. Igualmente, se realizará un estudio de las dotaciones en cada uno de los municipios en relación con la misma (carriles bici, caminos seguros, etc,,)</p> | |
| <p>Actores Implicados</p> <p>Responsable: Diputación Provincial / Delegación Gobierno (Servicio Admón. Local)</p> <p>Otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delegación Terr. Igualdad, Salud y Pol. Sociales (Serv^o Salud Pub) • Delegación Terr. Educación • Delegación Terr. Fomento y Vivienda. • Diputación (localidades <20.000 h) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 70/80 | |

| | |
|--|---|
| IV PAS | COMPROMISO 3 GENERAR Y DESARROLLAR LOS ACTIVOS DE SALUD DE NUESTRA COMUNIDAD Y PONERLOS A DISPOSICIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA. |
| | META 3.1. Identificar y desarrollar los activos que promueven salud y generan bienestar en la población. |
| | OBJETIVO 3.1.3. Incorporar el modelo de activos en salud en los distintos niveles territoriales de planificación. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO IX (3.1.3.1)- La Red Local de Acción en Salud (RELAS) en cada pueblo o ciudad |
| <p>Descripción:</p> <p>La implantación y el seguimiento de los Planes de Acción Local en Salud es un indicador básico de la extensión de la planificación en salud pública con criterios de Salud en Todas las Políticas.</p> <p>El objetivo planteado supone que existan Planes de Acción Local en Salud en todos los municipios de la provincia, fomentado su implantación y desarrollo desde todos los estamentos implicados. Con este objetivo, a modo de pilotaje, se establecerá un Observatorio RELAS que realice un seguimiento sistemático de la implantación de los planes en los diferentes municipios de la provincia, al tiempo que sirva como referente para su impulso, asesoramiento y apoyo, incluyendo la actividad dinamizadora de la Diputación Provincial en los municipios de menos de 50.000 habitantes.</p> | |
| <p>Actores implicados</p> <p>Responsable: Delegación Gobierno (Servicio Admón. Local) / DTISPS (Servº Salud Pub)</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entidades Locales • Diputación Cádiz | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 71/80 | |

| | |
|--|---|
| IV PAS | COMPROMISO 3 GENERAR Y DESARROLLAR LOS ACTIVOS DE SALUD DE NUESTRA COMUNIDAD Y PONERLOS A DISPOSICIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA. |
| | META 3.2.- Desarrollar los activos de salud vinculados a las relaciones sociales y la cultura. |
| | OBJETIVO 3.2.3. Promover los activos de salud de las familias. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO X(3.2.3.1)- Ocio saludable para las familias - Espacios de encuentro comunitario saludable |
| <p>Descripción:</p> <p>Recuperación /adecuación de espacios públicos para el encuentro, vida comunitaria, ocio, juegos de calle, agricultura ecológica... en espacios urbanos y periurbanos, que faciliten la convivencia, la actividad física, etc. Deben priorizarse intervenciones con enfoque de equidad e intergeneracional.</p> <p>Una de las constante de las propuestas presentadas en el proceso participativo fue la necesidad de disponer de espacios públicos en los que, además de realizar una actividad física sostenible, se facilite la convivencia, siendo este elemento socializador el puesto de manifiesto como clave para la adherencia a la realización de este tipo de actividades. Además otro elemento reclamado ha sido facilitar la intergeneracionalidad, que sirva de un aliciente para las personas que intervienen. Como elemento clave, se requiere conocer la disponibilidad de espacios públicos para, realizando un diagnóstico de situación, realizar las acciones necesarias en cuanto a la promoción de su existencia, su puesta a disposición de la ciudadanía y, en caso de detectarse necesidades, su inclusión en la planificación correspondiente.</p> <p>Siendo el planeamiento urbanístico la herramienta que posibilita la implantación de este objetivo, la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de sus instrumentos (Planes Generales y de Desarrollo) es el elemento establecido para incorporar esta perspectiva de activos de salud. Esta evaluación es preceptiva para los nuevos Planes, existiendo una metodología propuesta por la Consejería de Salud para su ejecución. Sin embargo, esta previsión sólo es de aplicación para los planes que se aprueben desde la entrada en vigor del decreto 169/2014 (junio de 2015); por ello, en este objetivo se plantea un estudio <i>ex post</i> de la planificación urbanística actualmente en vigor en una serie de municipios representativos, desde el punto de vista de la EIS, principalmente de la disponibilidad de los espacios públicos previstos en la norma urbanística (LOUA), que permita establecer una valoración del estado actual de los mismos, los posibles déficits de los planeamientos en cuanto a la disponibilidad de este tipo de espacios y proponer, si procede, actuaciones encaminadas a su mejora.</p> | |
| <p>Actores implicados</p> <p>Responsable: Del. Territorial de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio /DTISPS (Servº Salud Pub)</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delegación Gobierno • DTISPS (Serv. Gestion Servicios Sociales) • Entidades Locales • Diputación Provincial | |



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 72/80 | |

| | |
|---|--|
| IV PAS | COMPROMISO 4 REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD. |
| | META 4.1. Mejorar aquellas condiciones de vida de la población andaluza que influyen en la reducción de las desigualdades en salud. |
| | OBJETIVO 4.1.1. Identificar aquellas condiciones de vida de la población andaluza con mayor influencia sobre las diferencias existentes en el nivel de salud y reorientar las políticas relacionadas. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XI (4.1.1.1)- Promoción de la lactancia materna y hábitos de vida saludable. |
| <p>Descripción:</p> <p>Actuaciones dirigidas a las mujeres embarazadas y con un enfoque amplio en alimentación y en hábitos de vida saludable, actividad física y consumo de tabaco y alcohol.</p> <p>Esta acción debe tener un claro enfoque de desigualdades, priorizando sectores de menor nivel socio-económico o educativo.</p> | |
| <p>Actores implicados</p> <p>Responsable: Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales / SSPA</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSPA (SAS) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 73/80 | |

| | |
|---|--|
| | COMPROMISO 4 REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD. |
| IV PAS | META 4.2. Mejorar el impacto de las políticas de redistribución de la riqueza en la reducción de las desigualdades en salud. |
| | OBJETIVO 4.2.3. Fortalecer estrategias de protección en poblaciones especialmente vulnerables por su situación de falta de autonomía personal |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XII (4.2.3.1)- Programa de atención integral a ancianos aislados |
| Descripción: | |
| <p>Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que no viven acompañadas, mediante acciones dirigidas a sus cuidados de salud, su entorno y su relaciones sociales, mediante visitas domiciliarias de personal sanitario, trabajo social, ayuda a domicilio, salidas acompañadas por voluntariado, entre otras.</p> <p>Para llevar a cabo este objetivo, se llevará a cabo un pilotaje sobre los municipios que presenten una pirámide de población más envejecida y/o que dispongan una Plan Local de Acción en Salud, para determinar un diagnóstico de la situación en relación con la problemática que se plantea y necesidades que se ponen de manifiesto; todo ello para establecer estrategias de abordaje de la misma.</p> | |
| Actores implicados: | |
| Responsable: Del.Ter. Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Serv. Gestion Servicios Sociales) | |
| Otros: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Del Terr. Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Servº Salud Pública) • SSPA (SAS) • Diputación Provincial | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 74/80 | |

| | |
|--|--|
| | COMPROMISO 4 REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD. |
| IV PAS | META 4.3. Disminuir las desigualdades en la atención sanitaria prestada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. |
| | OBJETIVO 4.3.3. Mejorar la equidad en el acceso a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XIII (4.3.3.1) Fomentar la coordinación de servicios de formación, prevención, y atención psico-educativa en centros educativos. |
| Descripción | |
| <p>Acciones dirigidas a alumnos, orientadores y educadores, así como progenitores, que contemplarán: programas de inteligencia socioemocional en las escuelas, atención psicoeducativa a jóvenes de centros escolares y asociaciones, programas de educación emocional para profesores, talleres psicoeducativos para la promoción de la salud mental, escuelas de padres, aulas de formación familiar, entre otros.</p> <p>Se realizará un pilotaje en los centros que, a indicación de la DT de Educación, se de una especial incidencia de este tipo de necesidades para, con la colaboración de profesionales del SSPA, estudiar las necesidades que se presentan y establecer las estrategias para un adecuado abordaje de los mismos.</p> | |
| Actores implicados | |
| Responsables: DT Educación | |
| Otros: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • DTISPS (Servº Salud Pub) • SSPA | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 75/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 5 SITUAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA CON EL LIDERAZGO DE LOS/LAS PROFESIONALES. |
| | META 5.2.- Lograr un marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales de la salud enmarcado por la Estrategia de Bioética de SSPA. |
| | OBJETIVO 5.2.3. El SSPA establecerá el marco de actuación para garantizar el ejercicio de la mayor autonomía personal de la ciudadanía. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XIV (5.2.3.1)- Planes municipales para la coordinación en la prevención y tratamiento de las adicciones. |
| <p>Descripción:</p> <p>En el marco del III Plan andaluz sobre drogas y adicciones (2016-2021) (PASDA) se plantea conformar espacios municipales de coordinación integral de actuación ante las adicciones, aprovechando algunas experiencias anteriores, como “Ciudades ante las drogas”, con énfasis en el fortalecimiento de la prevención y en la mejora del acceso a los tratamientos.</p> <p>Para ello, se determinará la situación actual en cada municipio de la provincia, siempre dentro del mencionado PASDA, así como las previsiones de implantación del mismo. Se facilitará la participación de los ayuntamientos (y Diputación provincial), de las asociaciones de afectados, así como los recursos de Salud Mental.</p> | |
| <p>Actores implicados:</p> <p>Responsable: Delegación Gobierno (Servicio Admón. Local) y Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones (Diputación Cádiz)</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSPA • Diputación Provincial (Serv. Drogodependencias) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 76/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 5 SITUAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA CON EL LIDERAZGO DE LOS/LAS PROFESIONALES. |
| | META 5.2.- Lograr un marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales de la salud enmarcado por la Estrategia de Bioética de SSPA. |
| | OBJETIVO 5.2.3. El SSPA establecerá el marco de actuación para garantizar el ejercicio de la mayor autonomía personal de la ciudadanía. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XV (5.2.3.2)- Desmedicalización de la vida diaria |
| <p>Descripción:</p> <p>Facilitar herramientas y recursos a los profesionales sanitarios para promover la desmedicalización de la vida diaria, el uso racional del medicamento y el acceso a las pruebas diagnósticas necesarias. Sensibilizar e informar a los pacientes para conseguir mejorar su autonomía sin medicalización innecesaria.</p> <p>Evitar el sobreuso médico (sobrediagnóstico, sobretratamiento y evitar solicitud de pruebas fútiles.</p> <p>Para ello, en una primera fase, se realizará un estudio entre los profesionales de atención primaria (Técnicos del Medicamento / Farmacéuticos) y los centros de atención a mayores para determinar la situación actual, recabar las propuestas de los mismos así como las dificultades que encuentran en relación con la aplicación de este objetivo. A partir de sus conclusiones se establecerán las estrategias y acciones que se traducirán en objetivos concretos a implantar en los mismos centros.</p> | |
| <p>Actores implicados</p> <p>Responsable: Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales / SSPA</p> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> DTISPS (Mayores) y Diputación Provincial (Área B. Social) | |



| | | | | |
|---------------------|---|--------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 77/80 | |

| | |
|---|--|
| IV PAS | COMPROMISO 5 SITUAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA CON EL LIDERAZGO DE LOS/LAS PROFESIONALES. |
| | META 5.3. Que el SSPA se constituya como un espacio abierto y compartido, que facilite las interrelaciones de profesionales y ciudadanía. |
| | OBJETIVO 5.3.1. Articular el SSPA en una red de UGC para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la capacidad de respuesta, acercándolo a la ciudadanía. |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XVI (5.3.1.1)- Mesa de Coordinación interinstitucional de la Salud Mental a nivel municipal o comarcal. |
| Descripción | |
| <p>Conformar a nivel municipal o comarcal espacios permanentes de coordinación dirigidos a promover el buen trato a infancia y adolescencia, coordinar esfuerzos en la atención y prevención de los trastornos de salud mental, con especial atención a la infancia y jóvenes, optimizando los recursos en salud mental, promoción e información.</p> <p>El III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020 (PISMA) establece la actuación de las UGC de Salud Mental, con clara prioridad a la atención a la infancia y la adolescencia, apostando por un enfoque integral e intersectorial. El PISMA plantea acciones destinadas a optimizar la organización territorial de las UGC de Salud Mental (SM). En concreto, la línea 4 del PISMA establece el Objetivo General 8 que supone el marco en que, necesariamente, se debe materializar lo propuesto en este objetivo.</p> <p>Por todo ello, se establece la realización de un diseño, dentro de lo previsto en el PISMA, de la implantación territorial de las UGC de SM, siempre desde el punto de vista de la optimización de recursos y la coordinación con los restantes ámbitos intervinientes (administración educativa, administración local, asociaciones, etc.), en municipios representativos de las tres zonas de la provincia (Campo de Gibraltar, Norte de Cádiz y Bahía de Cádiz).</p> | |
| Actores Implicados: | |
| Responsable: SSPA (UGC Salud Mental) | |
| Otros | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Delegación Gobierno (Servicio Admón. Local) • DTISPS (Serv. Gestion Servicios Sociales) • Diputación Provincial- Entidades Locales | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 78/80 | |

| | |
|--|---|
| | COMPROMISO 6 FOMENTAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS CON CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN. |
| IV PAS | META 6.2.- Impulsar los mecanismos que fomenten la generación e incorporación de conocimientos y tecnologías de calidad que garanticen el servicio a la ciudadanía en la mejora de su salud |
| | OBJETIVO 6.2.6. Las Administraciones promoverán iniciativas de divulgación sobre la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades, orientando a la ciudadanía hacia los servicios adecuados, e incorporando las tecnologías de la información |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XVII (6.2.6.1)- Investigación sobre efectos de actividad física para mayores |
| Descripción | |
| Investigación y generación de conclusiones de la aplicación de la acción 1.2.3.1 consistente en la Promoción de la actividad física en centros piloto de personas mayores , de manera específica o integrada en otras acciones de carácter cultural y social. Se plantean en diversas áreas: Gimnasia, Agua, Playa, Rutas culturales, Calle, Expresión corporal, entre otras. | |
| Actores Implicados | |
| Responsable: Universidad de Cádiz | |
| Otros: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • SSPA (SAS) • Del Terr. Igualdad Salud y Pol. Sociales (Serv. Gestion Servicios Sociales) • Del Terr. Igualdad Salud y Pol. Sociales (Servº Salud Pub) | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 79/80 | |

| | |
|---|---|
| IV PAS | COMPROMISO 6 FOMENTAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS CON CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN. |
| | META 6.2.- Impulsar los mecanismos que fomenten la generación e incorporación de conocimientos y tecnologías de calidad que garanticen el servicio a la ciudadanía en la mejora de su salud |
| | OBJETIVO 6.2.6. Las Administraciones promoverán iniciativas de divulgación sobre la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades, orientando a la ciudadanía hacia los servicios adecuados, e incorporando las tecnologías de la información |
| PSP | OBJETIVO OPERATIVO XVIII(6.2.6.2) - Investigación sobre la aplicación del Plan de “Centro Educativo Saludable” |
| <p>Descripción Investigación y generación de conclusiones sobre la aplicación de la acción 2.2.3.1 consistente en centros escolares piloto de una Comisión con todos los actores que defina y apruebe un Plan propio. Contaría con el apoyo de las instituciones de salud y de cualquier otra que fuese necesaria..</p> <p>La Comisión del centro deberá tener capacidad para proponer mejora de estructuras, accesos y movilidad, así como implantación de nuevas acciones en el ámbito de la salud y revisión de los Programas de Hábitos de Vida Saludable, en el marco del Plan</p> | |
| <p>Actores Implicados Responsable: Universidad de Cádiz Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSPA (SAS) • Instituto Andaluz Juventud en Cádiz • Del Terr. Igualdad Salud y Pol. Sociales (Servº Salud Pub) • Del Terr. Educación | |



| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|------------|--|
| Código: | 43Cve772UMNGWEQ0NXqv7Fp06J/u1z | Fecha | 20/07/2017 | |
| Firmado Por | JUAN LUIS BELIZON GUERRERO | | | |
| Url De Verificación | https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma | Página | 80/80 | |