

Avista



**ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y
RESPUESTA EN SALUD PÚBLICA
DE ANDALUCÍA**

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud

Versión actualizada a 28 de abril de 2023



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Autores de la Estrategia



Coordinación y grupo motor de AVISTA:

Nicola Lorusso. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Alberto Fernández Ajuria. Escuela Andaluza de Salud Pública
Begoña López Hernández. Distrito Atención Primaria Granada
Eduardo Briones Pérez de la Blanca. Distrito Atención Primaria Sevilla
Francisco Javier Guillén Enríquez. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo
Jesús Molina Cabrillana. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga
José Luis Barranco Quintana. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

María Inmaculada Sillero Arenas. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Jaén

María Carmen Rodríguez Camacho. Sección de Salud Laboral. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

María Victoria Llamas Martínez. Consejería de Salud y Consumo

Rafael Castaño Torres. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Rafael Martínez Nogueras. Hospital Universitario de Jaén

Rafael Ruiz Montero. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Apoyo técnico:

Alicia Vallejo Ortigón. Escuela Andaluza de Salud Pública

Cristina Pavón López. Escuela Andaluza de Salud Pública

Componentes de los grupos de trabajos por línea estratégica:

Línea estratégica 1A

Eduardo Briones Pérez de la Blanca. Distrito Atención Primaria Sevilla

Alberto Aguilera Parejo. Delegación Territorial de Salud Jaén
Alberto Fernández Ajuria. Escuela Andaluza de Salud Pública
Antonio Hernández Jiménez. Distrito Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte
Francisco Pozo Muñoz. Distrito Sanitario Antequera de Málaga
Javier García León. Jubilado
Joaquín Carlos Moreno Parejo. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud
Juan Limón Mora. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud
María del Carmen Valero Ubierna. Hospital San Cecilio de Granada
Nuria López Ruiz. Distrito Atención Primaria Campo de Gibraltar
Patricia Ferre Curtido. Distrito Atención Primaria Granada Norte
Rafael Martínez Nogueras. Hospital Universitario de Jaén
Rosa Cano Portero. Centro Nacional Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Línea estratégica 1B

María Victoria Llamas Martínez. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Ana María Cazalla Foncueva. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla
Ana María Reales Arroyo. Distrito Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte
Carmen González Montero. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud
Concepción Ruíz García. Hospital de Jerez de la Frontera
Eva Martín Ruiz. Escuela Andaluza de Salud Pública
Guadalupe Longo Abril. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud
Isabel Álvarez Pacheco. Distrito Atención Primaria Huelva Costa
Juan Gómez Salgado. Distrito de Atención Primaria Condado-Campiña
Magdalena Bonillo Muñoz. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

María Mar Caballero Algarín. Distrito Atención Primaria Sevilla

Mercedes Becerra Benítez. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz

Nieves La Fuente Robles. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud

Pilar Ruiz Cerezo. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Córdoba

Remedios Viñolo López. Distrito Atención Primaria Poniente de Almería

Rosario Márquez Larque. Sistemas de información. Servicio Andaluz de Salud

Silvia Sicre Alonso. Distrito Atención Primaria Aljarafe – Sevilla Norte

Susana Rodríguez Gómez. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud

Línea estratégica 2

Nicola Lorusso. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Carmen Navarro Bustos. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud
Carmen Varela Martínez. Centro Nacional de Epidemiología.

Diego Almagro Nievas. Distrito Atención Primaria Metropolitano Granada

Estrella Figueroa Murillo. Hospital de Puerto Real

Fernando Ayuso Baptista. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Francisco José Araujo Rodríguez. Centro Andaluz de Farmacovigilancia

Francisco José Marchena Fernández. Servicio de Salud Ambiental. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Jesús Henares Montiel. Escuela Andaluza de Salud Pública

José Ramón Hernández Bello. Delegación Territorial Salud y Consumo de Sevilla

Marina Segura Moreno. Centro de Vacunación Internacional. Subdelegación del Gobierno de Málaga

Raquel Valencia Martín. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Sara Huarte Osakar. Delegación Territorial Salud y Consumo de Sevilla

Ulises Ameyugo Catalán. Subdirección de Protección. Dirección General de Salud

Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Línea estratégica 3

María Inmaculada Sillero Arenas. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Jaén

David López Martín. Hospital Costa del Sol de Marbella

Elisa Torres Butrón. Distrito Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte

Encarnación Román Casares. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Francisco José Bernal Vela. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

José María Navarro Mari. Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Juan Antonio Córdoba Doña. Hospital de Jerez de la Frontera

María Ángeles Martín Linares. Distrito Atención Primaria Almería

María Auxiliadora Vergara Díaz. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

María Dolores Galicia García. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Granada

Pablo Sánchez Villegas. Escuela Andaluza de Salud Pública

Pilar Rueda de la Puerta. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Virtudes Gallardo García. Consejería de Salud y Consumo

Línea estratégica 4

Begoña López Hernández. Distrito Atención Primaria Granada

Carmen Lama Herrera. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Salud y Consumo

Enric Duran Pla. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Francisco Javier Guillén Enríquez. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Guadalupe Longo Abril. Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud

José Antonio Expósito Tirado. Unidad Intercentros e Internivel de Rehabilitación y Fisioterapia Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

José Miguel García Domínguez. Secretaria General Técnica. Consejería de Salud

Lourdes Muñoz Collado. Delegación Territorial de Jaén. Consejería de Salud y Familias

Luis Pizarro Fernández. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud

María Jesús Campos Aguilera. Servicio Prevención. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

María José Ruiz Gómiz. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Mario Rivera Izquierdo. Unidad Docente Medicina Preventiva y Salud Pública

Pablo García-Cubillana de la Cruz. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Rafael Castaño Torres. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Ricardo Ocaña Riola. Escuela Andaluza de Salud Pública

Román Villegas Portero. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud

Línea estratégica 5

María Carmen Rodríguez Camacho. Sección de Salud Laboral. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Amalia Ramos Cuadra. Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Andrés Rabadán Asensio. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Cádiz

Francisco Agapito Arroyo Yanes. Sección de Salud Laboral. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Inmaculada Mateo Rodríguez. Escuela Andaluza de Salud Pública

Juan Francisco Álvarez Zarallo. Hospital Virgen Macarena de Sevilla

Juana Tallón Lobo. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Huelva

María Jesús Martín Sendarrubias. Distrito Atención Primaria Costa del Sol

María Ladisa. Hospital Virgen Macarena de Sevilla

Ricardo Luque Muñoz. Consejería de Empleo, Formación y Trabajo

Rosario García Durán. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Línea estratégica 6

Rafael Castaño Torres. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Alberto Carmona Ubago. Distrito Atención Primaria Metropolitano de Granada

Alejandro Rodríguez Torronteras. Distrito Atención Primaria Córdoba

Andrés Cabrera León. Escuela Andaluza de Salud Pública

David Moscoso Sánchez. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Málaga

Javier García León. Jubilado

José Efrén Ramos Calero. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Juan Carlos Fernández Merino. Jubilado. Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias.

María Dolores Muñozerro Muñoz. Base Datos Poblacional. Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud

Pedro Arias Bohigas. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Línea estratégica 7

José Luis Barranco Quintana. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Ana Roldán Garrido. Distrito Atención Primaria Sevilla

Ángel Mena Jiménez. Escuela Andaluza de Salud Pública

Eva Almán Ruiz. Distrito de Atención Primaria del Aljarafe-Sevilla Norte

María Dolores Fernández Pérez. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

María José Sierra Moros. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio Sanidad

Pilar Soler Crespo. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio Sanidad

Silvia Vallejo Godoy. Distrito Atención Primaria Almería

Línea estratégica 8

Rafael Ruiz Montero. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Jesús Molina Cabrillana. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Andrés Cabrera León. Escuela Andaluza de Salud Pública

Elena Baños Álvarez. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

María Ángeles Onieva García. Hospital de Costa del Sol de Marbella

María José Sánchez Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública

María Victoria Llamas Martínez. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Mario César Acosta Rodríguez. Distrito Atención Primaria de Córdoba y Guadalquivir

Miguel Delgado Rodríguez. Área de Medicina Preventiva y Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

Revisores:

María Inmaculada Vázquez Cruz. Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados. Servicio Andaluz de Salud

José Juan Jiménez Moleón. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada

Teresa Campos García. Servicio de Coordinación. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Inmaculada Mesa Gallardo. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Ulises Ameyugo Catalán. Subdirección de Protección. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

José Alberto Chaves Rodríguez. Servicio de Seguridad Alimentaria. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Francisco José Marchena Fernández. Servicio de Salud Ambiental. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Antonio José Marín Larrea. Subdirección de Ordenación Farmacéutica, Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud

María Dolores Fernández Pérez. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

María Jesús Campos Aguilera. Servicio Prevención. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Isabel Vázquez Rincón. Servicio Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Isidoro Pérez Madroñal. Sección de Salud Laboral. Servicio Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Aurea Morillo García. Subdirección Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Francisco Eusebio Pérez Torres. Servicio de Estadística Sanitaria. Consejería de Salud y Consumo

Cristina Torró. Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Consumo

Antonio Garrido Estrella. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Almería

Aurora Claver Derqui. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Cádiz

María Cruz Gallego Domínguez. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Córdoba

María del Mar Monchón-Ochoa. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Granada

Pedro Hurtado Lindes. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Huelva

Lourdes Ballesteros García. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Jaén

Enrique Moya Barrionuevo. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Málaga

Ramón Santos Luque. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Sevilla

Contenido

Marco legal y conceptual.....	3
Justificación.....	6
Gobernanza	8
Misión, visión y valores	10
Metodología	12
Áreas y líneas estratégicas	13
ÁREA: MODELO ORGANIZATIVO: SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD Y SISTEMA INTEGRAL DE ALERTAS EN ANDALUCÍA.....	15
LE1. Consolidación del modelo organizativo de la Red.....	15
LE2. Fortalecimiento de la gestión de alertas en salud pública	19
ÁREA: VIGILANCIA Y RESPUESTA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES Y EVENTOS ESENCIALES PARA LA SALUD PÚBLICA.....	22
LE3 Contribución al control de las enfermedades transmisibles.....	22
LE4. Fomento de la vigilancia y respuesta ante eventos no transmisibles y de los determinantes sociales y ambientales	25
LE5. Impulso a la vigilancia y el estudio de los problemas de salud laboral	27
ÁREA: TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	29
LE6. Modernización de los Sistemas de Información para la Vigilancia en Salud Pública.	29
ÁREA: CAPACITACIÓN, DIFUSIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	31
LE7. Difusión y divulgación del conocimiento epidemiológico y del análisis de salud.....	31
LE8. Progreso de la profesionalización de la Red, generación de evidencia científica e innovación	33
Difusión, seguimiento y evaluación	35
Anexos.....	36
ANEXO 1: NORMATIVA.....	36
ANEXO 2. PRESUPUESTO.....	37
ANEXO 3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	379
ANEXO 4. CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS Y VALORACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN ANDALUCIA	43
ANEXO 5. ÓRGANOS COLEGIADOS y PARTICIPATIVOS	50
ANEXO 6. TEMPORIZACION	51
ANEXO 7. INDICADORES.....	53
ANEXO 8: TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	55
ANEXO 9: SIGLAS Y ABREVIATURAS	58

Marco legal y conceptual



La vigilancia selecciona la información de mayor interés para conducir a los mejores resultados de la salud de las personas.

La información se obtiene con los requisitos exigibles de seguridad y confidencialidad, para posteriormente analizarla y responder en términos de acción a la propia comunidad, a las autoridades sanitarias y a los profesionales implicados.

Los resultados se evalúan en ganancia de salud colectiva, mejora de la equidad, justicia y respeto a las personas.

La estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía representa la planificación de objetivos y acciones para guiar la labor en este ámbito de acción en favor de la salud de la población andaluza.

La estrategia se enmarca en la legislación nacional y autonómica y se ampara en la gobernanza y corresponsabilidad del sistema sanitario público de Andalucía.

La organización y la eficacia de las actividades de vigilancia en salud pública son una exigencia legal y un elemento esencial de la protección de la salud contemplada en el artículo 43 de la Constitución Española. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que los estudios epidemiológicos son la actividad fundamental para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción.

Un hito fue la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RD 2210/95), que regula actualmente la vigilancia en salud pública en España y se organiza como una “Red de redes”, tanto en sentido territorial como funcional, reflejando la configuración descentralizada del Estado de las Autonomías y la complejidad y diversidad de los problemas de salud en el mundo actual. En 1996 se constituye mediante Decreto (DECRETO 66/1996, de 13 de febrero), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (SVEA), que sentó las bases de un sistema de

Vigilancia basado en la declaración obligatoria de enfermedades y en la identificación de situaciones de alerta y brotes epidémicos.

La Ley de Salud de Andalucía, publicada en 1998, se puede considerar como el preámbulo del desarrollo normativo de la salud pública en nuestra comunidad autónoma. Esta ley legitima las acciones de la administración andaluza, frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como la recopilación, elaboración, análisis y difusión de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad. La misma ley permite crear registros de enfermedades y realizar los análisis epidemiológicos necesarios para el conocimiento de la salud colectiva de los andaluces y las andaluzas, y en particular de grupos de riesgo y avala que, de éste análisis, puedan derivarse acciones de intervención.

En consonancia, el artículo 11 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, avala que la información epidemiológica y los

sistemas de alerta y respuesta rápida ante emergencias de salud pública, son responsabilidad de las administraciones públicas, ambas están destinadas a preservar, proteger y promover la salud de la población. En este sentido, el artículo primero de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible. Es decir, a través de las políticas, programas, servicios, y en general, actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas, la finalidad es actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, para prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

La normativa andaluza incide en estos aspectos en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma. Destaca la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, que profundiza en los deberes y competencias de la administración andaluza. Entre los deberes incluye la obligación de disponer de un Sistema de Vigilancia en Salud (SVS), que permita la integración y análisis de datos, y la utilización y difusión oportuna de esta información, para desarrollar actuaciones orientadas a proteger o mejorar la salud colectiva. La misma ley define el Sistema Integral de Alertas de Andalucía (SIA).

Las atribuciones y competencias de los organismos administrativos del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), están definidas por el Decreto 156/2022, de 9 de agosto. El control de las enfermedades y riesgos para la salud en situaciones de emergencia sanitaria, la coordinación y comunicación del riesgo en salud pública y la dirección estratégica de los Sistemas de Información, son atribuciones de la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud. Le corresponde a la Dirección General de Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF), la evaluación del estado de salud de la población, la organización de la respuesta ante situaciones de alertas y crisis sanitarias, la ejecución y evaluación de las competencias en materia de promoción, prevención, vigilancia, protección de la salud y salud laboral, así como el control sanitario y la intervención pública en seguridad alimentaria, salud ambiental y otros factores que inciden sobre la salud pública. Por otro lado, le corresponde al Servicio Andaluz de Salud (SAS), con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía, la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias, en el ámbito de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El Decreto-Ley 22/2020, de 1 de septiembre, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente

diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19), modifica los artículos 62 y 66 de la Ley de Salud Pública y redefine el SVS, el Sistema Integral de Alertas (SIA), diferenciando dos niveles organizativos.

- a. *Nivel integrado por el órgano competente en materia de Salud Pública y Delegaciones Territoriales o, en su caso, Provinciales de la Consejería competente en materia de salud.*
- b. *Nivel integrado por los Distritos de Atención Primaria, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria, del Servicio Andaluz de Salud y Centros adscritos*

La misma normativa crea el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto.

En el Anexo 1 se pueden consultar las principales normas que regulan la vigilancia de la salud en el ámbito nacional y autonómico.

La formulación de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía, en adelante AVISTA, se aprueba por el Consejo de Gobierno de Andalucía mediante el Acuerdo de 18 de mayo de 2021. Esta iniciativa respalda la importancia del análisis epidemiológico para legitimar las estrategias del SSPA, y refuerza el papel líder de la vigilancia entre las acciones de salud pública. En este marco, la Vigilancia y Respuesta en Salud Pública (VRSP) se define como la acción sanitaria que selecciona y gestiona la mejor información disponible para conocer el estado y la evolución de la salud de las personas y de sus determinantes y que, tras su análisis y evaluación, realiza recomendaciones oportunas a las autoridades sanitarias, profesionales y ciudadanía sobre las medidas que deben adoptar para prevenir la enfermedad, así como para proteger y mejorar su salud. Las recomendaciones se basan en la evidencia científica, en la aceptabilidad y en los principios éticos que rigen la convivencia y el bienestar común.

La VRSP adopta procedimientos diferentes según la urgencia del daño y el ritmo de la toma de decisiones. Ante situaciones de alertas y eventos de riesgo inminente, la acción se dirige a la valoración de daños, investigación y análisis rápido del riesgo y a su control, así como la adopción oportuna de medidas preventivas en la población susceptible (Vigilancia basada en eventos). La respuesta se sustenta en el análisis de situación, los protocolos específicos y en la propia evidencia científica. Se seleccionan las medidas de control que son proporcionales a la gravedad del riesgo, su magnitud y su alcance potencial. Es obvio entender la necesidad de disponer de canales de comunicación efectivos y

Marco legal y conceptual

oportunos que faciliten la información y permitan la coordinación de todos los agentes implicados.

Fuera del contexto de las alertas sanitarias, el sistema de vigilancia selecciona los eventos de salud atendiendo a la carga de morbimortalidad, trascendencia y la posibilidad de prevención. En este contexto, se seleccionan los indicadores epidemiológicos que nos ayudan a monitorizar la evolución y tendencias del problema de salud y, además, nos permiten identificar desigualdades, ya sean de índole geográfica, de edad y sexo o debidas al reparto desigual de los determinantes sociales de la salud (Vigilancia basada en indicadores). La respuesta se concreta en recomendaciones, bien de carácter intersectorial, o exclusivamente de índole sanitario, contemplando sus dimensiones de atención sanitaria, prevención, promoción y protección de la salud pública.

Siguiendo este esquema conceptual, las funciones de la VRSP gravitan en dos sistemas potentes: el SVS y el SIA. En ambos es esencial la participación de todos los profesionales sanitarios y de la propia ciudadanía, sin embargo, se distinguen los profesionales de la Red de Vigilancia en Salud Pública (la Red) que, por su dedicación y responsabilidad, se centran en el buen funcionamiento de estos sistemas.

En Andalucía, desde sus inicios, la Red posee una franca y característica orientación a la respuesta en salud pública, favorecida por su doble dependencia, por un lado, de la DGSPDF de la Consejería de Salud y Consumo, autoridad competente en materia de salud pública, y por otro del SAS, actual órgano proveedor de servicios sanitarios. Este conjunto de funciones y dependencias aporta riqueza competencial, y sitúa a los profesionales de la Red en una posición singular en la organización sanitaria.

Justificación



El Consejo de Gobierno de Andalucía, respondiendo a las responsabilidades que le confiere el marco legislativo actual, concluye la necesidad de reforzar las estructuras y funciones de salud pública, y aprueba la formulación de la Estrategia de Vigilancia de la Salud y Respuesta, AVISTA.

AVISTA contempla y enriquece el marco nacional para contribuir a la mejora de la salud de los andaluces y a la reducción de las inequidades.

Desde siempre, el SIA en Andalucía, ha demostrado un elevado nivel de sensibilidad y eficacia en el análisis, investigación y control de múltiples alertas y brotes, algunos de ellos con alta repercusión social y mediática. Uno de ellos ocurrió en el año 2019, cuando demostró su capacidad para asociar brotes colectivos de diferentes lugares mediante un nexo alimentario común, la ingesta de carne mechada comercializada y contaminada por listeria. La empresa cárnica poseía una amplia distribución, pero carecía de una buena gestión de riesgos. Posteriormente, en 2020, el SIA controló con eficacia el brote de meningoencefalitis por Virus del Nilo Occidental, en Andalucía occidental, y mostró su capacidad para coordinar sectores y administraciones de distintas áreas competenciales.

Recientemente, la pandemia Covid-19 ha vuelto a poner a prueba nuestro sistema sanitario. En las etapas más álgidas, el SIA ha trabajado en la evaluación de riesgos, el control de brotes en entornos vulnerables y en la identificación de cepas y variantes de interés. La verificación de la información ha sido ingente, tensando la Red hasta situaciones límite. Sin embargo, los esfuerzos por el control de la pandemia han fortalecido la coordinación entre los niveles asistenciales de la salud y los profesionales de la Red.

En todos estos escenarios, el análisis epidemiológico ha permitido, con rigor y calidad, respaldar las decisiones propias de la autoridad sanitaria, pero también, ha llevado al límite la capacidad estructural y organizativa del sistema, y ha puesto de manifiesto carencias y limitaciones, que en épocas anteriores se habían superado con mecanismos adaptativos.

Los riesgos emergentes para la salud son frecuentes en un mundo globalizado, donde las zoonosis y otros agentes transmisibles superan fronteras y aproximan modos de enfermar entre lugares remotos. Sin embargo, aún en periodos epidémicos, la mayor carga de enfermedad la aportan las enfermedades no transmisibles, muchas de ellas de carácter crónico, que acompañan a la persona en su recorrido vital afectando a su calidad de vida (muerte prematura, discapacidad e invalidez). La salud mental, los determinantes sociales de la salud y la influencia del entorno ambiental y la ocupación laboral son áreas que implican riesgos candentes y que es necesario incluir en el SVS.

Por todo ello, se es consciente de la necesidad de fortalecer y renovar la vigilancia en salud pública y potenciar, además de la vigilancia de las enfermedades transmisibles, otros sistemas y fuentes de informaciones necesarias para extender la vigilancia a todas las enfermedades y problemas de salud, así como a sus determinantes. Asimismo, se dota AVISTA del presupuesto necesario para su soporte y desarrollo (ANEXO 2).

Justificación

La pandemia Covid-19 ha impulsado medidas estatales de gran trascendencia. A raíz de los efectos de la pandemia, el gobierno español destina fondos europeos a la reforma del sistema de salud pública¹ instrumentalizada en tres ejes claves: Estrategia de Salud Pública, Red de Vigilancia en Salud Pública y Centro Estatal de Salud Pública. Por otro lado, el día 10 de marzo de 2022, la Ministra de Sanidad y las personas titulares de las Consejerías de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas aprueban por unanimidad 'La Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública'². Con la Declaración se acuerdan acciones necesarias para potenciar y fortalecer la práctica de la vigilancia en el territorio nacional, entre ellas, la revisión e implantación de una política de recursos humanos que genere y retenga el talento profesional, el fomento de la investigación y de la innovación, y la modernización de los sistemas de información.

La Estrategia de Salud Pública 2022³, primero de los instrumentos incluidos en el Plan¹ fue aprobada por la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el mismo año se aprueba la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud⁴.

Se potencia la creación de una Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública que coordine los sistemas necesarios para vigilar el estado de salud de la población en términos de bienestar, morbilidad y mortalidad; y los riesgos, determinantes, inequidades y los factores que la condicionan. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que ha sido un instrumento clave en la gestión de la pandemia de COVID-19, no incluye el seguimiento de enfermedades crónicas o no transmisibles. La nueva red de vigilancia en salud pública, a la que pertenecerá RENAVE, integrará también los sistemas de información existentes sobre enfermedades no transmisibles, fomentando la modernización de los sistemas de información en su conjunto, la innovación y la investigación.

1 Reforma C19.R, del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

2 Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en salud pública, de 10 de marzo de 2022.

3 Estrategia de Salud Pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población.

4 Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud. Respondiendo a los retos de la vigilancia en España: modelando el futuro.

Gobernanza



AVISTA requiere la creación de dos órganos de seguimiento y evaluación de la estrategia: el Comité Director y el Comité Técnico.

Asimismo, uno de las acciones de AVISTA contempla la formación del Comité Asesor de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública (CVR) como órgano permanente.

El **Comité Director de la estrategia AVISTA** será el órgano encargado de establecer, evaluar y aprobar las políticas de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública a desarrollar.

El **Comité Técnico de la estrategia AVISTA** será el órgano encargado de planificar, monitorizar y evaluar el desarrollo de la estrategia, así como reformular acciones si se considera necesario para alcanzar los objetivos de manera óptima.

En el seno de ambos comités se gestionarán los procedimientos necesarios para permitir la ejecución de acciones que impliquen a varios centros directivos. Las estrategias, al fin y al cabo, son documentos dinámicos que aportan un marco teórico para el desarrollo de las acciones dirigidas a la consecución de uno o varios objetivos; pero requieren una monitorización continua que proporcione información fiable sobre su implantación e incluso para adaptar o modificar su contenido en caso necesario.

El **Comité Director de la estrategia AVISTA**, estará formado por:

Presidencia:
Consejera/o de CSC

Vicepresidencia:
Viceconsejera/o de CSC

Secretaría:
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de CSC

Vocales:

- Dirección Gerencia de SAS
- Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud de CSC.
- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de CSC
- Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo de CSC
- Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de CSC
- Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados de SAS
- Dirección de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud de SAS
- Dirección General de Personal del SAS
- Dirección de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía

El **Comité Técnico de la estrategia AVISTA** estará formado por:

Presidencia:
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de CSC

Secretaría:
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de CSC

Vocales de CSC:

- Subdirección de calidad, investigación y gestión del conocimiento. Secretaría General de Salud Pública I+D+i
- Subdirección de Estrategias, Planes y Procesos. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo

Gobernanza

- Subdirección de drogodependencias e inclusión. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones
- Subdirección de Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
- Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
- Subdirección de Ordenación Farmacéutica, planes y estrategias de Salud. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo de CSC
- Servicio de Coordinación de Salud Pública de CSC
- Dirección de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía

Vocales SAS:

- Subdirección de Gestión Sanitaria
- Subdirección de Programas y Desarrollo
- Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
- Subdirección de Gestión de la Información
- Subdirección de Personal
- Unidad competente en materia de prevención de riesgos laborales

El **Comité Asesor de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública (CVR)**, se concibe como órgano permanente de carácter asesor para la planificación de la vigilancia en salud, la adaptación de protocolos y recomendaciones y el soporte a la toma de decisiones. El CVR tendrá un carácter técnico y científico y estará compuesto por profesionales de la Red de ambos niveles de vigilancia y otros profesionales del ámbito de la salud pública.

Entre sus funciones:

- Asesoría en la planificación de la vigilancia en Salud Pública en Andalucía.
- Propuesta y revisión de las Carteras de Servicios de los nodos y unidades de la Red
- Asesoría sobre la naturaleza, pertinencia y calidad científica de los protocolos de actuación.
- Revisión y propuesta de mejora para los sistemas de información de vigilancia epidemiológica.
- Propuestas de integración, en su caso, de los planes de acción de diferentes Consejerías.
- Propuesta de objetivos de la Red
- Propuesta de estudios epidemiológicos y de proyectos de investigación propios o de participación en los liderados por otras instituciones.
- Colaboración con los laboratorios clínicos del SSPA para la vigilancia de la salud, estudios de resistencias e identificación genómica.
- Diseño de Informes provisionales y finales

- Diseño de indicadores y cuadros de mando
- Propuesta de simulacros de alertas de salud pública, evaluación e identificación de mejoras.
- Propuestas de intervención en alertas de salud pública en colectivos vulnerables
- Realización de informes y recomendaciones ante situaciones de alertas de ámbito comunitario.
- Asesoría al Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto cuando sea requerido.
- Cualquier otra actuación que le fuera encomendada por la persona titular de la Consejería con competencias en materia de salud.

Presidencia:

Director/a Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía.

Secretaría:

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de CSC

Vocalías:

- Ocho personas con experiencia científico-técnica en relación con la vigilancia epidemiológica en Andalucía.
- Al menos dos representantes de sociedades o instituciones científicas relacionadas con la vigilancia y la salud pública.
- Se valorará la participación o incorporación de otras personas con experiencia científico-técnica en otros ámbitos científicos afines a la vigilancia y a la salud pública.

En la composición del Comité de Vigilancia en Salud Pública deberá respetarse la representación equilibrada de mujeres y hombres en los términos previstos en el apartado 2 del artículo 11 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, incluyendo en el cómputo a aquellas personas que formen parte de los mismos en función del cargo específico que desempeñen. Este mismo criterio de representación se observará en la modificación o renovación del Comité.

Misión, visión y valores



AVISTA integra los valores y principios éticos que legitiman las acciones de la salud pública, liderados por el bien común y el respeto hacia las personas.

La misión es conducir a la población andaluza al nivel óptimo de salud de forma equitativa. Para ello potencia el desarrollo de los sistemas propios, SVS y SIA, ampliando el horizonte en una visión integral de la salud e incorporando nuevas áreas de vigilancia e intervención y elementos innovadores que avancen en la legitimidad y eficacia de la respuesta.

La visión de AVISTA es situar la vigilancia en el liderazgo de la toma de decisiones y responder a la sociedad, con una acción de salud pública eficaz y sostenible que respete los principios éticos exigibles.

El ámbito territorial comprende la Comunidad Autónoma de Andalucía y supone un recorrido de objetivos y acciones a desarrollar entre los años 2022 y 2027.

Las líneas estratégicas se han formulado atendiendo al compromiso de perspectiva de género de la administración pública.

Se garantiza la transparencia y la confidencialidad en los procedimientos de vigilancia y se dirigen esfuerzos para mejorar la difusión y divulgación de los resultados, para mejorar la capacidad de decisión.

La Estrategia se centra en las necesidades de salud y en el bienestar de las personas y de la sociedad como conjunto, siguiendo las directrices de la Agenda 2030 de la ONU de Desarrollo Sostenible⁵, y adopta diferentes enfoques:

⁵ Plan De Acción Para La Implementación de la Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible.



Equidad en Salud. Las inequidades pueden y deben abordarse desde las políticas públicas⁶. La Estrategia demanda un análisis epidemiológico capaz de identificar las inequidades, ya sea debidas a la residencia/ territorio, sexo y edad, y las ocasionadas por los determinantes sociales y ambientales de la salud.

El análisis integral de la Salud impulsado en AVISTA promueve la justicia, ya que sitúa en el debate desviaciones de los esfuerzos hacia determinados problemas de la salud, en todos los niveles territoriales, y al mismo tiempo introduce la evaluación de resultados de las intervenciones sanitarias poblacionales, con la finalidad de identificar las acciones sanitarias más eficaces, equitativas, eficientes y sostenibles.

Salud en todas las políticas. Los factores que más determinan la salud se encuentran fuera del ámbito estrictamente sanitario, se requiere de la identificación y de la evaluación de su repercusión en la salud colectiva de acciones y eventos para permitir la colaboración eficaz otros agentes y administraciones distintas a la sanitaria, atendiendo al enfoque de Salud en todas las políticas^{7,8,9}.

Una sola salud. El marco conceptual *One Health* inspira a desarrollar acciones estratégicas para Reducir los Riesgos de Enfermedades Infecciosas en la Interfaz Animal-Humano-Ecosistemas¹⁰. El impacto actual del cambio climático en la salud de la población, la sociedad y la economía, y las previsiones para la próxima década, hacen imprescindible este enfoque de salud pública holístico y vinculado a la sostenibilidad.

Gobernanza para la salud. La OMS propone este marco de acción¹¹, que sitúa en el escenario de la corresponsabilidad al modelo organizativo, promueve la participación de la toma de decisiones y la transversalidad de la acción de salud en el SSPA, integrando el papel fundamental de la atención primaria y hospitalaria del SSPA y de las dimensiones preventivas y de promoción de salud en la asistencia sanitaria.

Siguiendo la Ley 30/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, la estrategia incorpora los principios rectores de: equidad, pertinencia, precaución, evaluación, transparencia, integralidad, participación

seguridad, protección de la salud de la ciudadanía, solidaridad, coordinación y cooperación. AVISTA reconoce los principios éticos compartidos con el marco conceptual internacional de la actual vigilancia de la salud¹².

6 Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

7 Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. Organización Mundial de la Salud.

8 Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013: La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2013.

9 WHO. Health in all policies: training manual. Geneva: World Health Organization; 2015.

10 FAO, OIE, WHO, UN System Influenza Coordination, UNICEF and WORLD BANK. Contributing to One World, One Health. A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystems Interface.

11 WHO. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.

12 Pautas de la OMS sobre la ética en la Vigilancia de la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016.

Metodología



Liderada por el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral (SVSL) de la DGSPDF, AVISTA se ha formulado con la participación de profesionales expertos y sociedades científicas.

La EASP diseñó el plan de trabajo y el cronograma de actividades y ha prestado apoyo asesor y metodológico durante todo el proceso.

En la elaboración de la estrategia han intervenido sociedades científicas, profesionales expertos de vigilancia y salud pública, de disciplinas afines (prevención, promoción de la salud, seguridad alimentaria, salud ambiental, emergencias sanitarias, farmacovigilancia, salud mental, salud laboral, asistencia sanitaria, tecnologías de la información etc.) del ámbito nacional y autonómico, que han permitido trasladar desde un modelo teórico, a la práctica y la factibilidad los avances y modernizaciones necesarias para responder a la demanda de una sociedad moderna y sensible al progreso de la salud pública.

La formulación de la estrategia comenzó con un análisis de situación de la vigilancia en el contexto nacional e internacional y en nuestra organización, teniendo presente los aspectos organizativos y funcionales

necesarios para responder a las demandas de una salud pública (Anexo 3).

También, en la fase inicial, se realizó una encuesta dirigida a personas claves de la organización, para identificar opiniones, conocimientos y expectativas que el propio SSPA tiene sobre los SVS y SIA. Los resultados han servido para guiar, matizar y/o reajustar los objetivos y acciones predefinidos para el desarrollo de la estrategia (Anexo 4).

Se constituyó el Grupo Motor que definió las líneas de la estrategia y trabajó la coherencia global del documento. Posteriormente se formaron 8 Grupos de Trabajo (GT) encargados de la elaboración y desarrollo de cada una de las líneas estratégicas. Los miembros de los grupos se seleccionaron por perfil y competencia profesional.

Áreas y líneas estratégicas



Adaptadas al contexto de la Comunidad Autónoma, se han formulado siguiendo las directrices de programas, planes y estrategias a nivel nacional, de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud.

La primera línea estratégica se dirige a la organización, debido a la necesidad de consolidar el modelo organizativo que mejor aproveche las potencialidades de los distintos niveles funcionales, fortalezca todos los nodos operativos, integrados en distintos servicios y unidades del SSPA, y a sus profesionales. También se incluye la revisión y redefinición de la cartera de servicios de la VRSP para adaptarla a las exigencias de una sociedad moderna y con constantes amenazas de salud.

Entre los eventos de vigilancia, las alertas y las enfermedades transmisibles siguen siendo una prioridad de AVISTA, además se añaden eventos de carácter no transmisible, determinantes sociales, evaluación de resultados de programas sanitarios poblacionales que hasta el momento estaban insuficientemente desarrollados, también se impulsa la vigilancia de la salud de las poblaciones y colectivos, y su ámbito de desarrollo (laboral, sociosanitario, asistencial, comunitario). Andalucía es una comunidad cosmopolita e inmersa en un mundo globalizado que necesita de un sistema

eficiente de detección precoz de riesgos y respuesta para garantizar la protección de la salud de su población. En este sentido, la estrategia avanza en el diseño de un potente sistema de información que, incorporando las fuentes de datos primarias, permitan la vigencia de los datos y su análisis relacional.

La estrategia incluye el compromiso de difundir y divulgar el conocimiento epidemiológico a profesionales y población general, incorpora innovaciones en las formas de comunicación y potencia el acceso abierto a los microdatos con fines de análisis e investigación. También, se fomenta la gobernanza con el establecimiento de canales externos e internos para distribuir responsabilidades y facilitar la participación de los agentes implicados. AVISTA impulsa la investigación e innovación y reconoce la importancia de la profesionalización de la Vigilancia de la salud, apostando por la incorporación de profesionales especializados y en formación constante.



ÁREAS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

MODELO ORGANIZATIVO: SISTEMA DE VIGILANCIA Y SISTEMA INTEGRAL DE ALERTAS EN SALUD PÚBLICA

- LE1. Consolidación del modelo organizativo de la Red
- LE2. Fortalecimiento de la gestión de alertas de salud pública

VIGILANCIA Y RESPUESTA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES Y EVENTOS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

- LE3. Contribución al control de las enfermedades transmisibles
- LE4. Fomento de la acción ante eventos no transmisibles y de los determinantes sociales y ambientales
- LE5. Impulso a la vigilancia y al estudio de los problemas de salud laboral

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DIGITAL: VIGILANCIA, ANÁLISIS Y RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA

- LE6. Modernización de los sistemas de información para la vigilancia en salud pública

CAPACITACIÓN, DIFUSIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- LE7. Difusión y divulgación del conocimiento epidemiológico y del análisis de salud
- LE8. Progreso de la profesionalización de la Red, generación de evidencia científica e innovación

ÁREA: MODELO ORGANIZATIVO: SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD Y SISTEMA INTEGRAL DE ALERTAS EN SALUD PÚBLICA

LE1. Consolidación del modelo organizativo de la Red



Consolidar y adecuar la estructura organizativa y la asignación correcta de funciones de VRSP en Andalucía es un requisito para garantizar un eficaz cumplimiento de su misión. La enfermería se reconoce como una categoría profesional activa en este ámbito. Sus funciones deben desarrollarse como parte integral de los procesos. Además, debe contemplarse la incorporación de profesionales de distintas disciplinas expertos en Ciencia de datos aplicada a la salud (Estadística, Informática y otras) para optimizar el análisis epidemiológico y desarrollar modelos predictivos. La coordinación y el trabajo colaborativo de la Red con el resto de profesionales sanitarios y especialmente del ámbito de salud pública es un aspecto a potenciar y mejorar.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
1. Definir y organizar las funciones de la VRSP en Andalucía	1.1. Desarrollo de la cartera de servicios de la VRSP (contemplando los ámbitos central, provincial y local de la Red)	Elaboración: Sí/No; Aprobación y difusión: Sí/No
	1.2. Definición de los perfiles, requisitos académicos (titulación), formativos (específicos o de especialidad) y competencias para el acceso a los puestos y categorías de la Red adscritos a los distintos nodos y unidades organizativas	Participación GT RRHH Ministerio Sanidad: 3/3; Documento: Sí/No
	1.3. Adecuación de los programas de Acreditación Profesional de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a las funciones de VRSP de la Red	Revisión y publicación del manual de competencias: Sí/No
	1.4. Organización de las funciones de VRSP dentro del modelo organizativo de gestión para la salud pública del SAS	Definición del modelo: Sí/No; Creación de unidades para la VRSP: Sí/No; % de unidades implementadas en Atención Primaria (AP) \geq 90 %
	1.5. Mantenimiento de la Atención Continuada (AC) e impulso a la Continuidad Asistencial (CA)/Accesibilidad de la Red en el SAS afianzando la coordinación con los Equipos de Alerta Provincial	Documento: Sí/No; Regulación de la CA/Accesibilidad: Sí/No; Porcentaje de cobertura SAS con AC: mín. 80%

2. Consolidar, profesionalizar y dimensionar la Red del SVS	2.1. Análisis, dimensionamiento y seguimiento de las necesidades de recursos humanos de la Red adscritos a los distintos nodos y unidades organizativas	Documento: Sí/No; Porcentaje Cumplimiento Hospitales / DAP: $\geq 80\%$; Porcentaje Cumplimiento Consejería / DDTT: $\geq 80\%$.
	2.2. Incorporación de requisitos académicos y formativos adecuados para el acceso a plazas con competencias de VRSP	A1. Requerimiento de formación especializada en salud pública (MPySP) en las categorías de medicina para la VRSP (SAS): Sí/No; A2. Requerimiento de formación específica en salud pública en la categoría de enfermería para la VRSP (SAS): Sí/No; A3. Requerimiento de formación específica en salud pública en el resto de categoría para la VRSP (SAS): Sí/No; B1. Requerimiento de la titulación en medicina/enfermería en estas categorías para la VRSP (Consejería/DDTT)= Sí/No B2. Requerimiento de formación específica/especializada en salud pública en el resto de categorías con funciones de VRSP (Consejería/DDTT)= Sí/No
	2.3. Adecuación de la oferta de MIR a la necesidad de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública en el SSPA	Adecuación número de plazas MIR de MPySP. Plazas ofertadas: mín. 90%

3. Adecuar las categorías profesionales de la Red y fomentar la participación de profesionales sanitarios para la VRSP	3.1 Integración de los profesionales de enfermería en la Red	Informe de Necesidades: Sí/No; Implementación: Sí/No
	3.2 Impulso a la incorporación de profesionales expertos en ciencias de datos en los distintos nodos y unidades organizativas	Informe de Necesidades: Sí/No; Implementación: Sí/No
	3.3 Creación de la categoría/cuerpo profesional de medicina y enfermería en salud pública con competencias para la VRSP	Alianza con el Consejo General de Enfermería: Sí/No; Creación categorías en SAS: Sí/No; Creación cuerpo en salud pública (Consejería/DDTT): Sí/No
	3.4. Participación activa de otros perfiles o áreas profesionales de salud pública y asistenciales	Definición de canales de participación: Sí/No; Implementación: Sí/No

4. Mejorar la gobernanza, calidad y resultados de la VRSP	4.1 Creación del Comité Asesor de VRSP	Creación del Comité: Sí/No;; Estatuto y funciones: Sí/No; Análisis anual: Sí/No;
	4.2 Fomento de la presencia de la Red y de las sociedades científicas relacionadas con las VRSP en los órganos colegiados, participativos y de gestión del SSPA (Anexo 5)	Identificación de los órganos: Sí/No; Porcentaje de presencia a nivel central, provincial y local (ver anexos): 100%
	4.3 Coordinación entre los distintos nodos y unidades organizativas de la Red, incluyendo las unidades asistenciales de AP, hospitales y los servicios privados de salud	Nº de reuniones anuales: mín. 2 provinciales y mín. 2 centrales; Jornada anual SVEA: Sí/No. Realización de talleres anuales: mín. 2.
	4.4 Fomento de la participación y colaboración en iniciativas nacionales e internacionales de vigilancia	Presencia en grupos de trabajo/proyectos: mín. 2 anuales.
	4.5. Revisión y actualización del marco legal y normativo del SVS y SIA para que garantice el cumplimiento de los mínimos establecidos y asegure que tanto el sector público como privado se adaptan a los requisitos establecidos	Documento: Sí/No Actualización: Sí/No
	4.6. Promoción de mecanismos de vigilancia que permitan la evaluación y seguimiento de las intervenciones de salud pública y la toma de decisiones en el ámbito poblacional	Elaboración de panel de indicadores para monitorización y evaluación de intervenciones poblacionales: Sí/No
	4.7. Incorporación de mecanismos de coordinación efectiva entre el SAS y la DGSPDF para orientar la atención sanitaria hacia los resultados de salud pública	Reuniones de coordinación SAS-DGSPDF: Sí/No; Participación en las reuniones de coordinación del SAS: Sí/No
	4.8. Adaptación de los contratos programas a los análisis y evaluaciones de la VRSP para armonizar las estrategias sanitarias poblacionales y las intervenciones de los Centros y de las Servicios/Unidades de Atención Primaria/Hospital	Objetivos en CP: mín. mín. 5 indicadores de VRSP
	4.9 Impulso al desarrollo de las diferentes redes de vigilancia de protección de la salud que interaccionan con la VSRP	Documento: Sí/No; Protocolo (1 por cada sistema identificado): 100 %
	4.10 Desagregación de la información por los principales ejes de desigualdad e incorporación de información sobre equidad en salud en todos los sistemas de vigilancia	Actualización de Protocolos de vigilancia: Sí/No; % de Sistema con información sobre eje desigualdad: 100%
	4.11 Conocimiento del grado de satisfacción, expectativas, necesidades y buenas prácticas y detección de áreas de mejoras del SVS	Encuesta anual SVS Sí/No; % participación > 30%; Áreas de Mejoras identificadas: Sí/No; Buenas Prácticas detectadas: Sí/No
	4.12 Evaluación global del desempeño del SVS	Memoria de actividades: Sí/No

LE2. Fortalecimiento de la gestión de alertas en salud pública



El Sistema Integral de Alertas en Andalucía (SIA) está coordinado por el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral (SVSL). La Red está activa durante 24 horas todos los días de la semana para identificar y validar, de forma precoz, las situaciones de riesgo, y para garantizar la adopción temprana de las^o medidas eficaces para su control.

El SIA está conformado por profesionales de centros sanitarios privados y públicos, unidades clínicas y de emergencias sanitarias, unidades y servicios de salud ambiental y seguridad alimentaria, farmacovigilancia, seguridad de productos sanitarios, protección, promoción, salud laboral, autoridades sanitarias e incluso la propia comunidad. Todos ellos participan y colaboran con la Red en la identificación, respuesta precoz y control de las alertas en salud pública.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
5. Garantizar la monitorización de los riesgos para la salud	5.1 Identificación y mapeo de los riesgos latentes (peligro) para la SP con enfoque One Health	Documento: Sí/No; Mapa Riesgo: Sí/No; Actualización anual: Sí/No
	5.2 Identificación y mapeo de los riesgos incidentes (accidentes) para la SP con enfoque One Health	Documento: Sí/No; Mapa Riesgo: Sí/No; Actualización anual: Sí/No

6. Potenciar la detección temprana de las alertas de salud pública	6.1 Aumento en la detección y notificación de las EDOs urgentes y de las alertas de Salud Pública de los centros y profesionales sanitarios declarantes	Incremento anual de alertas ascendentes y EDOs urgentes (red pública notificaciones SSPA y no SSPA), con respecto a la mediana últ. 5 años: Sí/No
	6.2 Incorporación de procedimientos inteligentes para la de detección precoz de alertas y situaciones de riesgo para la salud	Incorporación de buscador de alertas en prensa y redes sociales: Sí/No; Introducción alertas automatizadas de Vigilancia diagnóstica, sindrómica y de frecuentación: Sí/No
	6.3 Identificación de cadenas de transmisión y clúster a través de la secuenciación genómica de los patógenos de interés para la Salud Pública, incluyendo la multirresistencia	Establecer red de laboratorios SSPA, convenios y colaboraciones: Sí/No; Nº de cadenas identificadas por laboratorios (BMR, TBC, VIH): Sí/No; Identificación de cadenas de transmisión en SIEGA: Sí/No
	6.4 Establecimiento de procedimientos y canales de retroalimentación con las redes y unidades organizativas del SIA (coordinación interactiva)	Protocolo funcionamiento del SIA: Sí/No; Nº de reuniones anuales provinciales: mín. 2; Canales de retroalimentación: Sí/No.

7. Asegurar una respuesta temprana y eficaz para el control de las alertas de salud pública	7.1 Garantía de la continuidad en la investigación y control de las alertas de Salud Pública	Procedimiento de coordinación entre horario laboral, atención continuada y fuera de jornada laboral. ; Intervención temprana: >90 %;
	7.2 Actualización y disponibilidad de protocolos de VRSP	Porcentaje de protocolos de alertas y EDOs declaración urgente con actualización inferior a 5 años/RENAVE: mín. 80 %
	7.3 Definición de las funciones y procedimiento para la acreditación de los profesionales de la Red para ejercer como agentes de la autoridad	Documento funciones: Sí/No; Documento acreditación: Sí/No
	7.4 Mejora de la comunicación en situaciones de riesgo en salud	Porcentaje de protocolos con procedimiento de comunicación de riesgos: 100%
	7.5 Asesoría técnica del CVR en las Alerta de Salud Pública de Alto Impacto (ASPAl)	Apoyo técnico ASPAl: Sí/No; Implementación propuestas técnica: %; Evaluación de las propuestas: Sí/No
8. Fortalecer la evaluación del SIA	8.1 Evaluación y mejora continua de las actuaciones realizadas ante de EDOs o alertas de Salud Pública	Nº de reuniones centrales anuales: mín. 2; Jornada anual del SIA: Sí/No; Realización de talleres anuales: mín. 2.
	8.2 Conocimiento del grado de satisfacción, expectativas, necesidades, buenas prácticas e identificación de áreas de mejoras del SIA	Encuesta anual SIA: Sí/No; % participación > 30%; Áreas de mejoras identificadas: Sí/No; Buenas prácticas detectadas: Sí/No
	8.3 Evaluación global del desempeño del SIA	Publicación monografía anual: Sí/No

ÁREA: VIGILANCIA Y RESPUESTA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES Y EVENTOS ESENCIALES PARA LA SALUD PÚBLICA

LE3 Contribución al control de las enfermedades transmisibles



La vigilancia de las enfermedades transmisibles se realiza de forma sistemática con el objeto de reducir la posibilidad de ocurrencia de brotes, epidemias, complicaciones y muertes. La respuesta en salud pública está protocolizada y en revisión constante.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
9. Mejorar la calidad de la información mediante la exhaustividad de las fuentes, automatización de datos y definición de las variables	9.1 Revisión y definición de las variables de vigilancia de las enfermedades transmisibles y su incorporación al sistema de información	Documento: Sí/No; Porcentaje de las variables definidas en el sistema: $\geq 80\%$
	9.2 Diseño de cuadro de mando para el estudio de tendencias y calidad de los datos	Documento Sí/No; Informes automatizado Sí/No
	9.3 Diseño de informes provisionales y finales, adaptados a cada tipo de EDOs, brote o alerta de salud pública	Documento Sí/No; Porcentaje de implementación eventos priorizados: 100%
	9.4 Validación de las EDOs generada por carga automática a través de la historia de salud electrónica y sistemas de información de laboratorio	Porcentaje de EDOs validadas: mín. 75%
	9.5 Elaboración del procedimiento de notificación de EDOs y alertas de salud en centros docentes, lugares de trabajo y centros residenciales	Documento Sí/No
	9.6 Introducción de procedimientos para la mejora de la notificación de EDOs y alertas por parte de Facultativos de servicios sanitarios privados	Procedimiento: Sí/No; Porcentaje de implementación: mín. 80% ; Aumento anual de la notificación (respecto a la media últ. 5 años): Sí/No

10. Garantizar la pertinencia y eficacia de las intervenciones adoptadas para el control de las enfermedades transmisibles.	10.1 Actualización continua los protocolos de vigilancia de las enfermedades transmisibles en coordinación con la RENAVE	Porcentaje de protocolos EDOs de declaración no urgente con actualización inferior a 5 años/RENAVE: mín. 80 %
	10.2 Mejora de la identificación de variables epidemiológicas: vulnerabilidad clínica, social y laboral	Porcentaje de protocolos EDO con identificación de poblaciones vulnerables: min 80%; Porcentaje de registros EDOs con identificación de profesión: mín. 75%
	10.3 Confirmación etiológica y tipado de las EDOs de especial interés para la SP	Porcentaje de casos confirmados (en función de la enfermedad): mín. 75%
	10.4 Monitorización de la efectividad vacunal y vigilancia de serotipos y serogrupos	Porcentaje de cepas serotipadas ENI: mín. 80%; Porcentaje de cepas serogrupadas EMI: mín. 80%
	10.5 Mejora del control ante casos de TBC atendiendo a criterios de vulnerabilidad (riesgo clínico, social, económico etc.)	Porcentaje de diagnóstico precoz menos de 30 días: 70%; Porcentaje de estudios de contacto: mín. 80 %; Porcentaje de finalización del seguimiento: 100%; Análisis de las desigualdades: Sí/No; Indicadores generales y específicos: Sí/No
	10.6 Implementación de medidas de control de VIH y otras ITS a través del estudio de contactos y otras medidas priorizadas	Evaluación anual estudios de contactos: 70% min
	10.7 Registro y evaluación de las actuaciones post exposición ante agentes infecciosos	Documento SI/NO. Porcentaje de registros de EDOs prevenibles pos exposición que aportan información suficiente: mín. 75 %
	10.8 Incorporación de los procedimientos coordinados con Protección de la Salud para la vigilancia y control de enfermedades transmisibles, con especial énfasis en las emergentes y reemergentes	Protocolos actualizados: mín. 1 anual
	10.9 Definición de criterios para el cribado de enfermedades transmisibles (evaluación e indicaciones)	Documento Sí/No
	10.10 Integración de los resultados de vigilancia humana, entomológica, animal y ambiental para el control de enfermedades transmitidas por vectores	Creación GT: Sí/No; Mapa interactivo: Sí/No
	10.11 Elaboración de panel de indicadores para la vigilancia y monitorización de las enfermedades transmisibles	Panel de indicadores: Sí/No; Porcentaje medio de declaración < 72 horas desde diagnóstico: > 90%
	10.12 Consolidación de la Red Centinela de IRAs y de IRAG	Procedimiento de acreditación de profesionales y centros = Sí/No; Porcentaje de cobertura en Distritos de AP: mín. 90 %; Incremento número de hospitales colaboradores: mín. 4; Automatización información sindrómica: Sí/No

11. Impulsar y mejorar la vigilancia de las IAAS, especialmente aquellas causadas por BMR	11.1 Identificación y análisis de la distribución de microorganismos resistentes y multirresistentes en la población	Mapeo: Sí/No; Distribución en ámbitos vulnerables y grupos de riesgo: Sí/No. Actualización Anual
	11.2 Actualización de protocolos de vigilancia y control de IAAS por BMR y brotes por IAAS en coordinación con la RENAVE	Creación GT. 100% con actualización inferior a 3 años
	11.3 Sistematización y registro de los procedimientos para la vigilancia y control de las IAAS y BMR	Documento Sí/No; Implantación: 100% centros hospitalarios.
	11.4 Desarrollo de la herramienta HAM para mejorar el control de multirresistencias en centros privados y residenciales de personas mayores	Porcentaje de implantación: mín. 80% centros de hospitalización privados y mín. 60% centros residenciales de mayores

LE4. Fomento de la vigilancia y respuesta ante eventos no transmisibles y de los determinantes sociales y ambientales



Un sistema de vigilancia útil para evaluar las estrategias de salud debe permitir, mediante un conjunto de indicadores seleccionados, vigilar cambios en el comportamiento y evolución de las enfermedades y de sus principales determinantes en los distintos grupos poblacionales. De esta forma, será posible orientar las acciones desde los diferentes sectores implicados y territorios concretos de intervención.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
12. Integrar en el SVS los eventos no transmisibles (EVNT) y los determinantes sociales y ambientales de la salud	12.1 Actualización de los EVNT y determinantes sociales y ambientales susceptibles de vigilancia en base a criterios de priorización	Documento: Sí/No
	12.2 Elaboración y publicación de una guía de procedimiento de su vigilancia	Elaboración de guía: Sí/No
	12.3 Exploración de la calidad de vida en la patología crónica	Porcentaje de enfermedades crónicas en las que se incluye la exploración de la calidad de vida: mín. 75%
	12.4 Adaptación de la historia de salud electrónica para la vigilancia de los determinantes intermedios de la salud: hábitos saludables	Incorporación: Sí/No
	12.5 Mejora en el diseño, análisis y difusión de datos de la Encuesta Andaluza de Salud	Creación de Comisión de Seguimiento de la Encuesta: Sí/No; Publicación resultados Encuesta: Sí/No
	12.6 Integración de los incidentes de seguridad del paciente en la VRSP	Acuerdo con Estrategia Seguridad del paciente Sí/No
	12.7 Consolidación del Registro de Cáncer de Andalucía	Implantación del nuevo modelo de registro: Sí/No; Publicación monografía Anual: Sí/No
	12.8 Desarrollo de un sistema de vigilancia de riesgos ambientales y de la exposición poblacional a dichos riesgos	Documento Sí/No; Implementación: Sí/No
	12.9 Participación en la vigilancia de la biomonitorización humana a contaminantes químicos ambientales	Inicio toma de muestras población andaluza: Sí/No
	12.10. Evaluación de estrategias de vigilancia y respuesta en colectivos y grupos vulnerables	Coordinación con el Comité Sociosanitario: Sí/No; Coordinación con enfermeras escolares, y enfermeras gestoras de caso: Sí/No; Documento: Sí/No

13. Desarrollar un modelo de vigilancia territorial de la salud	13.1 Definición del mapa territorial de vigilancia en Andalucía atendiendo a los nodos organizativos de la Red (regional, provincial, municipal, centros asistenciales, unidades de gestión y áreas pequeñas)	Publicación mapa en la web: Sí/No
	13.2 Identificación de los eventos de salud esenciales para elaborar un análisis de salud en el territorio y orientar las acciones con enfoque One Health y de Equidad	Documento Sí/No; Nº acciones anuales.
	13.3 Diseño de informe e implantación de la automatización del análisis territorial de salud, con accesibilidad a todos los niveles y nodos de decisión: municipios, áreas pequeñas, provincias y comunidad autónoma	Documento: Sí/No; Implantación: Sí/No
	13.4 Elaboración de un procedimiento para facilitar encuestas exploratorias de EVNT y determinantes sociales y ambientales en el ámbito local considerando como referencia la Encuesta Andaluza de Salud	Documento: Sí/No; Desarrollo de proyectos: Sí/No. Implementación: Sí/No
	13.5 Revisión y actualización del Plan andaluz para la prevención de los efectos de las temperaturas excesivas sobre la salud	Documento: Sí/No; Difusión: Sí/No
14. Consolidar la participación en el diseño y evaluación de los Planes Integrales de Salud	14.1 Revisión de los criterios y propuesta para la participación efectiva de la Red y de las sociedades científicas relacionadas con la VRSP en el diseño de los planes integrales de salud	Documento: Sí/No
	14.2 Apoyo para la elaboración del procedimiento de monitorización y evaluación de actividades y de objetivos para planes, actividades y programas en desarrollo	Documento: Sí/No Número de revisiones: mín. 3 anuales
	14.3 Incorporación de indicadores de monitorización, equidad y evaluación de resultados en todos los niveles territoriales	Documento: Sí/No
	14.4 Retroalimentación de los resultados de la evaluación a los nodos decisores del SSPA y otras unidades implicadas	Documento: Sí/No
15. Implantar el Sistema de Vigilancia para la Salud Mental y el Bienestar emocional	15.1 Definir el panel de indicadores necesarios para la vigilancia: cuestionarios, determinantes sociales, diagnósticos DSM y adicciones. Adaptarlos a las etapas de la vida (infantil, jóvenes, adultos y mayores)	Documento: Sí/No
	15.2 Establecer las fuentes de información en los distintos ámbitos territoriales	Documento: Sí/No

LE5. Impulso a la vigilancia y el estudio de los problemas de salud laboral



La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo avances preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y de rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

Estos objetivos y acciones se desarrollan alineados con los recogidos en las diferentes estrategias y planes de ámbitos autonómico, nacional y europeo.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
16. Promover la vigilancia y el estudio de los problemas de salud laboral en Andalucía (en colaboración con la Consejería competente en materia de Prevención de Riesgos Laborales)	16.1 Análisis y gestión integral de las Enfermedades profesionales mediante un protocolo general de actuación	Creación GT interdisciplinar: Sí/No; Protocolo General de actuación entre la Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo y la Consejería de Salud y Consumo: Sí/No
	16.2 Diseño de recursos y activos en las distintas unidades y nodos organizativos de la Red para el seguimiento de los programas de vigilancia de la salud laboral	Mapa de recursos: Sí/No
	16.3 Definición de funciones y actividades por niveles de la Red relacionadas con la Salud Laboral	Creación GT: Sí/No; Documento: Sí/No
	16.4 Revisión del registro de la Red de Alerta de comunicación de sospecha de enfermedad profesional	Creación GT: Sí/No
	16.5 Establecimiento de alertas diagnósticas que permitan la identificación de patologías compatibles con enfermedad profesional en la práctica clínica	Porcentaje de inclusión en listado de diagnósticos compatibles con enfermedad profesional en Diraya: 100%
	16.6 Análisis de los problemas de la salud laboral detectados por cada Delegación Territorial en su ámbito de competencia	Informe anual DDTT: 1 por cada provincia

	16.7 Fomento de la participación de los Colegios Profesionales, sociedades científicas y asociaciones en el desarrollo de la planificación estratégica de la Salud Laboral en Andalucía	Número de reuniones: mín. 1 anual; Participación en GT: Sí/No
	16.8 Acuerdo con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para la mejora de los sistemas de información de Salud Laboral	Acuerdo: Sí/No

17. Establecer seguimiento de programas de vigilancia de salud postocupacional	17.1 Identificación de activos de la red de vigilancia en los centros asistenciales del SAS para el seguimiento de los programas de vigilancia de salud postocupacional	Porcentaje de centros asistenciales con referente: 100%
	17.2 Análisis de los resultados en salud del Proceso Asistencial Integrado de atención a las personas postexpuestas a la fibra de amianto	Informe anual con resultados en salud: Sí/No
	17.3 Análisis de los Resultados en Salud del Programa Integral de Silicosis de Andalucía en el manipulado de aglomerados de cuarzo (PISA)	Porcentaje de informes semestrales con resultados en salud: 100%

ÁREA: TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS

LE6. Modernización de los Sistemas de Información para la Vigilancia en Salud Pública.



La modernización de los sistemas de información marca un hito en la acción de la VRSP en Andalucía. Desde un escenario de notificación verbal de los casos, grabación y recuperación manual de la información, evolucionamos a un escenario en el que la información procede de las fuentes primarias, gestionadas mediante herramientas interoperables capaces de generar información estratégica para el análisis epidemiológico.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
18. Avanzar hacia un sistema de información que facilite la VRSP de forma integral	18.1 Definición y desarrollo de procedimientos para garantizar la interoperabilidad entre sistemas y fuentes de información	Documento Sí/No; Implementación: 100% Red
	18.2 Incorporación de marcadores para la identificación de inequidades en salud e indicadores de resultados	Implementación: 100%
	18.3 Incorporación a los SI de datos para realizar el análisis de diagnóstico de salud, con accesibilidad a todos los nodos y unidades organizativa	Creación GT: Sí/No; Información integrada en el sistema Sí/No; Análisis de salud automatizado: Sí/No; Desarrollo de herramientas de georreferenciación de riesgos: Sí/No
	18.4 Incorporación a los SI de datos para realizar la evaluación de los programas, planes integrales, procesos asistenciales y de las intervenciones de salud (reutilizando la información del diagnóstico de salud)	Creación GT: Sí/No; Información integrada en el sistema Sí/No; Análisis de PPI automatizado Sí/No;
	18.5 Implementación de sistemas de <i>Business Intelligence</i> en VRSP que integre los sistemas de información de vigilancia del servicio, interconexión con fuentes propias del SSPA e IECA que permita un análisis integral de la información	Desarrollo: SI /NO; Implementación: Sí/No

19. Mejorar la calidad y la eficiencia de la vigilancia en Salud Pública mediante los sistemas de información	19.1 Integración y automatización de la información de laboratorios, registros de vacunas y datos clínicos y de los riesgos para la salud	Desarrollo: Sí/No; Porcentaje de implementación: 100% laboratorios SSPA integrados. Memoria anual de integración: Sí/No
	19.2 Centralización y automatización de la información de IAAS por BMR u otros microorganismos de especial interés, de sensibilidad/resistencia de todo el SSPA	Automatización IRAS por BMR: Sí/No; Mapas de sensibilidad/resistencia: Sí/No
	19.3 Desarrollo de módulos para la vigilancia de los agentes infecciosos de especial interés y herramientas de alerta temprana (HAM) para la mejora de la seguridad en la asistencia sanitaria	Desarrollo: Sí/No; Implementación: Sí/No
	19.4 Incorporación de la información genómica de SIEGA como herramienta epidemiológica de investigación de brotes de origen biológico, alimentario y/o ambiental	Integración: Sí/No; Herramienta de alerta temprana: Sí/No; Accesibilidad Red: Sí/No
	19.5 Avance en el desarrollo de sistemas de información en salud laboral. Facilitación de mecanismos de notificación y registro de sospechas de enfermedad profesional	Desarrollo: Sí/No; Implementación SAS (Hª Salud): Sí/No; Implementación no SAS: Sí/No
	19.6 Facilitación de la notificación de EDOs en el ámbito del Sistema Sanitario Privado	Desarrollo: Sí/No; Implementación: Sí/No; Acceso a Red Alerta mediante SARAC: Sí/No
20. Garantizar la gobernanza, sostenibilidad y accesibilidad de los datos y de los SI en VRSP	20.1 Dimensionamiento de recursos actuales (tecnologías, infraestructuras) y detección de necesidades operativas.	Documento: Sí/No
	20.2 Monitorización del rendimiento de las aplicaciones que permitan adelantarse a posibles claudicaciones del sistema identificando síntomas de obsolescencia	Test anual: Sí/No
	20.3 Alianzas con los actores implicados para un correcto desarrollo y soporte de los SI en VRSP adaptados a los escenarios presentes y futuros.	Reuniones periódicas: Sí/No
	20.4 Uso de software libre en los SI de vigilancia identificando sus fortalezas y debilidades en términos de seguridad en todos los aspectos	Ausencia de software propietario no justificado
	20.5 Definición de un modelo de gobernanza del dato en la VRSP y de un procedimiento de acceso a los datos que cumpla con la normativa sobre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales	Documento: Sí/No

ÁREA: CAPACITACIÓN, DIFUSIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

LE7. Difusión y divulgación del conocimiento epidemiológico y del análisis de salud



La comunicación del conocimiento epidemiológico, producto de la vigilancia de la salud, es uno de los principales desafíos de la sociedad; de ello dependerá que la toma de decisiones, ante problemas que afectan a la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, sea la más acertada entre las posibles.

La difusión y divulgación del conocimiento con herramientas útiles, atractivas y accesibles, favorecen la apropiación profesional y social del mismo.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
21. Mejorar el formato de comunicación y la calidad de las publicaciones divulgativas y científicas de la Red	21.1 Creación de un comité editorial regional con participación provincial que garantice la calidad de los contenidos en web y la publicación de boletines e informes de salud	Creación de un Comité Editorial Regional: SI/NO; Revista con ISBN: SI/NO
	21.2 Disponibilidad de un plan anual de las publicaciones y su difusión	Documento: Sí/No
	21.3 Actualización de contenidos web y en el portal de transparencia y publicación de informes EDOs para la ciudadanía	Publicación web, portal de transparencia: Sí/No
22. Favorecer que el conocimiento epidemiológico y análisis de salud alcance a instituciones, organizaciones y ciudadanía	22.1 Diseño del procedimiento, receptores, canales y formatos de comunicación para los distintos receptores	Documento: Sí/No
	22.2 Definición de la coordinación y los circuitos con los gabinetes de prensa de las unidades organizativas y otros medios de comunicación	Documento: Sí/No; Referentes o portavoces: Sí/No
	22.3 Facilitación del acceso a las publicaciones de la Red a instituciones, organizaciones y ciudadanía	Incremento anual de los accesos a publicaciones SVS (con respecto a media ult. 5 años): Sí/No

23. Garantizar la difusión Interna del conocimiento epidemiológico y análisis de salud	23.1a Accesibilidad a los resultados de la vigilancia epidemiológica actualizada a los profesionales de la Red	Entorno de visualización para la Red: Sí/No
	23.1b Accesibilidad a los resultados de la vigilancia epidemiológica actualizada a los profesionales del SSPA	Entorno de visualización para el SSPA: Sí/No
	23.2 Programación de actividades que permitan la cooperación y difusión del conocimiento epidemiológico en el SSPA	Sesiones periódicas online: Sí/No; Números de sesiones: mín. 35 anuales.
	23.3 Facilitación del acceso a las publicaciones de la Red en el SSPA	nº entradas a publicaciones SVS
	23.4 Incorporación de mecanismos activos de difusión de la información	Porcentaje de nodos con listas de distribución actualizadas a nivel central y local: 100%

LE8. Progreso de la profesionalización de la Red, generación de evidencia científica e innovación



Para avanzar en la calidad y eficacia de la VRSP se establecerán procedimientos que avalen las competencias de los profesionales que opten por integrarse a la Red. Se desarrollará un Plan de Formación Continuada innovador que garantice la actualización competencial permanente de estos profesionales.

La estrategia AVISTA participa del avance en investigación e innovación biomédica del SSPA y del SVS en su conjunto.

OBJETIVO	ACCIONES	INDICADOR
24. Asegurar que los contenidos de VRSP estén presentes en programas formativos en Ciencias de la Salud	24.1 Establecimiento de acuerdos con las instituciones de formación para la inclusión de los contenidos básicos de VRSP en los programas formativos pertinentes.	Acuerdo: Sí/No
	24.2 Incorporación de contenidos específicos de vigilancia y salud pública en la formación inicial de los Especialistas Internos Residentes (EIRs)	Contenidos de SVS en actividades de formación EIRs: Sí/No
25. Garantizar la mejora continua en el conocimiento y habilidades profesionales de los integrantes de la Red y de los profesionales que participan en el SVS y SIA.	25.1 Diseño y desarrollo de un itinerario formativo mínimo de los profesionales de la Red o que participan en la VRSP adaptado a las diferentes categorías profesionales	Documento del Diseño: Sí/No. Evaluación del % de profesionales formados estableciendo un rango de calidad
	25.2 Diseño y desarrollo de un itinerario formativo para los profesionales que participan en SVS y SIA en los diferentes ámbitos de la salud pública (prevención, promoción de la salud, seguridad alimentaria, salud ambiental, laboral y vigilancia)	Documento del Diseño: Sí/No. Nº cursos anuales; Nº cursos para trabajadores sanitarios SSPA/SVS, preferentemente de AP: mín. 1 anual. Nº cursos SIA: mín.1 anual.
	25.3 Formación a los profesionales sobre fuentes de información en Andalucía, encuestas de Salud y manejo de bases de datos	Aprobación del Plan de Formación. Aprobación de las actividades formativas. Aprobación de Contrato Programa con las Instituciones a cargo de la Formación
	25.4 Apoyo a la adaptación del contenido del programa formativo de la especialidad en MPySP a la nueva estrategia de VRSP	Revisión contenido Máster de la EAPS en SP: Sí/No; Acreditación DAP para formación especializada en MPySP: Sí/No

26. Facilitar e incentivar la investigación y la Innovación en Salud Pública de Andalucía	26.1 Diseño y Creación de una red autonómica de investigación en salud pública	Acta de constitución de la Red; Uso Comunidad S4ANDALUCIA: Sí/No
	26.2 Oferta de rotaciones intercentros para profesionales e investigadores de la Red tanto internas como externas.	Plan de rotaciones interno: Sí/No Plan de rotaciones externos: Sí/No
	26.3 Incorporación de objetivos de investigación de vigilancia y salud pública en los instrumentos de gestión de los distintos nodos y unidades organizativas de la Red.	Existencia de objetivos de investigación en vigilancia y salud pública en los instrumentos de gestión: Sí/No
	26.4 Fomento de la participación en convocatorias competitivas de investigación	Diseño de curso: Sí/No; Identificación y creación de requisitos para la participación: Si/No; Nº de solicitudes en convocatorias: mín. 3 anuales.
	26.5 Creación de un banco de buenas prácticas, experiencias innovadoras y publicaciones en salud pública.	Espacio web de la red.: SI/NO. Realización de 8 talleres de innovación: SI/NO (1 por provincia).

Difusión, seguimiento y evaluación



El objetivo de esta fase es asegurar la implementación de AVISTA en el SSPA, en todos los nodos y unidades, incluyendo instituciones, entidades profesionales y la propia ciudadanía, contando con la participación de los profesionales implicados.

La difusión comenzará una vez aprobada la estrategia. Se llevará a cabo la edición y publicación de la estrategia y de los documentos preliminares que facilitaron su redacción final. Está previsto celebrar unas Jornadas iniciales de presentación, así como promocionarla en otros foros profesionales y congresos científicos.

El despliegue de la estrategia irá ligado al desarrollo operativo de las acciones definidas para alcanzar los objetivos de las líneas estratégicas. Para cada acción se

ha definido una temporización (entre 2023 y 2026) y se ha identificado el organismo/unidad responsable de su ejecución (Anexo 6).

Para la monitorización y seguimiento se utilizarán indicadores de contexto y resultado (Anexo 7). La primera evaluación se realizará a los 3 años desde el comienzo de la estrategia, la segunda y última evaluación se llevará a cabo el último año (2027), al finalizar la estrategia.



ANEXO 1: NORMATIVA

Legislación Nacional

- Constitución española de 1978
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro
- Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención

Legislación Autonómica

- Estatuto de Autonomía de Andalucía de 1981
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 16/2011 de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía
- Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía
- Decreto-ley 22/2020, de 1 de septiembre, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19)
- Decreto 66/1996, de 13 de febrero, por el que se constituye, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se determinan normas sobre el mismo
- Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria
- Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública
- Decreto 586/2019, de 29 de octubre, por el que se regula el Registro de Cáncer de Andalucía
- Acuerdo de 9 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Estratégico Andaluz para el control de Enfermedades Transmitidas por vectores artrópodos con incidencia en la Salud
- Acuerdo de 18 de mayo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía
- Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo

ANEXO 2. PRESUPUESTO

En el Presupuesto de 2023 es posible acceder al dato del Capítulo I (gastos de personal) del Programa 4.1.D (Salud Pública) tanto a nivel de Servicios Centrales de la Consejería de Salud y Consumo, como a nivel de sus Delegaciones Territoriales, aclarándose que no todo el personal incluido en ese Capítulo se dedica a vigilancia en salud pública, y por tanto, no todos desarrollarán actuaciones en el marco de esta Estrategia, pero sí permite identificar los recursos y gastos donde se incluyen los relativos a los del personal de la Consejería que actuará en el marco de la Estrategia, como son los siguientes, extraídos de las siguientes páginas del estado de gastos por programa de esta Consejería <https://juntadeandalucia.es/export/presup2023/estado/programas/tomo12-5-11.pdf>

Total Capítulo I Servicios Centrales Programa 4.1.D: 5.704.152 € (página 494)

Total recursos: 105 empleados públicos, con 99 funcionarios o estatutarios y 6 laborales (página 494)

Total Capítulo I Delegaciones Territoriales Programa 4.1.D: 14.456.686€ (página 497)

Total recursos: 288 empleados públicos, con 237 funcionarios o estatutarios y 51 laborales (página 496)

Conforme lo señalado en la pg. 486, en este Capítulo no hay otras secciones.

Asimismo, en el Presupuesto de 2023 es posible acceder al dato del Capítulo I (gastos de personal) del Programa 4.1.C (Atención Sanitaria) los Distritos Sanitarios y Áreas Sanitaria (que abarca Distritos de Atención Primaria y Área de Gestión Sanitaria), realizándose la aclaración de que en estos recursos y gastos se incluye todos los efectivos y no solo los que realizarán las actuaciones de vigilancia en salud pública, pero sí permite identificar los recursos y gastos donde se incluyen los relativos a los del personal del Sistema Sanitario Pública de Andalucía que actuará en el marco de la Estrategia, como son los siguientes, extraídos de las siguientes páginas del Estado de Ingresos y Gastos por Programas del Servicio Andaluz de Salud

<https://juntadeandalucia.es/export/presup2023/estado/programas/estadoIII-a-4.pdf>

Total Capítulo I Distritos Sanitarios: 748.788.411 € (página 81)

Total recursos: 15.663 empleados públicos (página 80)

Total Capítulo I Áreas Sanitarias: 1.205.900.387 € (página 83)

Total recursos: 25.745 empleados públicos (página 82)

Conforme lo señalado en la página 68, en este Capítulo no hay otras secciones.

Por lo que se refiere a los gastos corrientes en bienes y servicios, cabe señalar que los recursos que se aplicarán en las líneas estratégicas, se tratarán, por lo general, de aquellos que ya viene usando la Administración en ejercicios anteriores (instalaciones, material de oficina -mobiliario, equipos, suministros, etc.), señalándose a continuación se señalan los gastos previstos en el presupuesto de 2023 en estas

En el programa 4.1.D de la Consejería de Salud y Consumo el Capítulo II (gastos corrientes de bienes y servicios) se estima en 58.308.873 € (página 486), sin que en este Capítulo haya otras secciones.

En el programa 4.1.C del Servicio Andaluz de Salud el Capítulo II (gastos corrientes de bienes y servicios) se estima en 3.993.254.529 € (página 68), sin que en este Capítulo haya otras secciones.

En cuanto a los sistemas de información, cabe señalar que si bien se seguirán usando los actuales, está previsto que se termine implantando un nuevo sistema de información para la Vigilancia en Salud Pública, y que las acciones que se plantean en el marco de esta Estrategia sólo sirven para orientar el desarrollo de este nuevo sistema de información para la Vigilancia en Salud Pública. Pues la asignación de recursos económicos para la modernización de los Sistemas de Infor-

mación para la Vigilancia en Salud Pública, en realidad es algo ajeno a la Estrategia, puesto que se trata de fondos europeos finalistas que Andalucía recibe a través del Ministerio de Sanidad. Este nuevo Sistema de Información debe poder realizar el análisis de indicadores de salud pública a partir de aquellas fuentes de información que se identifiquen (es decir ya existentes) sin que esto suponga la necesidad de nueva financiación; pero en todo caso desarrollo de estas fuentes de información sería algo disociado de la Estrategia, que sólo proporcionará su apoyo para la explotación, visualización y consulta de aquella información que se considere de interés para la vigilancia en salud pública.

Se puede invocar a este respecto el Acuerdo de distribución de fondos a las Comunidades y Ciudades Autónomas para el Sistema de Red de Vigilancia en Salud Pública, adoptado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1403.pdf> y que establece que el crédito para la Comunidad Autónoma Andaluza es de 1.665.070,93 €. El cual responde a la propuesta de acuerdo de criterios para la distribución de crédito por importe de 13.000.000,00 euros a las Comunidades Autónomas para el Sistema de Información de la Red Vigilancia en Salud Pública con cargo al Presupuesto del Ministerio de Sanidad en el marco del componente 18 “aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” (c18.i3), del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España, en el ejercicio presupuestario 2021.

En cualquier caso cabe señalar que todos los gastos que genere esa futura implantación del Sistema de Red de Vigilancia en Salud Pública estarían financiados por los fondos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, señalándose a título meramente orientativo que en el Pormenor del estado de ingresos del Presupuesto de 2023 (<https://juntadeandalucia.es/export/presup2023/estado/programas/tomo12-4.pdf>) figuran las transferencias del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, tanto en el Capítulo 4 (transferencias corrientes) con un montante de 185.432.542 € (página 113) como en el Capítulo 7 (transferencias de capital) con un montante de 1.032.407.289 € (página 117).

Finalmente, en cuanto a la formación del personal que señala la Estrategia, será la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica la que encargue la misma tanto a la Escuela Andaluza de Salud Pública como a la Fundación Progreso y Salud, lo que ya figura contabilizado en el Capítulo II señalado anteriormente, lo cual aparece estimado en 99.250 y 345.239 €, respectivamente (aplic. Econ. 228.32 y 228.41, en la página 495).

En todo caso se aclara que la formación en materia de salud pública mediante estos encargos es algo frecuente, al resultar necesario en este ámbito, y que el hecho de que se desarrolle esta Estrategia no es la que genera esta necesidad de esta formación al personal especializado, sino que tan solo enmarca parte de la formación en salud pública a impartir en este ejercicio.

ANEXO 3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

ANÁLISIS EXTERNO

Las enfermedades infecciosas han supuesto el motor principal de la creación de los sistemas de vigilancia de la salud, ya que, por su carácter transmisible, constituyen una amenaza palpable en la salud de las comunidades y colectivos. Sin embargo, actualmente las enfermedades con mayor impacto en las poblaciones son las enfermedades no transmisibles (ENT). Estas enfermedades generan el 71% de las muertes que se producen en el mundo; entre ellas, las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayoría (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Fue en el año 2008 cuando la Asamblea Mundial de la Salud subrayó la necesidad de establecer políticas y planes nacionales para la prevención y el control de las ENT y respaldó un plan de aplicación de la Estrategia Mundial para la prevención y el control de las ENT. Por su parte, los sistemas sanitarios públicos siguen invirtiendo grandes cantidades de recursos y esfuerzos en el control de las patologías crónicas y otros EVNT, empleando métodos diagnósticos, tratamientos farmacológicos, programas preventivos y cribados, educación sanitaria y actividades de promoción de la salud, además de en investigación.

Concretamente el cáncer supone uno de los principales problemas de salud pública. Según la OMS, la incidencia del cáncer seguirá aumentando, en las próximas décadas, en respuesta a diversos factores como el envejecimiento, la exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, la obesidad o el sedentarismo y la difusión de programas de detección precoz. La mortalidad por cáncer supone el 25% de la mortalidad global siendo, en Andalucía, la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres.

El ambiente donde las personas viven, las políticas de empleo, el género, la edad, la educación, el nivel de ingresos, la alimentación y la actividad física, el ocio o el transporte, son determinantes de la salud de las personas, y, por tanto, debemos recurrir a esta información para orientar, dimensionar y adaptar las estrategias de salud colectivas.

En el espectro de la enfermedad transmisible se incorporan, de forma azarosa, nuevos agentes infecciosos que, en un mundo globalizado alcanzan los lugares más alejados entre sí propiciando la aparición de verdaderas pandemias. Asimismo, nos enfrentamos al resurgimiento de enfermedades transmisibles que controladas por programas de inmunización reemergen como problemas de salud, al ocasionar brotes epidémicos en grupos de susceptibles. De hecho, la epidemiología de las enfermedades susceptibles de vacunación, está marcada por la inequidad en salud, ya que afectan con mayor crudeza a los grupos poblacionales con menor acceso a las medidas de prevención, ya sea por motivos estructurales, culturales o sociales. La aparición de movimientos anti vacunas también irrumpe en el escenario al poner en riesgo la seguridad inmunitaria colectiva, lo que supone verdadero debate ético entre las obligaciones y derechos individuales y sociales.

Mención especial requieren las infecciones por microorganismos multirresistentes (BMR) que se han convertido en un problema de Salud Pública prioritario y reconocido en las líneas de vigilancia y control de la Comisión Europea y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). La importancia de las infecciones por BMR radica en la rápida difusión de resistencias entre los microorganismos, y en el establecimiento de verdaderos reservorios de BMR en los hospitales y en centros sociosanitarios de la propia comunidad, que pueden conducir a importantes brotes epidémicos, con las limitaciones terapéuticas que conllevan. La transmisión de BMR cobra especial importancia en un escenario de interacción permanente entre los distintos niveles asistenciales y de flujo permanente de pacientes entre hospitales y centros sociosanitarios. La VRSP es especialmente importante en los programas de control de las infecciones por BMR, ya que permite detectar precozmente nuevos patógenos resistentes o nuevas resistencias en un microorganismo, así como la identificación de brotes, pero también permite monitorizar las tendencias epidemiológicas y medir la efectividad de las intervenciones de control adoptadas.

La ocupación profesional y su entorno laboral son también determinantes de la salud de las personas. La prevención, la promoción y la protección de la salud de las trabajadoras y trabajadores forman parte de la Salud Pública, como queda recogido en la Ley General de Salud Pública del año 2011. Los fundamentos de la vigilancia de la salud laboral se orientan a la vigilancia específica de la salud de los trabajadores, en función de los riesgos de exposición, en el mantenimiento y desarrollo de los programas de vigilancia post-ocupacional, y en la coordinación con otros dispositivos sanitarios en caso de alertas sanitarias.

Ante esta realidad, se reconoce la necesidad de disponer de un sistema de vigilancia integral y robusto, que facilite la elaboración de mapas de riesgos y que disponga de canales que permitan una comunicación fluida y eficiente con otras administraciones, autonómicas, nacionales e internacionales, y permita el conocimiento de la epidemiología de los principales eventos de salud, la detección precoz de las alertas y la adopción temprana y adecuada de las medidas de prevención y control.

Para la VRSP es imprescindible contar con sistemas de información adaptados a su estructura organizativa y ejecutiva. Los sistemas de vigilancia propios¹³ reciben datos procedentes de otros sistemas operacionales del SAS (laboratorio, otros operacionales de Diraya, casos sospechosos, vigilancia sindrómica,...) o de otras instituciones (registro civil, agencia estatal de meteorología,...). En todos ellos se puede avanzar en automatismos, generación de eventos e integración de sistemas entre sí. Hasta este momento, citar el modelo de trabajo para la implantación del Registro Poblacional de Cáncer de Andalucía, mediante la integración de diferentes fuentes, del SAS como la Base de Datos de Usuarios (BDU), Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Sistema de Información de Anatomía Patológica, del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), Registro de Mortalidad de Andalucía, para la captación de datos de las diferentes fuentes de la forma más automatizada posible y facilitando módulos de explotación y de control de calidad ajustados a los criterios internacionales.

En definitiva, la VRSP debe disponer de sistemas de información que incorporen de manera eficiente las múltiples fuentes de datos, sanitarias y no sanitarias, y se integren en otras redes de interés, y que a su vez dispongan de un anclaje territorial o a determinados colectivos necesarios para orientar la toma de decisiones “in situ”.

Los sistemas de soporte datawarehouse, tienen gran capacidad de cálculo y sirven para la toma de decisiones basadas en datos. Los informes de vigilancia predefinidos dan respuesta a las necesidades de información de la mayoría de los usuarios del sistema, con preguntas concretas que se responden con datos concretos y estructurados; los usuarios avanzados, pueden realizar estudios analíticos específicos no contemplados por el sistema. En la Consejería de Salud y Consumo hay varios sistemas de DW como Pascua, estadísticas sanitarias (Pentaho) y el Servicio Andaluz de Salud dispone de la Base Poblacional de Salud, basada en Microstrategy.

En cuanto a las plataformas Big Data son herramientas actuales de innovación, exploración y generación de conocimiento. Pueden dar respuesta con datos, a preguntas no previstas a priori. Estas plataformas requieren de usuarios expertos entre los que se encuentran los analistas o ingenieros de datos. Su impacto en la vigilancia en Salud Pública puede ser considerable, no solamente en cuanto a la gestión y análisis de datos, sino especialmente en cuanto a la gobernanza ya que las empresas que lo sustentan suelen ser de un entorno tecnológico y no sanitario.

Sin duda, el rápido desarrollo de las tecnologías hace necesario que los integrantes de la Red adquieran conocimientos, competencias, habilidades y actitudes que optimicen el uso de la información.

La información sobre las Alertas descendentes de Salud Pública es inmediata y procede de fuentes oficiales de información epidemiológica, así como de informantes externos. Entre ellas se encuentra la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, o las Redes de Protección de la salud, el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información de Seguridad Alimentaria y el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

Otro aspecto que se debe resaltar es la necesaria integración de los sistemas de vigilancia en Andalucía en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y en el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) bajo la coordinación del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). RENAVE, a su vez, se coordina con el ECDC a través de los órganos representativos del gobierno de España, formando parte del Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy). En el ámbito europeo, la Autoridad de Respuesta y Preparación para Emergencias Sanitarias (HERA) se constituye como una Dirección general de la Comisión Europea, creada para preparar a la UE frente a posibles pandemias en el futuro, partiendo de las lecciones aprendidas durante la respuesta a la pandemia de COVID-19.

¹³ Red Alerta, Centinela de Gripe y Registro de Cáncer.

Entre los eslabones imprescindibles para el avance de la protección de la salud de los ciudadanos están los laboratorios de salud pública. La Red Nacional de Laboratorios – RELAB, es un sistema técnico gerencial, cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopía, para el desarrollo de actividades de vigilancia en salud pública, y vigilancia y control sanitario. La Red de Laboratorios para la Vigilancia de Microorganismos Resistentes (RedLabRA), está constituida en el seno del Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos (PRAN) tiene como objetivo principal de conseguir un diagnóstico microbiológico completo y de calidad, integrando la secuenciación genómica, capaz de dibujar la trazabilidad y circulación de las resistencias microbianas. El avance de la genómica también ha permitido caracterizar brotes epidémicos difíciles de identificar en un mundo globalizado, véase el ejemplo de la listeria o de la tuberculosis. La vigilancia de nuevas variantes Covid-19 también ha permitido el estudio de los mecanismos adaptativos del virus y la efectividad de las medidas farmacológicas.

Respecto a la divulgación y difusión del conocimiento epidemiológico, las sociedades son exigentes y reconocen su derecho a la información sobre el estado de la Salud Pública en su territorio. En este sentido, en Andalucía y cada cuatro años, la administración sanitaria divulga los datos más relevantes, y elabora el análisis que sirve de base para la evaluación del Plan Andaluz de Salud. Sin embargo, este informe tiene un nivel de agregación provincial y comunitario, alejado de la realidad concreta de los ciudadanos andaluces y de sus lugares de residencia, además, el acceso a los microdatos está poco generalizado, aunque se puede acceder a cierta información periódica en el portal de Transparencia de la Junta de Andalucía y en el IECA. Por otro lado, podríamos asegurar que la difusión del análisis epidemiológico tiene un marcado carácter profesional, e incluso autorreferencial en el seno de la Red, con canales de comunicación específicos y escasamente frecuentados por otros profesionales y la ciudadanía.

De este análisis se concluye que, para alcanzar el verdadero liderazgo de la vigilancia en la toma de decisiones, es primordial identificar las necesidades y expectativas de información epidemiológica en los ciudadanos y administraciones y facilitar la comunicación.

En definitiva, los cambios sociales y tecnológicos perfilan los objetivos y acciones que se incorporan a la estrategia AVISTA.

ANÁLISIS INTERNO

La Vigilancia de la Salud posee un marco legislativo propio que se ha desarrollado a lo largo de los últimos 50 años. En Andalucía, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública está estructurado en dos niveles¹⁴:

1. Nivel integrado por la Consejería competente el órgano competente en materia de salud pública y Delegaciones Territoriales/ Provinciales.
2. Nivel integrado por los Distritos de Atención Primaria, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria, del Servicio Andaluz de Salud y Centros adscritos.

En la práctica, la Red está integrada por diversos profesionales de Salud Pública que dependientes de distintas unidades organizativas (nodos), poseen entre sí una relación integrada, simultánea e interdependiente:

Nodo 1: Servicio de Vigilancia y Salud Laboral

Nodo 2: Secciones de Epidemiología de las Delegaciones Territoriales de Salud

Nodo 3: Unidades de Epidemiología de Atención Primaria en Distritos Sanitarios

Nodo 4: Servicios de Medicina Preventiva en Hospitales Públicos y Áreas de Gestión sanitarias

Los nodos 1 y 2, se sitúan en el primer nivel de la estructura organizativa, con dedicación preferente a la acción de vigilancia y respuesta y una relación jerárquica entre sí. Los nodos 3 y 4 pertenecen a la estructura organizativa del SAS y jerárquicamente dependientes de las gerencias de Hospitales y de las gerencias de Distritos y Áreas de Gestión Sanitarias. A las funciones de vigilancia de la salud se suman la coordinación de programas preventivos, la evaluación de intervenciones

¹⁴ Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Texto consolidado

sanitarias y análisis de las inequidades de salud, con una alta corresponsabilidad e interrelación con las Unidades Asistenciales del SAS.

El modelo organizativo clásico ha aportado beneficios incuestionables, ya que ha permitido integrar las acciones de salud pública en los centros sanitarios y aproximar los intereses profesionales en las bases del sistema, clásicamente ocupados y preocupados por satisfacer con calidad y eficiencia, la demanda asistencial de la población.

Aunque las funciones del Sistema de Vigilancia están definidas en Andalucía¹⁴, la cartera de Servicios no está establecida y no es conocida ni por los profesionales del sistema sanitario, tanto público como privado, ni por la ciudadanía. La difusión y sensibilización de las funciones de vigilancia y respuesta redundará en su rendimiento y efectividad.

Es necesario que en el propio seno del SSPA, se identifique el potencial de la Red como legitimadores y garantes de las acciones de salud pública en todos los niveles, además de desarrollar sus responsabilidades como agentes de autoridad sanitaria. De manera histórica, los profesionales de la Red, se han repartido de manera heterogénea por los diferentes niveles organizativos y generalmente, en número insuficiente para satisfacer el pleno desarrollo de la vigilancia orientada a la respuesta y acción. La experiencia tras el brote de *Listeria* en 2019 y la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto carencias del sistema, entre ellas a la falta de flexibilidad y adaptación en situaciones de alerta. Para lograr un sistema competitivo y que dé respuesta a las necesidades de salud de la población y a las funciones definidas para el sistema de vigilancia, es preciso revisar la dotación de profesionales, su formación, perfiles y competencias.

Para asegurar la capacidad de los profesionales de la Red es imprescindible diseñar los requisitos de acceso a las categorías y el diseño de programas de formación continuada que promuevan la actualización de habilidades y conocimientos.

En nuestro sistema sanitario, la enfermería ha tenido un papel importante en los Servicios de Medicina Preventiva, en Salud Laboral y en las Unidades de Epidemiología y de Vigilancia de la Salud de los Distritos Sanitarios, Delegaciones Territoriales y Consejería de Salud y Familias. Sin embargo, esta situación no está formalmente reconocida, ni se ha establecido la dotación necesaria, ni la formación adecuada para desarrollar las funciones en los diferentes nodos organizativos.

Respecto a los sistemas de información para la vigilancia en Andalucía, disponemos de la aplicación Red Alerta y la de Gripe Centinela. Existen otros soportes informáticos como el Registro Poblacional de Cáncer, actualmente en revisión para la consolidación de la captación de los datos de las diferentes fuentes de la forma más automatizada posible. No todos estos sistemas permiten un acceso rápido a la información y no todos están coordinados entre sí. La actualización, modernización y accesibilidad de estos sistemas debe potenciarse ya que son la herramienta fundamental para poder tomar decisiones fundamentadas y para poder realizar evaluaciones de los resultados en salud. En este sentido, el Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado potentes Sistemas de Información sin contemplar la conexión con los de vigilancia. La información generada por la actividad asistencial (Base Poblacional de Salud, BDU, Infoweb, Metabolopatías, Programas de cribado de cáncer, Vacunas, ...) adquiere un valor indudable para la incidencia de enfermedades, eventos sindrómicos, evaluación de programas y de las actividades sanitarias poblacionales.

Respecto a los determinantes de la salud, hasta la fecha, las Encuestas de Salud Poblacionales han sido la principal fuente de datos. Sin embargo, su representatividad estadística ha quedado limitada al ámbito autonómico. Por otro lado, existen Sistemas de información y Registros que, siendo creados con un carácter administrativo, contienen datos que son de enorme valor para la VSPRS. Ejemplos de ellos son el Registro de Mortalidad de Andalucía y el CMBD Andalucía.

En definitiva, los avances en la obtención de información oportuna y adecuada a las necesidades de salud poblacional deben de llevar asociados recursos profesionales que faciliten el análisis de los datos en todos los nodos organizativos, conectados entre sí para optimizar recursos. Sin duda, el intercambio de información y conocimiento entre la VRSP y la gestión sanitaria adquiere un verdadero valor cuando se priorizan, implantan y desarrollan las intervenciones y programas sanitarios poblacionales en todos los niveles organizativos del SSPA.

La difusión del conocimiento epidemiológico se realiza mediante publicaciones semanales de boletines epidemiológicos SVEA y la publicación periódica de ejemplares monográficos, que son incorporados al Repositorio de la Biblioteca Virtual-SSPA. Identificamos la necesidad de mejora con la incorporación de publicaciones accesibles en tiempo real para profesionales sanitarios ajenos a la Red y para la propia ciudadanía. La investigación y la innovación también precisan de un impulso y soporte, mediante incentivos y mayor dotación de recursos humanos y técnicos.

ANEXO 4. CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS Y VALORACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN ANDALUCÍA

En la fase inicial de la elaboración de la estrategia se diseñó un cuestionario para explorar los conocimientos y aceptación del sistema de vigilancia en el SSPA. El cuestionario se remitió por correo electrónico corporativo a responsables y profesionales claves y fue auto cumplimentado:

- Consejería de Salud: Direcciones Generales/ Jefaturas de Servicio/Delegados y Delegadas Territoriales/ Jefaturas de Servicio
- SAS: Direcciones Generales/ Subdirecciones/ Jefaturas de Servicio/ Gerencias Hospitales/ Gerencias Áreas de Gestión Sanitaria y Distritos/Puestos Directivos de Unidades Asistenciales en Atención Primaria.

Estimado,

Nos ponemos en contacto con usted para comunicarle que está en desarrollo la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública, liderada por el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de la Consejería de Salud.

En su diseño estamos trabajando sanitarios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (SVEA), expertos en vigilancia de la salud de las personas y de la salud pública con un elevado compromiso profesional.

Para mejorar nuestros procedimientos y adaptarlos a las necesidades de información epidemiológica y expectativas en cada nivel de gestión y toma de decisiones, necesitamos conocer su opinión.

Le agradecemos su respuesta a este cuestionario breve, que conlleva poco tiempo para su cumplimentación.

1. ¿Conoce la estructura y organización del Sistema de Vigilancia en Andalucía (SVEA)?

- Sí, completamente.
- Sí, sólo los aspectos esenciales para el desempeño de mis funciones.
- Sí, pero creo que mi conocimiento es insuficiente.
- No, no lo conozco.

(Preguntas 2,3 y 9 condicionadas a las respuestas de la pregunta 1, no responden si contestaron “No, no lo conozco”)

2. Valore del 1 al 5 (máximo 5) la trascendencia de las funciones del SVEA en el SSPA:

- Vigilancia de las enfermedades transmisibles.
- Vigilancia de los problemas de Salud no transmisibles.
- Vigilancia de las Inequidades en Salud.
- Control de alertas de Salud Pública.
- Diagnóstico de la situación de Salud de un territorio.
- Evaluación poblacional de resultados de los planes y programas de Salud.

3. ¿Valore del 1 al 5 (máximo 5), la aplicabilidad de la Información Epidemiológica y/o Análisis Epidemiológico en el SSPA?

- Evaluar acciones de salud pública y/o colectivas
- Priorizar acciones en salud pública y/o colectivas.
- Conocer el estado de salud de una población y/o colectivo.

4. Califique del 1 al 5 (máximo 5) la pertinencia de las actividades de los profesionales SVEA en su ámbito de trabajo:

- Actividades Docentes
- Actividades de Divulgación
- Actividades de Investigación
- Actividades Coordinadoras
- Actividades Evaluadoras

5. ¿Dispone de información sobre la situación en salud de la población de su ámbito territorial de salud?

- No, no suelo disponer de esta información
- No, no recibo ninguna información, pero sé dónde encontrarla
- Sí, recibo información en algunas ocasiones.
- Sí, recibo información periódica y oportuna.

6. ¿Considera necesaria esta información para el desempeño de su trabajo?

- No, no es necesario disponer de esta información para la toma de decisiones en mi ámbito.
- Sí, es necesario para disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones.

7. ¿Dispone de información sobre las alertas de salud pública de su ámbito territorial y/o de trabajo?

- No, no dispongo de esta información
- No recibo ninguna información, pero sé dónde encontrarla o cómo pedirla
- Sí, recibo información en algunas ocasiones.
- Sí, recibo esta información puntualmente.

8. ¿Considera necesaria esta información?

- No, no necesito disponer de esta información.
- Sí, aunque no esté directamente implicado en las mismas, creo que debo conocer siempre esta información
- Sí, considero imprescindible recibir las notificaciones de todas las alertas en salud pública que puedan afectar al ámbito de mi trabajo.

9. Evalúe del 1 al 5 (máximo 5) la calidad del SVEA en el SSPA:

- Integralidad (aporta información sobre todos los problemas de salud relevantes y sus determinantes).
- Platicidad (se adapta a las necesidades de los destinatarios).
- Oportunidad (es puntual y actual).
- Rigor (es fiable).

Observaciones. Si lo considera necesario, puede añadir otras consideraciones sobre el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Anexos

Se recibieron 147 respuestas. El 10% de los encuestados afirmó conocer la estructura y organización del SVS en Andalucía y el 50% conoce los aspectos esenciales para el desempeño de sus funciones.

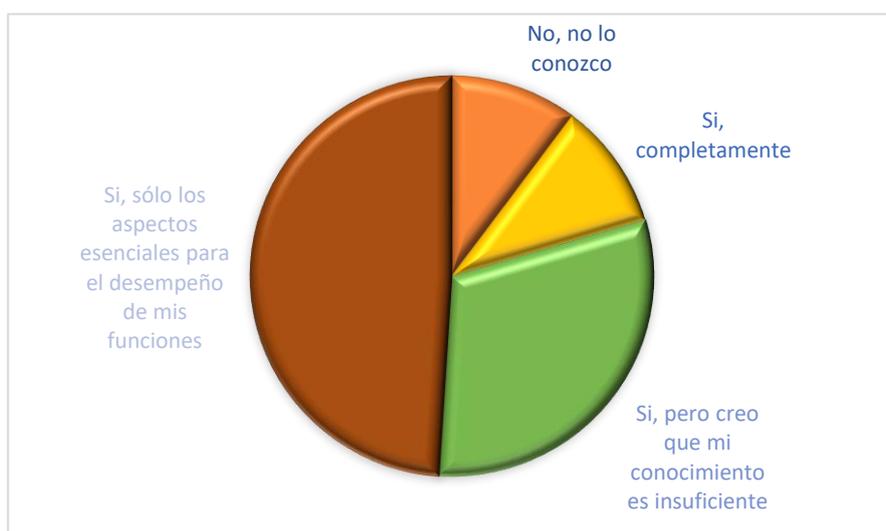
Al interrogar sobre la trascendencia de las funciones del SV, resultó la más importante el control de Alertas de Salud Pública y en último lugar la identificación de la Inequidades en salud.

La aplicabilidad del Análisis Epidemiológico fue bien valorada (4,2 sobre 5), así como la pertinencia de las actividades de los profesionales de la Red en su ámbito de trabajo (3,7 sobre 5).

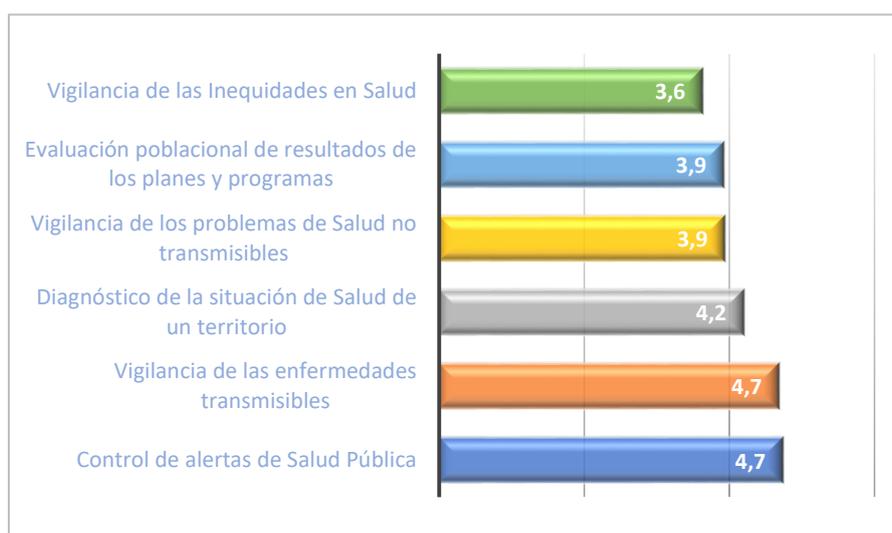
El 80% de los encuestados afirmó que recibe información en salud sobre la población de su ámbito territorial de trabajo, y el 94% de todos los encuestados considera esa información necesaria para disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Respecto a la comunicación de alertas, el 88% contestó que las recibe siempre o en ocasiones, y el 70% considera imprescindible disponer de esa información cuando afecte a su ámbito de trabajo.

1. ¿Conoce la estructura y organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológico en Andalucía (SVEA)?



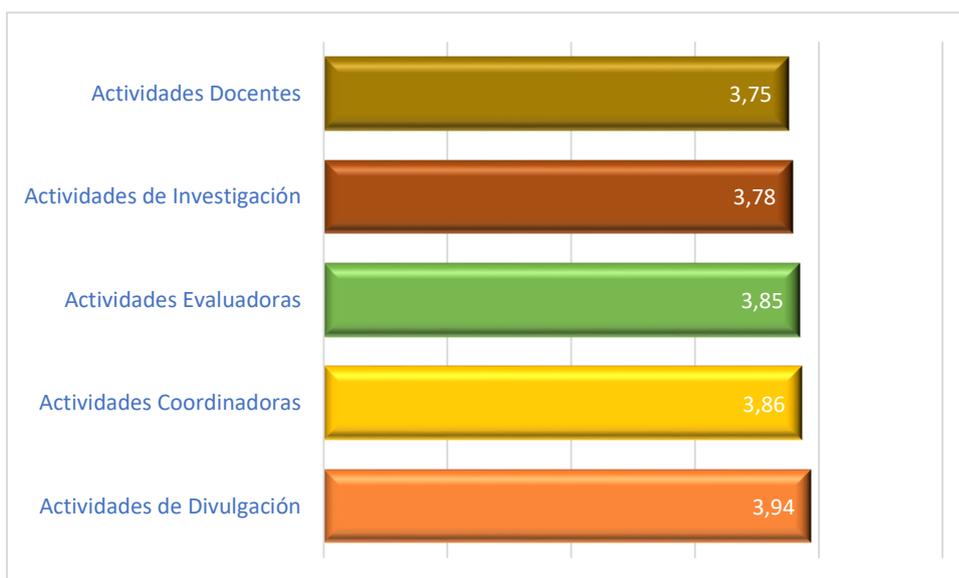
2. Valore del 1 al 5 la trascendencia de las funciones del SVEA en el SSPA.



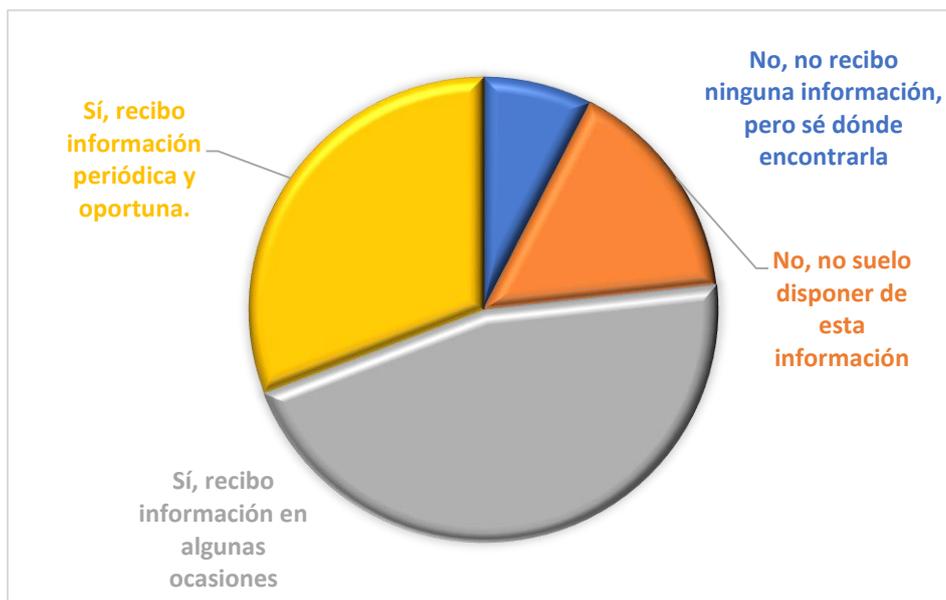
3. Valore del 1 al 5, la aplicabilidad de la Información Epidemiológica y/o Análisis Epidemiológico



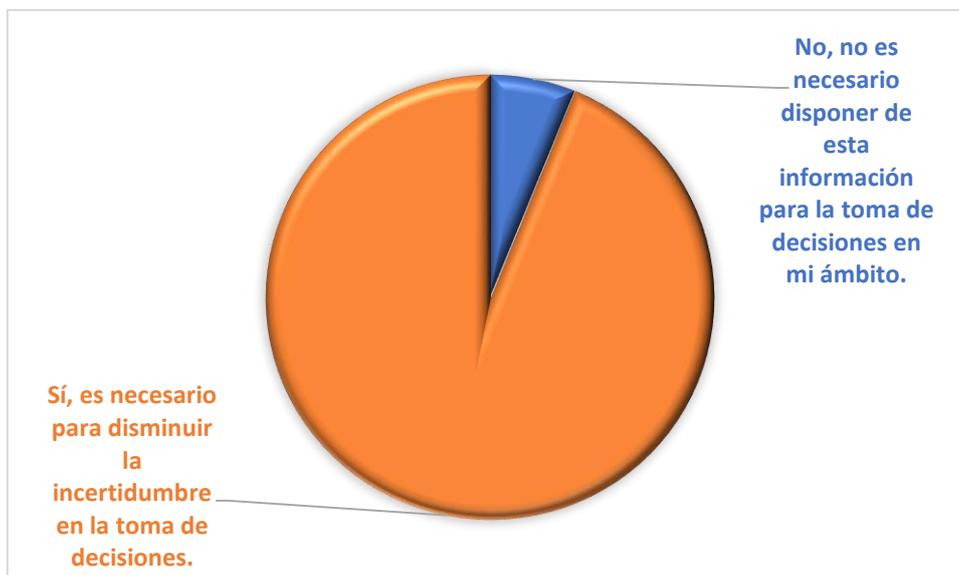
4. Califique del 1 al 5 la pertinencia de las actividades de los profesionales SVEA en su ámbito de trabajo.



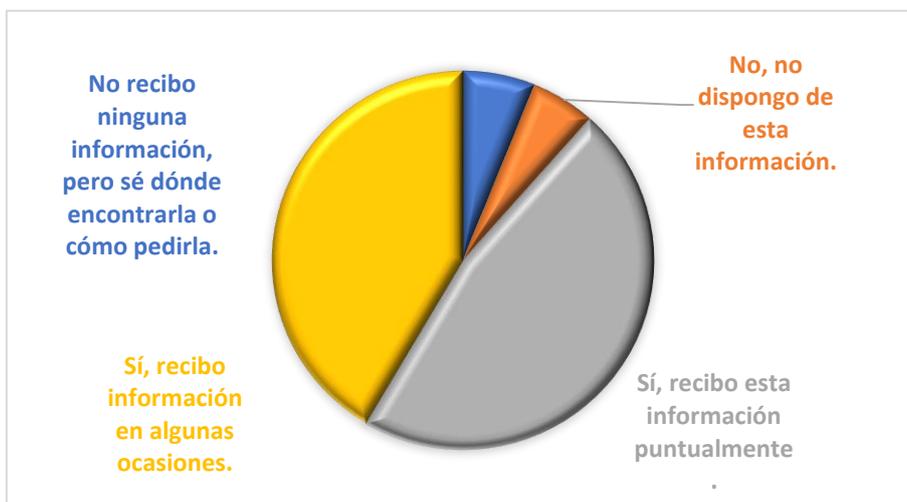
5. ¿Dispone de información sobre la situación en salud de la población de su ámbito territorial de salud?



6. Respecto a la pregunta anterior, ¿Considera necesaria esta información para el desempeño de su trabajo?



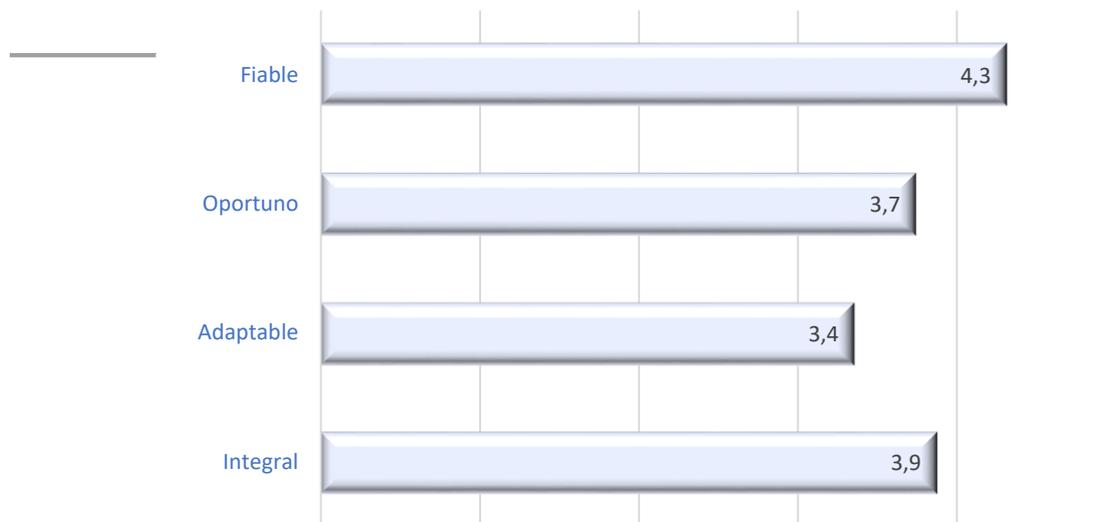
7. ¿Dispone de información sobre las alertas de salud pública de su ámbito territorial y/o de trabajo?



8. Respecto a la pregunta anterior, ¿Considera necesaria esta información para el desempeño de su trabajo?



9. Evalúe del 1 al 5, la calidad del SVEA.



ANEXO 5. ÓRGANOS COLEGIADOS Y PARTICIPATIVOS

En Andalucía, el nivel central y provincial asumen la coordinación formal con otras administraciones, sectores y/o organismos externos a la propia administración sanitaria. Sin embargo, en el propio seno del SSPA la coordinación y el intercambio de conocimiento se realizan en todos sus nodos de gestión, e incluso en la toma de decisiones. La participación del profesional de vigilancia de la salud se reconoce en la composición de determinados órganos de participación, mientras que en otros su presencia es variable. Se detallan algunos ejemplos:

Órganos colegiados y organismos de coordinación en los que participa la Red:

- Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto
- Comités Territoriales de Alerta de Salud Pública de Alto Impacto.
- Comisión Coordinadora del Registro de Cáncer de Andalucía Y Comisiones Técnicas Provinciales del Registro de Cáncer de Andalucía.
- Comisión de Salud Pública de Áreas y Distritos Sanitarios de Andalucía.
- Comité Andaluz de Farmacovigilancia del Centro Andaluz de Farmacovigilancia
- Comisión Asesora sobre Vacunaciones y Enfermedades Susceptibles de Vacunación en Andalucía.
- Comité Director de la Acción conjunta frente a la resistencia antimicrobiana.

Órganos participativos, con representación variable de los profesionales de la Red:

- Comisiones Hospitalarias/ Áreas/ Distritos:
 - Infecciones y Política antimicrobiana
 - Mortalidad
 - Seguridad del paciente
- Comités de Ética
- Comités de Ética de la Investigación

ANEXO 6. TEMPORIZACIÓN

L	O	A	Responsable	2022¥	2023	2024	2025	2026	2027
1	1	1.1	DGSPOF/SAS/CVR						
1	1	1.2	DGSPOF/SVSL						
1	1	1.3	ACSA						
1	1	1.4	DGSPOF/SAS				•	•	
1	1	1.5	DGSPOF/SAS			•	•	•	
1	2	2.1	DGSPOF/SVSL/SAS			•	•	•	
1	2	2.2	SGSPIDI/SAS						
1	2	2.3	SGSPIDI/UDMPSP			•	•	•	
1	3	3.1	DGSPOF/SAS			•	•	•	
1	3	3.2	DGSPOF/SAS			•	•	•	
1	3	3.3	SGSPIDI/SAS						
1	3	3.4	DGSPOF/SVSL/SAS						
1	4	4.1	DGSPOF/SAS			•	•	•	
1	4	4.2	DGSPOF/SAS			•	•	•	
1	4	4.3	DGSPOF/SVSL/SAS	•	•	•	•	•	
1	4	4.4	DGSPOF/SAS		•	•	•	•	
1	4	4.5	DGSPOF/SVSL						
1	4	4.6	DGSPOF/SVSL/GTDS				•	•	
1	4	4.7	DGSPOF/SAS/CVR		•	•	•	•	
1	4	4.8	DGSPOF/SAS		•	•	•	•	
1	4	4.9	DGSPOF/SAS				•		
1	4	4.10	SVSL/CVR		•		•		
1	4	4.11	SVSL		•	•	•	•	
1	4	4.12	SVSL		•	•	•	•	
2	5	5.1	SVSL/DDTT				•	•	
2	5	5.2	SVSL/DDTT				•	•	
2	6	6.1	SVSL/DDTT		•	•	•	•	
2	6	6.2	DGSPOF/SVSL/SAS				•	•	
2	6	6.3	DGSPOF/SVSL/SAS				•	•	
2	6	6.4	SVSL/DDTT						
2	7	7.1	DGSPOF/SVSL/CVR				•	•	
2	7	7.2	SVSL/CVR			•	•	•	
2	7	7.3	DGSPOF/SAS						
2	7	7.4	SVSL/CVR			•	•	•	
2	7	7.5	SVSL/CVR		•	•	•	•	
2	8	8.1	SVSL/EASP		•	•	•	•	
2	8	8.2	SVSL		•	•	•	•	
2	8	8.3	SVSL		•	•	•	•	
3	9	9.1	SVSL/CVR						
3	9	9.2	SVSL/CVR						
3	9	9.3	SVSL/CVR						
3	9	9.4	SVSL/DDTT		•	•	•	•	
3	9	9.5	SVSL/CVR/SAS						
3	9	9.6	SVSL/DDTT			•	•	•	
3	10	10.1	SVSL/CVR				•	•	
3	10	10.2	SVSL/CVR		•	•	•	•	
3	10	10.3	DGSPOF/SVSL/SAS		•	•	•	•	
3	10	10.4	SVSL/CVR		•	•	•	•	
3	10	10.5	SVSL/CVR		•	•	•	•	
3	10	10.6	DGSPOF/SVSL/SAS/CVR		•	•	•	•	
3	10	10.7	SVSL/CVR		•	•	•	•	
3	10	10.8	DGSPOF		•	•	•	•	
3	10	10.9	SVSL/CVR						
3	10	10.10	DGSPOF						
3	10	10.11	SVSL/CVR			•	•	•	
3	10	10.12	DGSPOF/SVSL/SAS			•	•	•	
3	11	11.1	SVSL/DDTT/CVR				•	•	
3	11	11.2	SVSL/CVR			•	•	•	
3	11	11.3	SVSL/CVR			•	•	•	
3	11	11.4	DGSPOF/SVSL/SAS			•	•	•	
4	12	12.1	SVSL/CVR/EASP						
4	12	12.2	DGSPOF/SVSL/CVR						
4	12	12.3	SVSL/CVR				•		
4	12	12.4	DGSPOF/SAS						
4	12	12.5	DGSPOF/EASP						
4	12	12.6	SGSPIDI/DGSPOF/SVSL						
4	12	12.7	DGSPOF/SVSL/SAS				•	•	
4	12	12.8	DGSPOF/SAS						
4	12	12.9	DGSPOF/EASP						
4	12	12.10	SGSPIDI/SAS						
4	13	13.1	DGSPOF/GTDS						
4	13	13.2	DGSPOF/GTDS				•	•	

EVALUACIÓN

Anexos

4	13	13.3	DGSPPOF/GTDS						
4	13	13.4	DGSPPOF/EASP						
4	13	13.5	SVSL/CVR						
4	14	14.1	DGSPPOF/SVSL/CVR						
4	14	14.2	DGSPPOF/SVSL/CVR			•	•	•	
4	14	14.3	DGSPPOF/SAS						
4	14	14.4	DGSPPOF/SAS			•	•	•	
4	15	15.1	CVR						
4	15	15.2	DGSPPOF/SVSL/DDTT						
5	16	16.1	DGSPPOF/DGTSSL						
5	16	16.2	DGSPPOF/SVSL/SAS						
5	16	16.3	SVSL/DDTT/CVR						
5	16	16.4	SVSL/CVR						
5	16	16.5	DGSPPOF/SVSL/SAS						
5	16	16.6	DGSPPOF/SVSL/DDTT			•	•	•	•
5	16	16.7	DGSPPOF/SVSL/DDTT			•	•	•	•
5	16	16.8	DGSPPOF/SVSL						
5	17	17.1	DGSPPOF/SVSL/SAS			•			
5	17	17.2	DGSPPOF/SVSL/SAS			•	•	•	•
5	17	17.3	DGSPPOF/SVSL/SAS			•	•	•	•
6	18	18.1	DGSPPOF/SVSL/SAS				•		
6	18	18.2	SVSL			•			
6	18	18.3	DGSPPOF/GTDS						
6	18	18.4	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	18	18.5	SVSL						
6	18	18.6	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	19	19.1	DGSPPOF/SVSL/SAS				•		•
6	19	19.2	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	19	19.3	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	19	19.4	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	19	19.5	DGSPPOF/SVSL/SAS						
6	19	19.6	SVSL/DDTT						
6	20	20.1	SVSL						
6	20	20.2	SVSL						
6	20	20.3	SVSL/SAS						
6	20	20.4	SVSL			•	•	•	•
6	20	20.5	DGSPPOF						
7	21	21.1	SVSL/CVR						
7	21	21.2	SVSL/CVR			•	•	•	•
7	21	21.3	SGSPIDI/DGSPPOG/IECA/EASP						
7	22	22.1	DGSPPOF/SVSL/DDTT						
7	22	22.2	DGSPPOF/SVSL/DDTT						
7	22	22.3	SVSL/BV-SSPA			•	•	•	•
7	23	23.1b	DGSPPOF/SVSL/SAS						
7	23	23.1a	DGSPPOF/SVSL/SAS						
7	23	23.2	SVSL			•	•	•	•
7	23	23.3	SVSL						
7	23	23.4	SVSL/DDTT			•	•	•	•
8	24	24.1	DGSPPOF/ Universidades/Otras instituciones						
8	24	24.2	DGSPPOF/SVSL/SAS						
8	25	25.1	SVSL/CVR				•	•	•
8	25	25.2	SVSL/CVR				•	•	•
8	25	25.3	SVSL/CVR/EASP			•	•	•	•
8	25	25.4	DGSPPOF/UDMPPSP/EASP						
8	26	26.1	SGSPIDI						
8	26	26.2	DGSPPOF/Unidades Docentes Implicadas						
8	26	26.3	DGSPPOF/SAS			•	•	•	•
8	26	26.4	SGSPIDI/DGSPPOF						
8	26	26.5	SGSPIDI/DGSPPOF					•	

E
V
A
L
U
A
C
I
Ó
N

L: Línea estratégica; O: Objetivo; A: Acción.

Notas: (¥) Identifican acciones preparatorias (•) Acciones con medición o desarrollo anual

ANEXO 7. INDICADORES

INDICADORES DE CONTEXTO

Proporcionan información sobre aspectos relevantes en relación con la visión establecida en la estrategia y/o pueden relacionar la estrategia con los cambios que experimenta Andalucía.

Se evaluarán aspectos contextuales que podrían condicionar el desarrollo y temporización de la estrategia, entre ellos, la demografía, los recursos profesionales y de AP, el avance en el cumplimiento de objetivos marcados por la Agenda de Desarrollo Sostenible, la evolución de las enfermedades transmisibles y de la salud laboral.

Los indicadores seleccionados se obtendrán directamente de los gestores de información especificados, el nivel de medición será regional, con desagregación provincial y la periodicidad de análisis será anual.

1. ESTRUCTURA EDAD Y SEXO POBLACION

La estructura por edad y sexo de la población tiene una repercusión directa en la salud de la población. La inmigración es un factor que determina la distribución de enfermedades transmisibles

- 1.1 Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA)
(Disponible en: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/sid/index.htm>)
 - 1.1.1. Crecimiento natural y saldo migratorio*. Tasas brutas (x1.000)
 - 1.1.2. Índice de dependencia (x100). 1ª variante*
 - 1.1.3. Tasa bruta de mortalidad (x1.000)
 - 1.1.4. Esperanza de vida al nacer según sexo
 - 1.1.5. Esperanza de vida a los 65 años según sexo
 - 1.1.6. Tasa bruta de natalidad (x1.000)
 - 1.1.7. Distribución porcentual de la población
 - 1.1.8. Índice de atracción (x1.000) con procedencia el extranjero según sexo
 - 1.1.9. Población extranjera Andalucía

2. RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO

El desarrollo de la estrategia se verá condicionada por los recursos humanos de Atención Primaria, y profesionales de Salud Pública principalmente

- 2.1 Anuario estadístico de Andalucía: Recursos sanitarios y salud de la población - Recursos sanitarios y su distribución
(Disponible en: https://www.ieca.junta-andalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?CodOper=b3_6&idNode=6048)
 - 2.1.1. Centros de atención primaria según tipo por provincia (mapa sanitario)
 - 2.1.2. Memoria estadística y cartográfica, Consejería Salud y Consumo. Servicio Andaluz de salud
 - 2.1.3. Estructura del personal de los centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud
 - 2.1.4. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio salud
 - 2.1.5. Nº profesionales de Atención Primaria (Enfermería, medicina y pediatría)

3. DESARROLLO SOSTENIBLE

La estrategia contiene líneas estratégicas con objetivos alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

- 3.1. Sistema de Indicadores de Desarrollo Sostenible de Andalucía para la Agenda 2030
(Disponible en: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/ods/index.htm>)
 - 3.1.1. Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional

Anexos

- 3.1.2. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave
- 3.1.3. Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes
- 3.1.4. Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes
- 3.1.5. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas
- 3.1.6. Tasa de mortalidad por suicidio
- 3.1.7. Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y pos tratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas
- 3.1.8. Consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro
- 3.1.9. Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico
- 3.1.10. Cobertura de los servicios de salud esenciales
- 3.1.11. Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias
- 3.1.12. Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)
- 3.1.13. Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
- 3.1.14. Tasa de Obesidad por IMC

4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ALERTAS SANITARIAS Y RESISTENCIAS MICROBIANAS

La estrategia tendrá un impacto en la incidencia y notificación de las bacterias multirresistentes, alertas sanitarias y de enfermedades de declaración obligatoria

- 4.1. Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA)
(Disponible en: <http://pirasoa.iavante.es/>)
 - 4.1.1. Incidencia acumulada de bacterias resistentes. Nº pacientes ambulatorios infectados por Microorganismo X. Resistente/ Población área *1000
 - 4.1.2. Densidad de incidencia de bacterias resistentes. Nº pacientes infectados por Microorganismo X. Resistente/ Días de estancia del periodo *1000
- 4.2. Sistema Vigilancia Epidemiológica de Andalucía
(Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2639/browse?type=title&sort_by=1&order=DESC&rpp=20&etal=-1&null=&starts_with=L)
 - 4.2.1. Tasa de Alertas por cien mil habitantes
 - 4.2.2. Tasa de Incidencia de TBC, ITS, zoonosis y enfermedades susceptibles de vacunación.

5. SALUD LABORAL

La estrategia tendrá un impacto en la incidencia y notificación de enfermedades profesionales.

- 5.1. Servicio estadístico Enfermedades Profesionales. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
(Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/estadisticas>)
 - 5.1.1. Número de partes de enfermedad profesional comunicados distribuidos por con baja/sin baja.
 - 5.1.2. Número de procesos enfermedad profesional: pertenecientes a un trabajador y que provienen de la misma enfermedad profesional

INDICADORES RESULTADO

Vinculados a los 26 objetivos de la estrategia. Se evaluará el grado de consecución de las acciones establecidas.

ANEXO 8: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Área Pequeña (APQ)

Sector territorial mínimo sobre el que se dispone de información suficiente que permita la recogida sistemática y periódica de indicadores del estado de salud de una comunidad, de sus determinantes y de los activos en salud y además dispone de un centro sanitario de atención primaria dirigido a la atención integral de la comunidad. Las APQ pueden coincidir con un municipio, englobar un conjunto de municipios o representar un sector/ barriada de un municipio mayor.

Determinantes sociales de la salud

Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de protección y prevención establecidos para combatir las enfermedades y promocionar la salud. Se conoce que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, culturales, medioambientales, normativas y políticas, denominadas determinantes sociales estructurales. AVISTA se centra en los determinantes sociales intermedios: factores conductuales, psicológicos, así como la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud.

Enfermedad

Dimensión biológica de la ausencia de salud, una disfunción esencialmente fisiológica. Enfermedad o suceso no clasificado como enfermedad, pero que puede modificar el estado de salud de un individuo o de una comunidad. Codificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11).

Equidad en Salud

Ausencia de disparidades entre grupos (definidos por aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos), en desventaja de unos respecto de los otros, que se diferencian entre ellos por un distinto nivel de poder, bienestar o prestigio social. Dichas diferencias deben ser sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos: salud, educación, nutrición y condiciones de vida.

Evento, evento de Salud

Entidad clínica, factor, o característica de rango personal que conduce a un cambio en la condición de salud, enfermedad o característica de los individuos estudiados.

Incluye las enfermedades transmisibles, no transmisibles, determinantes en salud, problemas relacionados con la salud, agrupaciones sindrómicas, marcadores biológicos o factores de riesgo personales. Su análisis agrupado aporta información sobre el estado de salud poblacional y de los factores que inciden sobre ella.

Evento no transmisible (EVNT)

Evento de salud para el que no hay evidencia de transmisión de un individuo a otro por contagio, vector, herencia biológica o herencia.

One Health (Una Salud)

Esfuerzo de colaboración de múltiples disciplinas que trabajan a nivel local, nacional y mundial, para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente.

Red Alerta

Aplicación informática en red accesible a todos los nodos y profesionales que da soporte a las enfermedades de declaración obligatoria y a las alertas de salud pública.

Anexos

Red de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública (la Red)

Conjunto profesional y sus centros administrativos de dependencia, que, teniendo estructuras organizativas y dependencias diferentes, incluyen en su cartera de servicios la VRSP de su ámbito y/o territorio.

El SVSL, las Secciones de epidemiología de las DDTT, las Unidades de Epidemiología de Atención Primaria y los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios constituyen los nodos organizativos de la Red. Los profesionales de la Red son los técnicos del SVSL y DDTT que trabajan en estos nodos y los profesionales de epidemiología de AP, los facultativos especialistas de medicina preventiva y salud pública y la enfermería adscrita a los nodos organizativos.

La VRSP en Andalucía se desarrolla en cada centro competente y se dirige a su ámbito territorial de referencia, pudiendo ser su ámbito de actuación colectivo o individual cuando las acciones se destinan a sujetos concretos en el contexto de una acción.

Riesgos Latentes

Peligros inherentes ubicados en el territorio que representan amenazas a la salud pública si pierden sus sistemas de seguridad y control. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de que se hayan hecho todos los esfuerzos para identificar y eliminar el riesgo (es decir, sus controles de mitigación).

Riesgos Incidentes

Sucesos o circunstancias agudas, que suponen o han supuesto una amenaza real e inminente para la salud de los ciudadanos.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (SVEA)

Concepto clásico que define el sistema de Vigilancia epidemiológico en Andalucía, basado en la declaración obligatoria de enfermedades y que actualmente se extiende a todo el ámbito de la VRSP.

Sistema de Vigilancia en Salud (SVS)

Estructura organizativa funcional encargada de la coordinación e integración de las actividades de recogida, análisis, interpretación y difusión de la información específica de enfermedades, problemas de salud y eventos, objeto de vigilancia con el fin de planificar, desarrollar, gestionar y evaluar las intervenciones poblacionales sanitarias con impacto en la salud pública.

Todos los centros y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados, con independencia de su finalidad, forman parte funcionalmente del Sistema de Vigilancia en Salud y deben aportar la colaboración e información necesaria.

Sistema Integral de Alertas (SIA)

Estructura organizativa funcional destinada a detectar y coordinar la respuesta ante alertas y emergencias sanitarias, que impliquen una amenaza real o potencial para la salud de la población en Andalucía, o que puedan tener repercusión a nivel nacional o internacional, así como en los casos de alarma social provocada por la difusión de noticias relacionadas con la salud pública o con la prestación de servicios sanitarios.

Vigilancia basada en indicadores (vigilancia sistemática de la salud)

Recolección, análisis e interpretación de datos estructurados provenientes de sistemas de Vigilancia existentes.

Vigilancia basada en eventos (Vigilancia identificativa de eventos de la salud)

Procedimiento de vigilancia que consiste en la captura, filtrado y verificación de información sobre sucesos y eventos que pueden tener una repercusión en salud pública provenientes de diferentes fuentes oficiales y no oficiales. Es un componente funcional del mecanismo de alerta temprana y respuesta.

Anexos

Vigilancia Territorial de la Salud

Generación de conocimiento útil para la toma de decisiones en un ámbito geográfico definido. Incluye la priorización de los problemas de salud y sus determinantes, monitorización de resultados y evaluación de las acciones de Salud Pública.

Vigilancia y Respuesta en Salud Pública (VRSP)

La vigilancia de la salud de las personas consiste en la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión sistemáticos y continuos de datos de salud de la población para la planificación, implementación y evaluación de la acción de salud pública.

La acción de la vigilancia incluye la difusión oportuna de información y análisis para facilitar que la toma de decisiones sea pertinente.

La respuesta en salud pública engloba identificar las acciones de control, medidas preventivas y de promoción, que protegen la salud de los colectivos y poblaciones, incluidas aquellas que impliquen intervenciones individuales.

ANEXO 9: SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC	Atención Continuada
ACSA	Agencia Calidad Sanitaria Andalucía.
AP	Atención Primaria
AVISTA	Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública
BMR	Microrganismos multirresistentes
BV-SSPA	Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía
CA	Continuidad Asistencial
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CVR	Comité Asesor de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública
CSC	Consejería de Salud y Consumo
DDTT	Delegaciones Territoriales de Salud
DGSPOF	Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería Salud y Consumo
DGTSSL	Dirección General de Trabajo, Seguridad y Salud Laboral
DIRAYA	Historia Digital de Salud Andalucía
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.
EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EIR	Especialista Interno Residente
ENI	Enfermedad Neumocócica Invasora
ENT	Enfermedades no transmisibles
EMI	Enfermedad Meningocócica Invasora
EVNT	Eventos no transmisibles
GT	Grupos de Trabajo
GTDS	Grupo de Trabajo Diagnóstico Salud (coordinación SVSL – V Plan Andaluz de Salud).
HAM	Health Alert Monitoring
IAAS	Infecciones Asociadas con la Atención Sanitaria
IECA	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
IRAs	Infección Respiratoria Aguda
IRAG	Infección Respiratoria Grave
La Red	Red de profesionales de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública del Sistema Sanitario Público de Andalucía
MPySP	Medicina Preventiva y Salud Pública
RENAVE	Red Nacional Vigilancia Epidemiológica
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SGSPIDI	Secretaría General de Salud Pública I+D+i



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo