



BORRADOR



Estrategia de Salud de Andalucía 2030

Consejería de Salud y Consumo

© Junta de Andalucía 2025

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a las Consejería de Salud y Consumo y el título del documento especificado.

Declaración de intereses: Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.

Citar como: Estrategia de Salud de Andalucía 2030. Ed. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla (España). 2025

BOJA número 94, de 19 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el acuerdo de formulación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (ESA 2030).

Estrategia de Salud de Andalucía 2030



01. Presentación del presidente de la Junta de Andalucía

La salud es un derecho esencial y, sin duda, uno de los pilares sobre los que se cimienta nuestra democracia. No se trata simplemente de un valor abstracto; es una necesidad y una aspiración vital de todas las personas. Esta convicción, profundamente arraigada en nuestra identidad, ha quedado aún más patente en los últimos años, cuando la pandemia de la COVID-19 nos enseñó, de una forma tan cruda, lo frágil que puede llegar a ser la salud y, a su vez, lo indispensable que es para nuestra sociedad. No hay desarrollo ni prosperidad posible sin un sistema de salud robusto, accesible y de calidad.

En nuestra comunidad, entendemos que la salud no se limita al ámbito estrictamente asistencial. De hecho, sabemos que, para protegerla, para fomentarla y preservarla, debemos abordarla desde todos los sectores de nuestra sociedad. La salud es una realidad integral y única que abarca no solo a las personas, sino también a los ecosistemas y al medioambiente con el que convivimos. El bienestar de nuestra tierra y de nuestra gente debe ser una prioridad compartida en la que todos, instituciones y ciudadanía, trabajemos juntos.

Como presidente de la Junta de Andalucía, considero que la salud debe ser transversal a todas las políticas públicas que impulsaremos. De ahí que la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 sea uno de los proyectos más importantes que podemos proponer y presentar a nuestra sociedad andaluza. A través de esta Estrategia, quiero reflejar el compromiso absoluto de mi Gobierno con una sanidad pública universal, gratuita y de calidad, que garantice el acceso a la atención sanitaria de toda la ciudadanía. Una sanidad que sea un verdadero motor de cohesión social y de progreso económico para nuestra tierra.

La Estrategia de Salud de Andalucía 2030 no solo será nuestra hoja de ruta para los próximos años, sino también nuestra respuesta a los retos más urgentes que enfrentamos. Entre estos desafíos destacan el envejecimiento de nuestra población, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, las amenazas de nuevas epidemias o el aumento de la resistencia a los antibióticos. Además, no podemos ignorar la influencia que el cambio climático tendrá sobre nuestra salud. Estas son solo algunas de las realidades que nos obligan a actuar con anticipación y determinación. Sin embargo, no todo es adversidad. También tenemos por delante un abanico de oportunidades que nos permite avanzar. Por ello, la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 no solo nos prepara para afrontar las amenazas, sino que también nos posiciona a la vanguardia de la innovación en salud.

Convencido de que las andaluzas y los andaluces tenemos un enorme potencial para mejorar nuestra salud de manera individual y colectiva, hago un llamamiento a la acción a todas las personas y sectores que componen nuestra Comunidad Autónoma. Juntas y juntos somos capaces de construir un futuro en el que la salud sea la base sobre la que se asiente nuestro bienestar común.

Es por ello que os presento la Estrategia de Salud de Andalucía 2030, una iniciativa que debe ser el compromiso de todas y todos para avanzar en la creación de un sistema sanitario que, sin duda, será un legado para las futuras generaciones. Cuento con vuestra colaboración para que sigamos fortaleciendo nuestra salud y nuestra democracia.

Juan Manuel Moreno Bonilla
Presidente de la Junta de Andalucía

02. Prólogo institucional

La salud es uno de los derechos básicos de las personas y, sin lugar a dudas, constituye un pilar esencial para el bienestar de toda sociedad. Como responsables de la gestión pública, tenemos la obligación de garantizar que todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia, condición social o edad, tengan acceso a un sistema de salud eficiente, equitativo y de calidad. Este compromiso con la salud de los andaluces y andaluzas está en el corazón de las políticas de la Junta de Andalucía, y la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (ESA 2030) se erige como el marco en el que nos embarcamos para avanzar hacia una nueva etapa en la gestión sanitaria, alineada con las demandas y desafíos del presente y del futuro.

La ESA 2030 no es solo un conjunto de medidas o un plan más en la administración sanitaria; es la manifestación de un compromiso político profundo con el bienestar de la ciudadanía, un proyecto que surge de la participación activa de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), expertos, académicos y ciudadanía. Este enfoque inclusivo es un principio esencial de la Estrategia, porque creemos firmemente que para mejorar la salud de la población es necesario escuchar y considerar todas las voces, identificar las verdaderas necesidades y aprovechar las oportunidades de mejora. En definitiva, se trata de una estrategia que refleja el esfuerzo colectivo por lograr un sistema sanitario más humano, accesible y adaptado a los retos actuales.

Una de las grandes prioridades de la ESA 2030 es la mejora de la coordinación y la integración de los servicios de salud, una tarea fundamental para garantizar que los ciudadanos reciban una atención de calidad. Para ello, se promoverán nuevos enfoques que incorporen tecnologías avanzadas, como la medicina personalizada, la cirugía robótica y el uso de inteligencia artificial para optimizar los diagnósticos y tratamientos. Estas herramientas no son una opción, sino una necesidad, en un momento en el que los avances científicos y tecnológicos nos brindan la oportunidad de ofrecer una atención más precisa, rápida y eficaz. No obstante, la innovación tecnológica debe ir acompañada de un enfoque humano que valore, por igual, la dignidad de las personas y el respeto a sus derechos.

Mi compromiso personal, y el compromiso de la Consejería de Salud y Consumo, es claro: mejorar la salud de los andaluces y andaluzas, fomentar la confianza de la ciudadanía en nuestro sistema sanitario, y poner en valor a quienes hacen posible este sistema, nuestros profesionales sanitarios y no sanitarios. La ESA 2030 debe ser vista como el contrato estratégico entre el Gobierno de la Junta de Andalucía y la ciudadanía, un acuerdo en el que se comprometen esfuerzos conjuntos para lograr una salud pública más equitativa, inclusiva y sostenible. Con esta Estrategia, miramos al futuro con esperanza y determinación, conscientes de los desafíos que enfrentamos, pero también seguros de que, con el esfuerzo colectivo, podemos construir una Andalucía más saludable.

Rocío Hernández Soto
Consejera de Salud y Consumo

03. Resumen ejecutivo

La salud es un derecho y un pilar esencial para el bienestar social. La Junta de Andalucía, en su compromiso con la salud de la ciudadanía, presenta la **Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (ESA 2030)** como un marco estratégico para avanzar hacia una gestión sanitaria eficiente, equitativa y adaptada a los retos del presente y futuro.

La ESA 2030 se basa en una serie de principios rectores como la contribución al Desarrollo Sostenible, el enfoque One Health, la Salud en todas las Políticas, el Derecho a la salud digital, la Perspectiva de género, y un enfoque participativo. Estos principios fundamentales guían el propósito de la ESA 2030 para lograr un sistema sanitario más inclusivo, equitativo y eficiente.

La estrategia toma en cuenta el contexto de salud específico en Andalucía, considerando aspectos demográficos, determinantes sociales de la salud, y los principales problemas de salud de la población. La región también enfrenta otros problemas asociados a la dependencia, la cronicidad, la discapacidad y la exclusión social, así como, la atención a la salud infantil y adolescente, los cuidados paliativos y los programas preventivos poblacionales. La pandemia de COVID-19 ha representado un desafío global que impactó profundamente el sistema sanitario y la salud pública. Además, se considera crucial el contexto normativo, tanto en el ámbito de la salud general como en el de la salud digital, así como las oportunidades que la investigación e innovación ofrecen para mejorar los servicios y resultados en salud.

Tras realizar un diagnóstico estratégico y definir la Misión, Visión y Valores del SSPA, la ESA 2030 establece sus líneas estratégicas que se centran en tres áreas clave. La primera es mejorar la salud de los andaluces y andaluzas en todos los entornos y en todas las etapas de la vida. La segunda línea se orienta a reforzar la confianza de la población en el SSPA. Por último, la tercera línea tiene como objetivo poner en valor a los profesionales del sector sanitario.

Para alcanzar los objetivos estratégicos, el SSPA se apoyará en diferentes palancas de cambio para impulsar la transformación digital, la formación continua, la salud pública y la investigación e innovación. Para ello, se priorizará la interoperabilidad de los sistemas, la ciberseguridad, y la renovación tecnológica. Además, se fomentará la simulación clínica y la capacitación de los profesionales y ciudadanía; así como, la vigilancia epidemiológica, la reducción de desigualdades y la equidad interterritorial, destacando el valor público y la corresponsabilidad social.

Por último, la ESA 2030 propone un modelo de Gobernanza basado en la participación activa de todos los actores involucrados, y que busca garantizar la transparencia y sostenibilidad de la estrategia. Para ello, se establece un sistema de evaluación y seguimiento de resultados que incluye un cuadro de mando e indicadores clave para medir el progreso de las acciones propuestas, y donde la rendición de cuentas es fundamental para asegurar la transparencia y el cumplimiento de los objetivos.

En resumen, la ESA 2030 debe ser vista como el contrato estratégico entre el Gobierno de la Junta de Andalucía y la ciudadanía, un acuerdo en el que se comprometen esfuerzos conjuntos para lograr una salud pública más equitativa, inclusiva y sostenible.

04. Índice

01.	Presentación del presidente de la Junta de Andalucía	4
02.	Prólogo institucional	5
03.	Resumen ejecutivo	6
04.	Índice	7
05.	Abreviaturas y acrónimos.....	9
06.	Principios rectores.....	13
	Contribución al Desarrollo Sostenible.....	13
	Enfoque One Health	14
	Salud en todas las Políticas	15
	Derecho a la salud digital.....	16
	Perspectiva de género.....	18
	Enfoque participativo	19
07.	Contexto de salud en Andalucía.....	22
	Datos demográficos	22
	Determinantes sociales de la salud.....	22
	Modelo de activos para la salud: Una visión positiva de la salutogénesis.....	25
	Estilos de vida	26
	Enfermedades cardiovasculares	29
	Ictus	31
	Enfermedades respiratorias crónicas.....	32
	Diabetes	34
	Salud Mental	35
	Deterioro cognitivo y demencias	37
	Enfermedades raras	38
	Dependencia, cronicidad, discapacidad y exclusión social	39
	Salud infantil y adolescente	42
	Cuidados Paliativos	45
	Programas preventivos poblacionales	46
	La pandemia de COVID-19: un desafío global.....	50
	Contexto normativo en Salud	53
	Contexto normativo en Salud Digital	55
	Investigación e innovación	55
08.	Análisis estratégico del SSPA.....	59
09.	Misión, Visión y Valores	65

10.	Enfoque estratégico global ESA 2030.....	68
11.	Líneas estratégicas, objetivos y acciones	70
	Línea Estratégica 1. Mejorar la salud de los andaluces en todos los entornos y en todas las etapas de la vida.....	70
	Línea Estratégica 2. Reforzar la confianza de la población en el SSPA	73
	Línea Estratégica 3. Poner en valor a los profesionales del sector sanitario	76
	Palancas de Cambio	78
12.	Sinergias de alineamiento con otros marcos políticos.....	84
13.	Gobernanza	87
	Comité director	87
	Coordinador de la ESA 2030.....	87
	Oficina Técnica de Evaluación y Seguimiento	88
	Comité de personas expertas.....	89
14.	Evaluación y seguimiento.....	92
	Evaluación de resultados.....	92
	Rendición de cuentas	92
	Cuadro de mando.....	93
15.	Indicadores clave ESA 2030.....	94
16.	Anexo 1. Listado de Participantes	111
17.	Anexo 2. Proceso metodológico de elaboración de la ESA 2030	115
18.	Anexo 3. Análisis DAFO	118
	Debilidades.....	118
	Fortalezas	119
	Amenazas	121
	Oportunidades	122
19.	Anexo 4. Memoria económica	142
	Consejería de Salud y Consumo	143
	Servicio Andaluz de Salud	143
20.	Anexo 5. Plan de comunicación	147
21.	Anexo 6. Infraestructuras y recursos SAS.....	149
22.	Anexo 7. Bibliografía y referencias.....	151

05. Abreviaturas y acrónimos

AI - Inteligencia Artificial	EPI-SCAN II - Estudio Epidemiológico de la EPOC en España
ACSA - Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía	EPOC - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
AH - Atención Hospitalaria	ERC - Enfermedades Respiratorias Crónicas
APyC - Atención Primaria y Comunitaria	ESA 2030 - Estrategia de Salud de Andalucía 2030
ARNm - Ácido Ribonucleico Mensajero	ESARA - Estrategia Andaluza frente a la Resistencia a los Antimicrobianos
AROPE - At Risk of Poverty and/or Exclusion (personas en riesgo de pobreza y/o exclusión)	ESDA - Estrategia de Salud Digital de Andalucía
ASSDA - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía	ESTUDES - Estudio sobre el consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria
AVISTA - Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía	EU - Unión Europea
BDU - Base de Datos de Usuarios	EU-JAMRAI - Acción Conjunta Europea sobre Resistencia a los Antimicrobianos e Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
BOJA - Boletín Oficial de la Junta de Andalucía	EUsurvey - Plataforma de Encuestas de la UE
BPS - Base Poblacional de Salud	FAISEM - Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
CAIT - Centros de Atención e Intervención Temprana	FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
CATI - Centro Andaluz de Teleictus	FEDEAFES - Federación Española de Enfermedades Raras
CCAA - Comunidades Autónomas	FEDER - Fondo Europeo de Desarrollo Regional
CE - Comunidad Europea	GBD - Global Burden of Disease
CES 061 - Centro Emergencias Sanitarias 061	GERHONTE - Aplicación del SAS para la gestión de los recursos humanos
CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades	GPC - Guía de Práctica Clínica
CMBD - Conjunto Mínimo Básico de Datos	GTA - Grupo de Trabajo Abierto
COVID-19 - Coronavirus Disease 2019	HDSM - Hospital de Día de Salud Mental
CSUR - Centros, Servicios y Unidades de Referencia	I+D+i - Investigación, Desarrollo e Innovación
DAFO - Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades	IAAP - Instituto Andaluz de Administración Pública
DGPNSD - Dirección General de Salud Pública y Programas de Salud	IAM - Infarto Agudo de Miocardio
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2	IATA - Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas
DTPa-VPI - Vacuna Difteria, Tétanos, Tosferina y Poliomielitis inactivada	ICD - International Classification of Diseases
EAPC - European Association for Palliative Care	ICT - Information and Communication Technologies
EAS - Encuesta Andaluza de Salud	IECA - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
ECDC - Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades	IMC - Índice de Masa Corporal
ECV - Enfermedades Cardiovasculares	INCLASNS - Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
EIDIA - Estrategia de I+D+i de Andalucía	INE - Instituto Nacional de Estadística
EIIASA - Estrategia de Investigación e Innovación en Salud de Andalucía	INSS - Instituto Nacional de la Seguridad Social
EIR - Enfermero Interno Residente	
ENS - Encuesta Nacional de Salud	

IPCC - Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático	SSPA - Servicio Sanitario Público de Andalucía
IVE - Interrupciones Voluntarias del Embarazo	STP - Salud en Todas las Políticas
KPI - Key Performance Indicators (Indicadores Clave de Rendimiento)	TCA - Trastorno de la Conducta Alimentaria
LO - Ley Orgánica	TEA - Trastorno del Espectro Autista
MEHM - Módulo Mínimo de Salud Europeo	TIC - Tecnologías de la Información y la Comunicación
ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio	TLP - Trastorno Límite de Personalidad
ODS - Objetivos de Desarrollo Sostenible	TMG - Trastorno Mental Grave
OEDA - Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	TRIC - Tecnologías de Relación, Información y Comunicación
OMS - Organización Mundial de la Salud	UCP - Unidades de Cuidados Paliativos
OMS / WHO - Organización Mundial de la Salud	UE - Unión Europea
OMSA - Organización Mundial de Sanidad Animal	UGC - Unidad de Gestión Clínica
ONU - Organización de las Naciones Unidas	USMC - Unidades de Salud Mental Comunitaria
PAAIPEC - Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas	USMIJ - Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil
PAdAC - Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad	VIH/sida - Virus de Inmunodeficiencia Humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida
PAPER - Plan de Atención a Personas afectadas por Enfermedades Raras	VPH - Virus del Papiloma Humano
PASMIA - Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia	VRS - Virus Respiratorio Sincitial
PCC - Cuidados Paliativos Complejos	WHO - World Health Organization
PCC - Programa de Cribado de Cáncer	
PCCC - Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal	
PDPRD - Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética	
PIOBIN - Plan Integral de Obesidad Infantil	
PMA - Plan de Medicina Avanzada	
PNSD - Plan Nacional Sobre Drogas y Adicciones	
PNUMA - Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente	
PSIA - Programa de Salud Infantil y Adolescente	
RAER - Registro Andaluz de Enfermedades Raras	
RAMER - Razón de Mortalidad Intrahospitalaria Estandarizada Ajustada por Riesgo	
RD - Real Decreto	
RELAS - Red de Acción Local en Salud	
SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2	
SAS - Servicio Andaluz de Salud	
SCACEST - Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST	
SIA - Sistema de Información Andaluz	
SISS - Sistema Integrado de Servicios Sociales	
SNS - Sistema Nacional de Salud	



BORRADOR

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



BORRADOR

Principios rectores



06. Principios rectores

Contribución al Desarrollo Sostenible

En septiembre del año 2000, líderes de 189 países se reunieron en la sede central de las Naciones Unidas para firmar la Declaración del Milenio, un documento histórico por el que se comprometieron a alcanzar, antes de 2015, un conjunto de ocho objetivos cuantificables, como la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la reducción de la mortalidad infantil y materna; la reducción del avance del VIH/sida y la protección del medio ambiente. En 2015 los progresos realizados en la cumplimentación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron evaluados y, por otra parte, se extendió la lista de objetivos, en los ahora llamados los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En julio de 2014, el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General (GTA) propuso un documento con 17 ODS para su aprobación. Finalmente, el 25 de septiembre de 2015, en el marco de la 70 edición de la Asamblea General de Naciones Unidas, en Nueva York, todos los países del mundo adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el documento marco con 17 Objetivos y 169 metas que rige las actividades para el bienestar de las personas y el cuidado del planeta en los siguientes 15 años ([UN General Assembly, 2015](#)).

El ODS 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades, y asegurar así el desarrollo sostenible. El acceso a la salud y bienestar es un derecho humano, sin embargo, las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria persisten y cada año mueren millones de personas por no recibir los cuidados necesarios.

El ODS 3 tiene 13 metas: reducir la tasa mundial de mortalidad materna (Meta 3.1), reducir la mortalidad neonatal en niños menores de 5 años (Meta 3.2), poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales (Meta 3.3), reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (Meta 3.4), fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el consumo nocivo de alcohol (Meta 3.5), reducir las muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico (Meta 3.6), garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (Meta 3.7), lograr la cobertura sanitaria universal (Meta 3.8), reducir la morbilidad causada por productos químicos, por la polución y la contaminación del aire, el agua y el suelo (Meta 3.9), fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Meta 3.a.), apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos que afectan primordialmente a los países en desarrollo (Meta 3.b), aumentar considerablemente la financiación de la salud (Meta 3.c); y reforzar la capacidad de todos los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud (Meta 3.d) ([Fraisl et al., 2023; Hone et al., 2018; Kruck et al., 2018; Labrique et al., 2018; Raji & Demehin, 2023](#)).

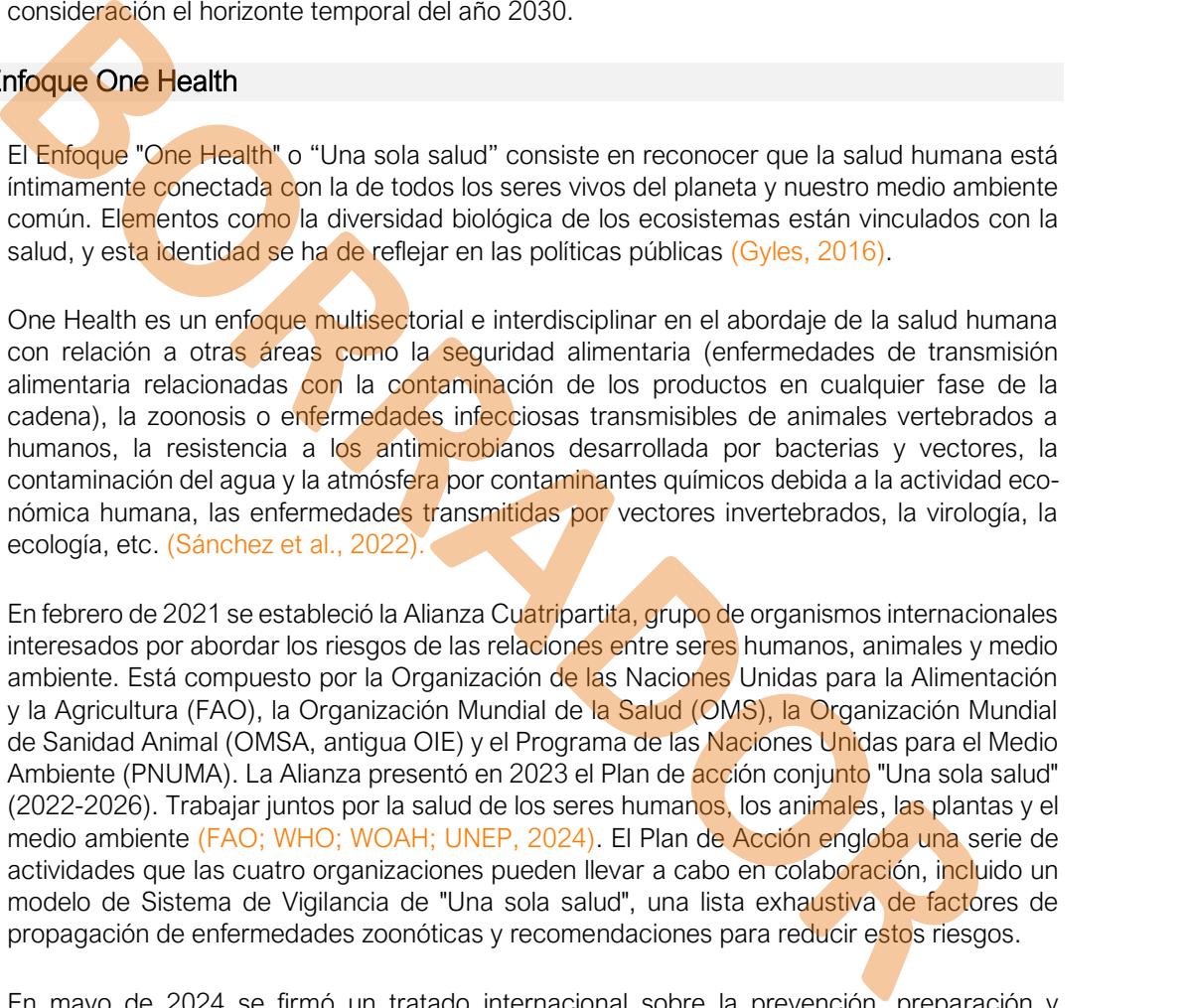
El compromiso de la Unión Europea (European Commission, 2019) y sus Estados miembros ante los desafíos globales refleja plenamente la Agenda 2030, junto con la Agenda de Acción de Adis Abeba sobre la Financiación para el Desarrollo y el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático. La aplicación de la Agenda 2030 y los demás acuerdos es fundamental para la acción exterior de la UE. La Estrategia Global sobre Política Exterior y de Seguridad de la Unión Europea ofrece una visión general para un compromiso coordinado, creíble y receptivo de la UE en el mundo. El objetivo es implementar los ODS de manera integral y estratégica, abordando los vínculos entre ellos y teniendo en cuenta el impacto de las medidas de la UE y sus Estados miembros a todos los niveles. La UE y sus Estados miembros también se comprometen a trabajar conjuntamente de una manera más coherente y coordinada a favor de la Agenda 2030.



El compromiso del Gobierno de España como recoge el documento titulado “Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030, hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible” está en reconocer que los ODS son un referente ético, a la vez que operativo, para todos los Gobiernos y para toda la ciudadanía, entendidos como un nuevo contrato social global para construir el mundo y la Europa que queremos.

A nivel del **Gobierno de la Junta de Andalucía** destacan dos compromisos: [1] la constitución por el gobierno andaluz de la Comisión Delegada para la Agenda 2030 el 21 de marzo de 2023, y [2], el acuerdo de formulación de la ESA 2030 aprobado el 16 de mayo de 2023, documento que definirá las líneas estratégicas que marcarán las actuaciones en materia de salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía a medio y largo plazo, teniendo en consideración el horizonte temporal del año 2030.

Enfoque One Health



El Enfoque "One Health" o "Una sola salud" consiste en reconocer que la salud humana está íntimamente conectada con la de todos los seres vivos del planeta y nuestro medio ambiente común. Elementos como la diversidad biológica de los ecosistemas están vinculados con la salud, y esta identidad se ha de reflejar en las políticas públicas (Gyles, 2016).

One Health es un enfoque multisectorial e interdisciplinar en el abordaje de la salud humana con relación a otras áreas como la seguridad alimentaria (enfermedades de transmisión alimentaria relacionadas con la contaminación de los productos en cualquier fase de la cadena), la zoonosis o enfermedades infecciosas transmisibles de animales vertebrados a humanos, la resistencia a los antimicrobianos desarrollada por bacterias y vectores, la contaminación del agua y la atmósfera por contaminantes químicos debida a la actividad económica humana, las enfermedades transmitidas por vectores invertebrados, la virología, la ecología, etc. (Sánchez et al., 2022).

En febrero de 2021 se estableció la Alianza Cuatripartita, grupo de organismos internacionales interesados por abordar los riesgos de las relaciones entre seres humanos, animales y medio ambiente. Está compuesto por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA, antigua OIE) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). La Alianza presentó en 2023 el Plan de acción conjunto "Una sola salud" (2022-2026). Trabajar juntos por la salud de los seres humanos, los animales, las plantas y el medio ambiente (FAO; WHO; WOAH; UNEP, 2024). El Plan de Acción engloba una serie de actividades que las cuatro organizaciones pueden llevar a cabo en colaboración, incluido un modelo de Sistema de Vigilancia de "Una sola salud", una lista exhaustiva de factores de propagación de enfermedades zoonóticas y recomendaciones para reducir estos riesgos.

En mayo de 2024 se firmó un tratado internacional sobre la prevención, preparación y respuesta frente a las pandemias en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2024). El propósito del tratado es establecer disposiciones prácticas para abordar la prevención, la financiación adecuada para estar preparados ante una pandemia, el acceso equitativo a las respuestas médicas necesarias durante las pandemias y el fortalecimiento de la fuerza de trabajo. El tratado adopta el enfoque One Health, incluyendo compromisos para la detección, prevención, preparación y respuesta ante la pandemia en el frente de las zoonosis, a través de la actualización de los estándares y la formación al personal de los sectores de salud pública, medio ambiente y salud animal; así como, compromisos firmes para combatir la resistencia a los antimicrobianos.

Bajo este enfoque One Health, de reconocer que la salud humana está íntimamente conectada con la de todos los seres vivos y con nuestro medio ambiente, tiene coherencia enlazar con los efectos del cambio climático sobre la salud. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático (IPCC) de Naciones Unidas proporciona evaluaciones científicas periódicas sobre el cambio climático, sus implicaciones y posibles riesgos futuros ([Intergovernmental Panel on Climate Change \(IPCC\), 2023](#)). Por otro lado, el IPCC también aporta estimaciones de las posibilidades de sobrepasar el nivel de calentamiento global de 1,5° centígrados en apenas unas decenas de años o incluso 2° centígrados, que es el compromiso adquirido en los Acuerdos de París de 2015. Y lo que es aún peor, gran parte de este calentamiento es, a medio plazo, irreversible; y será crítico para la salud del ser humano y la preservación del ecosistema de la Tierra. A corto y medio plazo, los efectos del cambio climático sobre la salud vendrán determinados por la vulnerabilidad de las poblaciones, su resiliencia y el alcance de la adaptación al cambio climático ([Romanello et al., 2023](#)).

Los principales esfuerzos de planificación que adoptan explícitamente el enfoque "One Health" en Andalucía se relacionan con la vigilancia de la salud y con la resistencia a los antimicrobianos. En 2023, la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía articula los sectores sanitario, medio ambiental y agrícola ([AVISTA, 2023](#)). También en 2023 se formuló la Estrategia Andaluza frente a la Resistencia a los Antimicrobianos (ESARA) ([Acuerdo de 12 de junio de 2023, 2023](#)). Además, desde 2024, Andalucía participa en la segunda Acción Conjunta sobre Resistencia a los Antimicrobianos e Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (EU-JAMRAI 2) ([European Commission, 2024, p. 2](#)).

Salud en todas las Políticas

La Salud en Todas las Políticas (STP) es un enfoque de planificación que requiere tener en cuenta el impacto que puede tener la mayor parte de las decisiones públicas en la salud a través de los determinantes sociales. El enfoque ha de mantenerse durante todo el proceso de planificación, pero también en la implantación y en la evaluación de las políticas. Para ello se requiere una gobernanza que garantice la implicación de todos los sectores, que procurarán evitar los impactos negativos a la hora de formular sus políticas ([McQueen, 2012](#)).

El enfoque es también de importancia debido al creciente peso global de las enfermedades no transmisibles. La colaboración multisectorial es el principal método para gestionar la protección ante las enfermedades no comunicables. La STP aporta un marco adecuado para este tipo de colaboración, a través de la creación de redes de agentes de sectores como "*la agricultura, la comunicación, el consumo y la distribución, la educación, el empleo, la energía, el medio ambiente, las finanzas, los alimentos, los asuntos exteriores, la vivienda, la industria, la justicia y seguridad, el poder legislativo, el bienestar social, el desarrollo socioeconómico, los deportes, el comercio, el transporte, la planificación urbana y los asuntos juveniles*" ([World Health Organization, 2013a](#)).

Las primeras referencias a la estrategia de STP la encontramos en la Conferencia de Ottawa de 1986 ([World Health Organization, 1986](#)). En 2010 se produjo la Declaración de Adelaida de la OMS sobre la STP, que supuso un reconocimiento mundial del enfoque ([WHO and the Government of South Australia, 2010](#)). Previamente, la STP fue el tema principal durante la presidencia finlandesa de la Unión Europea del año 2006. Como consecuencia, el 18 de diciembre de 2007 tuvo lugar en Roma la Conferencia Ministerial de la UE sobre «Salud en Todas las Políticas: Logros y Retos». A ella asistieron todas las delegaciones ministeriales de sanidad de los 27 Estados Miembros de la UE, los cuales se comprometieron en una Declaración ([European Commission, 2007](#)) a 1) desarrollar proyectos STP enfocados en temáticas de alto potencial de mejora de salud; 2) reforzar los procesos multisectoriales de salud pública a todos los niveles territoriales; 3) intensificar la colaboración interestatal, con la

Comisión Europea y la OMS en esta clase de políticas; y 4) integrar la STP en los marcos ya existentes de evaluación.

En Andalucía, ya en 2011, la STP se incorporó a la normativa. En su artículo 4e), la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía establece como principio rector y marco de actuación para todas las Administraciones públicas de Andalucía este principio: *"Las actuaciones en salud pública se regirán por el principio de salud en todas las políticas, como estrategia de cooperación horizontal cuya finalidad es contribuir a la mejora de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud a través de las políticas y acciones de todos los sectores de gobierno, con especial atención a los sectores distintos del de salud con capacidad de afectar a las condiciones sociales y económicas que se encuentran en la base del estado de salud de la población."*

Tras la promulgación de la ley se han producido algunos avances en su desarrollo. Es de destacar la aprobación del Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En la actualidad se mantiene la consideración de la STP como un elemento esencial para trabajar la salud de manera transversal. Por otro lado, creada y regulada por el Decreto 77/2024, de 19 de marzo, la Comisión Interdepartamental para las Políticas Públicas relacionadas con la salud es un órgano colegiado de los previstos en el artículo 31 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía. La comisión tiene como objetivo general *"la coordinación de la acción administrativa en las actuaciones entre las diferentes Consejerías en el desarrollo de iniciativas de promoción, protección y educación para la salud".*

Así mismo, se puso en marcha la Red de Acción Local en Salud (RELAS), programa que recoge una metodología de trabajo para llevar la Salud en Todas las Políticas al nivel local y comprende un conjunto de actuaciones en un espacio de cooperación entre ambas instituciones: autonómica y municipal con el liderazgo de los gobiernos locales.

Adscrita a la Consejería de Salud, la Comisión Interdepartamental para las Políticas Públicas tiene como finalidad "establecer de forma permanente la coordinación de la actuación administrativa entre las diferentes Consejerías de la Administración de la Junta de Andalucía, como instrumento de cooperación horizontal para la mejora de la salud". Para lo cual tiene, entre otras, las funciones de propuesta de medidas y prioridades, la determinación de los cauces de colaboración entre consejerías, y el análisis de los problemas de salud.

Derecho a la salud digital

La salud digital es el ámbito de conocimiento y práctica relacionado con el desarrollo y empleo de tecnologías digitales con el fin de mejorar la salud, entendiéndose las siguientes áreas como parte de la salud digital: *inteligencia artificial, big data, sistemas de información en salud, internet de las cosas, interoperabilidad y telemedicina* (World Health Organization, 2020, pp. 2020-2025).

En mayo de 2005 tuvo lugar la 58^a Asamblea Mundial de la Salud, en cuya resolución WHA58.28 se instó a los Estados Miembros a fomentar el desarrollo de infraestructuras que permitan la aplicación de tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud según sea necesario, y promover el acceso universal, equitativo y asequible a los beneficios derivados de estas tecnologías (World Health Organization, 2005). En 2013 fue aprobada la resolución WHA66.24 acerca de normalización e interoperabilidad, que instó a los Estados Miembros a considerar el desarrollo de políticas y mecanismos legislativos relacionados con una estrategia nacional integral de salud digital (World Health Organization,

2013c). En 2018 fue aprobada la resolución WHA71.7, que instó a los Estados Miembros a un mayor empleo de las tecnologías digitales, como medio de promover un acceso equitativo, asequible y universal a la salud (World Health Organization, 2018).

Las dos primeras resoluciones son el germen de los trabajos iniciados en el año 2018 y que finalizaron en 2020 con la publicación de la “Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025”, en la que se promueve el apropiado empleo de las tecnologías digitales como bienes públicos adaptables a diferentes países y contextos, con el objetivo de abordar los retos presentes en los sistemas de salud, en búsqueda de la equidad en el acceso a los recursos digitales, asegurando que nadie quede atrás (World Health Organization, 2020).

El plan de acción de salud digital para la región europea de la OMS 2023-2030 describe en el primero de sus cinco principios la necesidad de un enfoque centrado en el paciente para el éxito de la adopción de las tecnologías digitales. Esto depende de la confianza pública en el uso de estas tecnologías y en la protección de los derechos fundamentales, especialmente en lo que respecta a la privacidad de los datos, y precisa, que tanto profesionales sanitarios como pacientes confíen en la salud digital para tomar decisiones informadas que contribuyan al bienestar de ellos mismos, sus familias y sus comunidades (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

En el año 2021, un estudio realizado por la Comisión Europea reflejó la desconfianza generada por el uso exclusivo de herramientas digitales en la toma de decisiones, poniendo de relieve, la necesidad de realizar una decisión colaborativa entre herramientas y profesionales. El mismo estudio reveló la disposición y confianza de los pacientes y ciudadanía en general a la consideración de las sugerencias ofrecidas por las herramientas, siempre y cuando sea en combinación de la opinión de las personas expertas (European Commission & Directorate-General for Communications Networks, 2021).

El sistema sanitario español establece la protección de la salud como uno de sus pilares fundamentales. La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce para todas las personas el derecho a la protección de la salud, siendo este especificado en las normativas desde una perspectiva integral que incluyen actividades de vigilancia, promoción y mantenimiento, actividades donde está concebido el empleo de herramientas y soluciones digitales. Resultado del crecimiento y desarrollo de la tecnología, y el empuje por parte de organismos internacionales para el desarrollo a nivel nacional de políticas y estrategias en relación a la salud digital, en el año 2021 se publica la “Estrategia de Salud Digital” en España, la cual alude a la importancia de que la transformación que implica la implantación de soluciones digitales en el ámbito sanitario debe estar al servicio de las personas, con el fin de implicar a cada individuo en el autocuidado de la salud, reforzar la relación profesional-paciente y profesional-profesional en aras de mejorar procesos de promoción de salud y prevención de la enfermedad y discapacidad, la seguridad del paciente y la asistencia sanitaria (Ministerio de Sanidad, 2021).

Ya en 2013 se publicó el “IV Plan Andaluz de Salud”, que incorporó en su 6º compromiso “Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población, la implementación de nuevas tecnologías para la prevención de enfermedades y la protección de la salud bajo criterios de innovación, sostenibilidad y eficiencia” (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

El Decreto 156/2022, de 9 de agosto establece en el artículo 6 que la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo será la encargada de asumir el “Diseño, seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Digital” y el “Diseño, seguimiento y evaluación de las estrategias, planes integrales y sectoriales”. La I Estrategia



de Salud Digital de Andalucía 2030 supone el inicio de un proceso cuyo objetivo es la contribución a la preservación y promoción de la salud, mediante la transformación digital del sistema, con un enfoque basado en el posicionamiento central del ciudadano en el sistema, en la capacitación de este y en la equidad del acceso a todas las personas ([Junta de Andalucía, 2022, p. 202](#)). Conforme a lo dispuesto en la Constitución Española, que establece el derecho a la protección de la salud, y considerando que la salud digital se presenta como una herramienta disponible para profesionales y ciudadanía, a través de la cual se busca alcanzar dicha protección, se establece una relación interdependiente entre la protección de la salud y la salud digital. En este contexto, la salud digital se emplea como una solución accesible para garantizar el derecho a la protección de la salud, proporcionando un acceso equitativo y seguro a servicios de salud mediante el uso de tecnologías digitales. Este enfoque abarca diversas áreas, tales como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la seguridad del paciente, la interoperabilidad y la seguridad de los datos, entre otros aspectos relevantes.

Perspectiva de género

La perspectiva de género ([Álvarez-Díaz, 2020](#)) se erige en principio orientador indispensable en las políticas de salud en Andalucía. Abordar adecuadamente la salud de las mujeres y de los hombres requiere considerar determinantes sociales e identificar aquellas desigualdades de género en salud ([Borrell et al., 2014](#)) que, por ser sistemáticas, injustas y evitables, deben ser objeto de intervención desde los poderes públicos. Las desigualdades de género conllevan distintas oportunidades para gozar de la salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, así como el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Partimos del modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sostiene que la contribución de la biología solo es una parte del complejo entramado de factores que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones, estando muchos de estos factores ligados al género. Este modelo toma una perspectiva interseccional y vincula el género con diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y largo plazo afectan a la salud, como son la clase social, la educación, las condiciones laborales o las desigualdades de poder. Además, el género se entiende como una categoría relacional, que no solo se refiere a la salud de las mujeres ([Pieretti et al., 2016; Rexrode et al., 2022](#)), sino a la interrelación entre mujeres y hombres y al modo en que se ordenan valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo.

Este planteamiento comienza por apelar a la distribución por sexo ([Bölte et al., 2023](#)) de los problemas de salud para, a continuación, abordar la multicausalidad de las enfermedades soslayando los sesgos de género que subyacen a los modelos teóricos y praxis sanitaria, tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico ([Muiésan et al., 2016; Ruiz-Cantero et al., 2020; Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004](#)). Sesgos de género en los que, en unos casos, se asume erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares, mientras en otros se estima que son diferentes cuando realmente no lo son, contribuyendo ambas aproximaciones al menoscabo de la salud de ambos sexos, pero más la de las mujeres. Muy al contrario, se trata de evitar extrapolar a la población los resultados de investigaciones realizadas exclusivamente con hombres, por invisibilizar la morbilidad y mortalidad diferencial. Pero asimismo se trata de huir de la tendencia a psicologizar ([Bacigalupe et al., 2020](#)), patologizar y sobremedicalizar la atención sanitaria de las mujeres, y poner de manifiesto la relación que existen entre rol de género y sintomatología.



De forma efectiva, la incorporación de la perspectiva de género a la planificación estratégica significa garantizar un igual derecho a la salud a mujeres y hombres, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones. Para ello, se toman en consideración la superación de las desigualdades de género, previamente identificadas, en la priorización de los problemas de salud, en la fijación de objetivos y medidas de actuación, así como en el diseño de indicadores para el seguimiento y la evaluación de las políticas de salud ([Escuela Andaluza de Salud Pública, 2018](#)).

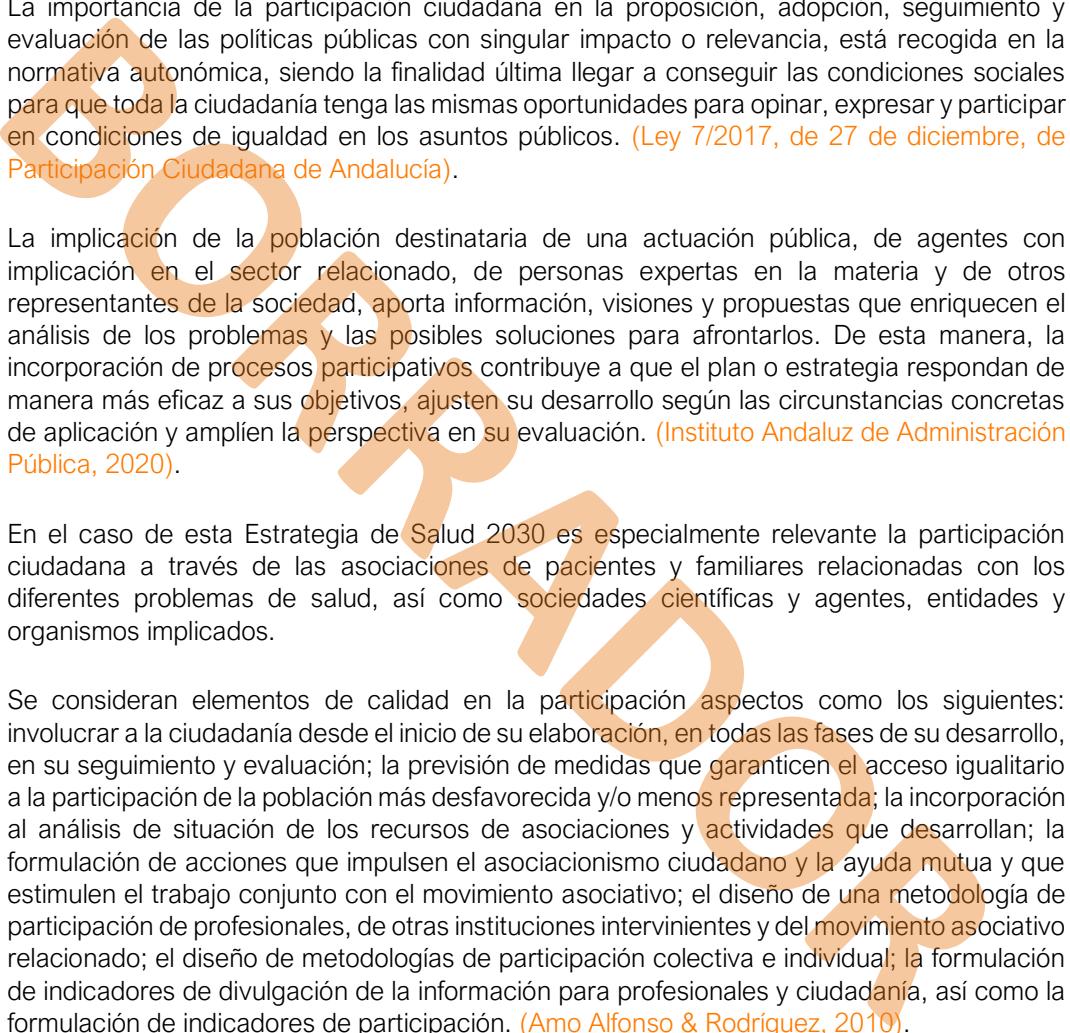
Enfoque participativo

La importancia de la participación ciudadana en la proposición, adopción, seguimiento y evaluación de las políticas públicas con singular impacto o relevancia, está recogida en la normativa autonómica, siendo la finalidad última llegar a conseguir las condiciones sociales para que toda la ciudadanía tenga las mismas oportunidades para opinar, expresar y participar en condiciones de igualdad en los asuntos públicos. ([Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía](#)).

La implicación de la población destinataria de una actuación pública, de agentes con implicación en el sector relacionado, de personas expertas en la materia y de otros representantes de la sociedad, aporta información, visiones y propuestas que enriquecen el análisis de los problemas y las posibles soluciones para afrontarlos. De esta manera, la incorporación de procesos participativos contribuye a que el plan o estrategia respondan de manera más eficaz a sus objetivos, ajusten su desarrollo según las circunstancias concretas de aplicación y amplíen la perspectiva en su evaluación. ([Instituto Andaluz de Administración Pública, 2020](#)).

En el caso de esta Estrategia de Salud 2030 es especialmente relevante la participación ciudadana a través de las asociaciones de pacientes y familiares relacionadas con los diferentes problemas de salud, así como sociedades científicas y agentes, entidades y organismos implicados.

Se consideran elementos de calidad en la participación aspectos como los siguientes: involucrar a la ciudadanía desde el inicio de su elaboración, en todas las fases de su desarrollo, en su seguimiento y evaluación; la previsión de medidas que garanticen el acceso igualitario a la participación de la población más desfavorecida y/o menos representada; la incorporación al análisis de situación de los recursos de asociaciones y actividades que desarrollan; la formulación de acciones que impulsen el asociacionismo ciudadano y la ayuda mutua y que estimulen el trabajo conjunto con el movimiento asociativo; el diseño de una metodología de participación de profesionales, de otras instituciones intervintentes y del movimiento asociativo relacionado; el diseño de metodologías de participación colectiva e individual; la formulación de indicadores de divulgación de la información para profesionales y ciudadanía, así como la formulación de indicadores de participación. ([Amo Alfonso & Rodríguez, 2010](#)).





Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



Contexto de salud en Andalucía

BORRADOR

07. Contexto de salud en Andalucía

Datos demográficos

En Andalucía viven 8,6 millones de habitantes, de los cuales el 51% son mujeres y el 49% varones. Su superficie alcanza los 87 268 km². La población se concentra en las grandes ciudades del Guadalquivir y Genil, y en la costa del Estrecho y Mediterránea. Tanto en superficie como en población Andalucía supera a la mitad de los países de la UE (por ejemplo, está más poblado que países como Bulgaria, Dinamarca o Finlandia, y ocupa un territorio mayor que Austria, la República Checa, o Irlanda).

Como buena parte del sur de Europa, la población andaluza se caracteriza por una baja mortalidad y una todavía más baja natalidad, con la consecuencia de un crecimiento vegetativo negativo desde 2018 ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2023b](#)). En 2022 la Tasa Bruta de Natalidad se cifraba en 737 por cada 100.000 habitantes, mientras que la Tasa Bruta de Mortalidad se elevaba a 924 (960 los hombres y 888 las mujeres), por lo que se perderían anualmente 187 de cada 100.000 personas ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2021](#)).

En cambio, las corrientes migratorias se han recuperado respecto a la anterior década, y en 2022 han alcanzado valores similares a los de inicios del siglo XX (con una tasa bruta de saldo migratorio de 1041 por 100.000). La dinámica poblacional en conjunto es positiva, con un incremento bruto anual en 2022 de 854 personas por 100.000. Las últimas proyecciones poblacionales, de 2018, indican que en un escenario medio la población andaluza se mantendrá en torno a los 8,4 millones de habitantes hasta 2040, y a partir de dicho momento comenzará paulatinamente a descender ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2018a](#)).

Por tanto, estamos ante una población envejecida con una elevada esperanza de vida al nacer (79,17 años para los hombres y 84,54 años para las mujeres en 2022) ([Instituto Nacional de Estadística, 2022b](#)) y una alta edad promedio (41,78 los hombres, 44,11 las mujeres) ([Instituto Nacional de Estadística, 2023a](#)). En el contexto nacional, Andalucía se encuentra entre las más jóvenes y con menor esperanza de vida. El grupo de edad más numeroso es el formado por quienes nacieron entre 1960 y 1980, generación que se encuentra actualmente en la edad madura ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2018b](#)).

La esperanza de vida saludable en Andalucía se eleva a los 79,5 en 2019 (77,81 los hombres, 81,11 las mujeres), frente a una esperanza de vida de 82,5 (79,76 y 85,25, respectivamente), por lo que se enfrentan a importantes limitaciones durante los 3 últimos años de su vida (2 entre los hombres, 4 entre las mujeres) ([Ministerio de Sanidad, 2023](#)). Entre 2006 y 2019 se observa un incremento mayor de la esperanza de vida que de los años de vida saludable, por lo que asistimos a un escenario de expansión de la morbilidad. Actualmente se puede estimar que el 5% de los años de vida en Andalucía son años de vida limitada.

Determinantes sociales de la salud

La salud de las personas depende de una compleja interacción entre factores biológicos, individuales, sociales y ambientales. La OMS ha destacado la importancia de los determinantes sociales de la salud, que abarcan las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos.

La OMS calcula que un 24% de la carga mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales. Las condiciones de cada zona (sanitarias, industriales, económicas, sociales, etc.) y las circunstancias en las que viven las personas tienen una gran influencia en la manera en la que el medio ambiente afecta a la población. Pero la carga de morbilidad y mortalidad no se distribuye por igual en todos los sectores de la población, estando mediada principalmente por los **determinantes sociales de la salud**, definidos por la OMS como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, es decir, el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectiva. Estos determinantes incluyen factores como la renta, el empleo, la educación, el entorno físico y social, que tienen una influencia directa en nuestro bienestar y en la calidad de vida de las comunidades. Andalucía, a pesar de haber enfrentado importantes retos socioeconómicos, ha experimentado avances significativos en la mejora de estos determinantes a lo largo de las últimas dos décadas, lo que ha repercutido positivamente en la salud de su población.

En el ámbito de la **renta** y el **empleo**, Andalucía ha logrado progresos notables en los últimos 20 años. Aunque la región sigue enfrentando desafíos, especialmente en términos de renta media y tasas de pobreza, es importante reconocer los avances en la creación de empleo y la mejora de las condiciones laborales. En los últimos años, la tasa de paro ha experimentado una reducción significativa (17,6), situándose en niveles históricos bajos en comparación con décadas anteriores ([Instituto Nacional de Estadística, 2022c](#)). A pesar de que la tasa de paro femenina sigue siendo más elevada que la masculina (20,7 frente a 14,9), las políticas públicas orientadas a la mejora de la inclusión laboral y el fomento del empleo en sectores estratégicos han impulsado la reducción de la **desigualdad** en el acceso al empleo.

En términos de renta, si bien la renta media por persona de Andalucía sigue siendo una de las más bajas de España [11.719€, en 2024 ([Instituto Nacional de Estadística, 2024](#))], la evolución hacia una distribución de ingresos más equitativa ha sido positiva. El coeficiente de Gini, que mide la desigualdad en la distribución de la renta, ha mejorado ligeramente en los últimos años. La distribución de la renta en Andalucía, medida por el coeficiente de Gini, se elevaba a 32,1 en 2021 ([Instituto Nacional de Estadística, 2023a](#)), en niveles algo inferiores que para el conjunto del país (33,0) y superiores al conjunto de UE27 (30,2) ([EUROSTAT, 2024](#)). Aunque persisten diferencias, los esfuerzos por mejorar la cohesión social y reducir la pobreza han contribuido a una mayor integración económica en la región. Estos avances en el empleo y la mejora de la renta son determinantes clave en la salud, ya que un empleo de calidad y una renta adecuada favorecen el acceso a servicios sanitarios, una mejor alimentación y condiciones de vida más saludables, lo que impacta de manera directa en la prevención de enfermedades crónicas.

La **educación** ha sido otro de los campos en los que Andalucía ha experimentado una evolución notable en los últimos 20 años ([Instituto Nacional de Estadística, 2022a](#)). La tasa de abandono escolar temprano, que en 2004 alcanzaba un 32,2%, ha disminuido significativamente hasta situarse en un 15,3% en 2022 ([Instituto Nacional de Estadística, 2023b](#)), lo que representa una mejora sustancial en el acceso y permanencia en el sistema educativo. Esta reducción en el abandono escolar temprano no solo refleja un cambio positivo en la calidad del sistema educativo, sino que también tiene un impacto directo en la salud de la población, ya que un mayor nivel educativo está asociado con un mejor acceso a información sobre hábitos saludables y una mayor capacidad para gestionar las propias condiciones de salud. A pesar de que la región sigue presentando niveles educativos inferiores al promedio nacional, los avances en la incorporación de cohortes más formadas y la mejora en la salida de cohortes con menores niveles educativos son evidentes.

La **vivienda** y el **entorno físico** en el que vivimos tienen un impacto directo en nuestra salud. En las últimas dos décadas, Andalucía ha logrado importantes avances en la mejora de las condiciones de la vivienda y el entorno urbano ([Instituto Nacional de Estadística, 2023a](#)). Aunque aún persisten desafíos, como el hacinamiento en algunas viviendas y la falta de acceso a espacios verdes en ciertas áreas urbanas, se han producido mejoras sustanciales en la calidad de vida de los andaluces. Uno de los avances más destacables ha sido la mejora en las infraestructuras urbanísticas y el aumento de proyectos destinados a revitalizar barrios y mejorar la accesibilidad a servicios básicos ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2018a](#)). El acceso a una vivienda digna y a un entorno saludable tiene un impacto directo en la reducción de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y psicológicas, lo que demuestra que las inversiones en la calidad de la vivienda son fundamentales para la salud de la población. Además, la creciente conciencia sobre la sostenibilidad y el medio ambiente ha propiciado iniciativas dirigidas a la mejora de la calidad del aire, la reducción de la contaminación y la creación de entornos urbanos más saludables, lo que también contribuye a la mejora de la salud colectiva.

El **bienestar subjetivo**, que refleja el grado de satisfacción de la población con su vida, ha mostrado una evolución positiva en Andalucía, aunque todavía existen desafíos por abordar. A pesar de que el porcentaje de población satisfecha con su vida es algo inferior al de la media nacional (67,3% Andalucía, 70,4% a nivel nacional), se ha registrado una mejora en las últimas décadas ([Instituto Nacional de Estadística, s. f.](#)). La satisfacción con el tiempo libre, las relaciones personales y la situación económica son algunos de los aspectos en los que los andaluces han experimentado una mejora, lo que sugiere que, en términos generales, el bienestar social ha aumentado ([Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2022a](#)).

Aunque la insatisfacción con los servicios públicos, especialmente en el ámbito sanitario, sigue siendo una preocupación, la tendencia en las últimas décadas ha sido de mejora en la accesibilidad y calidad de los servicios de salud ([Centro de Investigaciones Sociológicas, 2023](#)). Las políticas públicas orientadas a mejorar la atención primaria y hospitalaria están ayudando a reducir las desigualdades en el acceso a la salud y a mejorar la percepción de la calidad de los servicios sanitarios, aunque aún queda trabajo por hacer.

En cuanto a los **nuevos determinantes sociales** emergentes, la **salud mental** ha adquirido una creciente relevancia en las políticas sanitarias de Andalucía. A lo largo de los últimos años, ha habido un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de servicios de salud mental y mejorar la visibilidad de los trastornos psicológicos, especialmente en un contexto de creciente estrés social y económico. La promoción de la salud mental, junto con la reducción del estigma asociado a los trastornos psicológicos, se ha convertido en una prioridad dentro de las políticas de salud pública.

Otro determinante importante es el **género**. En los últimos años, se ha avanzado en la implementación de políticas que fomentan la igualdad de género en el ámbito laboral y social, lo que tiene un impacto directo en la salud de las mujeres. Las políticas de empleo, la mejora de las condiciones laborales y la reducción de las desigualdades salariales han favorecido el bienestar de las mujeres, mejorando su calidad de vida y su acceso a una salud de calidad.

Por último, la **comunidad** juega un papel fundamental en la promoción de la salud. La creación de entornos saludables, el fomento de la solidaridad social y la mejora de las redes de apoyo comunitario son factores cruciales para reducir las desigualdades en salud. En Andalucía, se ha dado un impulso significativo a la participación comunitaria en el diseño de políticas de salud, lo que fortalece la cohesión social y favorece el bienestar colectivo.

Modelo de activos para la salud: Una visión positiva de la salutogénesis

El modelo de activos para la salud (Bodryzlova et al., 2024; Lisón Loriente et al., 2025) propone un enfoque transformador en la planificación y promoción de la salud, orientado a fortalecer los recursos presentes en las comunidades para mejorar la salud y el bienestar de sus miembros. Este modelo parte de la premisa de que los factores que contribuyen a la salud no solo están relacionados con la ausencia de enfermedades, sino con los recursos que las personas y las comunidades tienen para mantener su bienestar físico, mental y social.

A diferencia de los modelos tradicionales de atención sanitaria que se centran en los problemas de salud y las patologías, el enfoque basado en activos se concentra en lo positivo, en lo que ya existe dentro de las comunidades que facilita el bienestar. En este sentido, los activos son identificados y movilizados para empoderar a los individuos y grupos, promoviendo su participación activa en la gestión de su propia salud. Esto incluye recursos como la red social, las habilidades personales, el capital social y los espacios saludables en el entorno físico, que pueden actuar como facilitadores del bienestar individual y colectivo.

El modelo de activos para la salud se sustenta sobre la visión salutogénica (Pérez-Wilson et al., 2021), la cual entiende la salud como un estado positivo de bienestar en lugar de solo la ausencia de enfermedad. Esta perspectiva se opone al enfoque tradicional patógeno, que se enfoca en las causas de la enfermedad y en la intervención reactiva. La salutogénesis se centra en los factores que promueven la salud, tales como el sentido de coherencia, el capital social, y la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud (Sobrino Armas et al., 2018). En este contexto, el modelo de activos promueve una atención integral que no solo aborde los problemas de salud existentes, sino que también busque fortalecer los factores que generan salud y bienestar (Cofiño et al., 2016; EClinicalMedicine, 2021).

Es importante destacar que, en la práctica, el enfoque basado en activos no reemplaza a los determinantes sociales de la salud, sino que los complementa. Mientras que los determinantes sociales se enfocan en los factores externos que afectan la salud, como las condiciones socioeconómicas y ambientales, el modelo de activos se concentra en los recursos internos de las comunidades. De este modo, se crea un enfoque más holístico, que no solo busca mitigar los efectos de las desigualdades sociales, sino que también promueve la equidad en salud y fortalece la capacidad de las personas y las comunidades para gestionar su salud de manera autónoma y sostenible.

El modelo de activos para la salud ha demostrado ser una herramienta valiosa para fomentar la salud comunitaria en Europa ("Community Health Exchange" en Escocia, "Social Prescribing" en el Reino Unido), España ("Red de Activos para la Salud Comunitaria" de Madrid, "Salud en los Barrios" en Cataluña) y Andalucía ("Red Andaluza de Salud Comunitaria", "Programa de Prescripción Social en Andalucía"). A través de la identificación y movilización de recursos locales, estas iniciativas promueven la participación activa de las comunidades, empoderándolas para mejorar su salud y bienestar. Este enfoque no solo reduce la dependencia de los servicios de salud, sino que también contribuye a crear entornos más saludables, inclusivos y sostenibles. La implementación exitosa de este modelo en diferentes contextos muestra su potencial para ser una estrategia clave en la promoción de la salud en diversas regiones.

Estilos de vida

El factor de riesgo que globalmente produce más muertes es la tensión arterial alta, a la que se deben 10,8 millones de muertes, seguida del consumo de tabaco (8,7 millones de muertes) ([GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020](#)). Se estima como las causas más importantes de enfermedades evitables la dieta pobre en nutrientes, la inactividad física, la elevada masa corporal y el consumo de tabaco o de alcohol, sabiendo que la adopción de factores de riesgo en el comportamiento habitual de las personas puede manifestarse en la forma de patologías.

Dieta

A pesar de la dificultad metodológica de los estudios de nutrición, la mejor evidencia muestra cómo el control de la dieta es decisivo para la salud. Esto se confirma a través de revisiones sistemáticas y metaanálisis tanto para la población general ([Shan et al., 2020](#)) como para la prevención secundaria o con factores de riesgo como la hipertensión ([Gibbs et al., 2021](#)) o diabetes ([Bonekamp et al., 2024](#)). Debido a la transición nutricional observada en nuestro país desde los años 60 del siglo pasado, nos encontramos en la situación de gestionar el exceso de saldo calórico. Por otra parte, la transición nutricional (proceso que conduce de una dieta localista, estacional, eminentemente vegetariana, a una dieta diversificada, excesiva, desequilibrada y globalizada) tiene efecto sobre la clase de alimentos disponibles: cada vez hay una mayor diversidad en los mercados y despensas, con una proporción creciente de productos animales y elaborados.

Ante su disponibilidad el consumo de carne roja alcanza niveles diarios, e incluso en cada comida ($7,4 \pm 4,7$ veces/semana), lo que quintuplica el consumo de 1960 ([Sotos Prieto et al., 2011](#)). Las grasas vegetales de baja calidad, añadidas a muchos alimentos, arrojan el resultado de un consumo de lípidos de peor perfil peor que en los años sesenta. Los ácidos grasos saturados se consumen por encima de los límites, habiéndose triplicado el consumo de poliinsaturados. Igual sucede con los azúcares añadidos, presentes especialmente en las bebidas, así como la carne y los huevos, mientras que se ha reducido la ingesta de legumbres, la mayoría de los granos y otras verduras.

La mayoría de estos cambios se reflejan en la dieta española, donde desde los años sesenta hasta la actualidad ha aumentado el peso de aceites vegetales, carne y lácteos sobre el total de calorías, mientras que lo han perdido cereales y patatas. El consumo de hortalizas ha experimentado también una importante disminución. En conclusión, la dieta mediterránea está extendida solamente entre la población de más edad, socializada en la elaboración doméstica de alimentos frescos, en el consumo de fruta, verdura y legumbres. La pauta se encuentra en declive entre las cohortes más jóvenes.

Actividad física

También una pléthora de estudios demuestra cómo la actividad física reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida ([Posadzki et al., 2020](#)), específicamente a través de la mejora de la salud cardiovascular y con independencia de otros factores ([Hall et al., 2020](#)). A nivel global, y también en Andalucía, ha habido una reducción generalizada del esfuerzo físico relacionada especialmente con la mecanización del entorno, y que se traduce en un menor consumo de calorías. Las Encuestas Nacionales de Salud muestran cómo la población andaluza es algo menos sedentaria en su actividad cotidiana, y con diferencias entre hombres y mujeres. En cambio, el consumo calórico se concentra para amplios sectores de la población en el tiempo de ocio ([Ministerio de Cultura y Deportes, 2022](#)). La práctica de deporte está extendida entre la población de Andalucía a un nivel similar al que encontramos en el conjunto del país. Los

varones hacen deporte con más frecuencia que las mujeres, y la actividad decrece con la edad.

Exceso de peso

Del mismo modo, el exceso de peso contribuye a desarrollar factores de riesgo como dislipemia, hipertensión, diabetes, etc., o directamente y en ausencia de estos factores a un riesgo de mortalidad más elevado (Powell-Wiley et al., 2021). Como resultado de un saldo calórico excesivo, se ha producido en España un crecimiento en la masa corporal durante los últimos 25 años. El IMC medio ha aumentado un punto entre 1993 y 2017, pasando de un valor en la región de normopeso (24,8) a otro en la región del sobrepeso (25,8). El porcentaje de población con exceso de peso ($IMC > 25$) se sitúa en el 54,5% para el conjunto de España, y en el 58,5% para Andalucía. Se constata un creciente dimorfismo sexual¹, de forma que hay 16 puntos de distancia en este indicador entre hombres y mujeres en el conjunto de España, 14 en Andalucía.

Consumo de tabaco

Los riesgos asociados al consumo de tabaco son conocidos desde hace tiempo, siendo la principal causa preventible de enfermedades cardiovasculares (WHO, 2015) por lo que el cese en el hábito mejora de manera importante la salud cardiovascular de pacientes coronarios (Wu et al., 2022) y reduce el riesgo de desarrollo de cáncer. Si bien la reducción del consumo no anula de inmediato los riesgos (Chang et al., 2021).

El hábito del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de Andalucía se extiende a la quinta parte de la población (23,3% la prevalencia de consumo diario de tabaco en 2024), cifra muy similar a la que se observa en el conjunto de España (Ministerio de Sanidad, 2017). No obstante, desde la consideración sanitaria, casi la mitad de la ciudadanía andaluza fuma actualmente o ha fumado, por lo que podría presentar secuelas de su hábito. Las mujeres se cuentan más que los varones entre quienes no han fumado jamás: un 55,2% de ellas nunca lo ha hecho, frente a un 41,4% de los hombres. Los datos del estudio de “La población andaluza ante las drogas” (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022) nos muestran cómo el hábito, que está retrocediendo a nivel global desde los años 80 (Ng et al., 2014), lo hace también desde el inicio de siglo en Andalucía.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol supone un riesgo para la salud en general (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018), y específicamente para la cardiovascular (Ronksley et al., 2011). Se señala un efecto cardioprotector, verificado para un consumo realmente muy pequeño (media copa de vino a la semana) (Ding et al., 2021) o nulo (Arora et al., 2022). Los niveles de consumo de bebidas alcohólicas en Andalucía son inferiores a los que se observan en España (el 76,5% lo ha consumido en el último año frente al 67,4% en la comunidad andaluza). El consumo es mayor en hombres que en mujeres para todos los indicadores (Ministerio de Sanidad, 2017). El porcentaje de abstemios es inferior, tanto entre hombres como entre mujeres, y se encuentra un porcentaje mayor de población en los niveles de consumo semanal y diario. Hasta la mitad de los varones andaluces beben con frecuencia al menos semanal, proporción que entre las mujeres andaluzas se reduce a la cuarta parte.

1 Los seres humanos exhiben diferencias sexuales en el patrón de crecimiento que son conocidas como dimorfismo sexual del crecimiento. El dimorfismo sexual se expresa fundamentalmente en el tamaño, la forma y la composición corporal. Los varones adultos tienen, en promedio, mayor tamaño corporal y masa muscular que las mujeres; y éstas a su vez, tienden a presentar mayor porcentaje y una distribución corporal de la adiposidad diferente.



Bienestar emocional

La declaración de Alma Ata establece como el primero de sus principios que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental ([Organización Mundial de la Salud, 1978](#)). A su vez, la OMS considera la salud mental como "Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" ([Galderisi et al., 2015; World Health Organization, 2011](#)).

La población en riesgo de sufrir un trastorno de salud mental en la población española se cifra en el 18,0%, situación que no está igualmente distribuida en la sociedad, sino que se concentra en determinados colectivos ([Ministerio de Sanidad, 2017](#)). Así, la padecen el 13,9% de los hombres y el 21,9% de las mujeres. Aunque la mayor parte de personas tienen un importante nivel de resistencia a las situaciones negativas, los riesgos de mala salud mental aumentan en los entornos adversos. Por lo tanto, en la salud mental influyen rasgos individuales, y también factores sociales ([World Health Organization, 2013b, p. 2](#)).

Desde los organismos internacionales existen importantes esfuerzos para promover la salud mental y el bienestar emocional. Destacan el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar ([European Commission, 2008b](#)) y el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030 ([World Health Organization, 2013b](#)), que incorpora como principios que todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar el bienestar mental en el curso de su vida, la importancia de que se utilicen prácticas basadas en la evidencia, la necesaria implicación de todos los sectores y el propósito de emancipación de las personas con dificultades de salud mental.

En 2021 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 ([Ministerio de Sanidad, 2022a](#)). Incluye líneas y objetivos similares a los instrumentos internacionales anteriormente señalados, con énfasis en la promoción y la prevención, un enfoque basado en derechos y una atención que pretende la recuperación de la persona en el ámbito comunitario.

En Andalucía, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza, se aprobó el 2 de abril de 2024 la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía para promover los hábitos saludables en toda la población y edades, mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos de vida y en todas las políticas, y actuaciones sobre los determinantes que generan desigualdades en salud. Así mismo, propone potenciar los activos personales y comunitarios que generan salud a lo largo de la vida, para que la ciudadanía pueda afrontar el día a día con mayores cotas de bienestar.

Sexualidad responsable

En numerosas ocasiones la UE ha afirmado que el enfoque de la salud y los derechos sexuales y reproductivos requiere un enfoque positivo y respetuoso, que incluye el derecho a tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia, y el acceso a formación, información y atención sanitaria adecuada ([European Commission, 2020; The Diplomatic Service of the European Union, 2020](#)). La salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos son parte inherente de la igualdad de género y del derecho a la salud.

Existe un reto decisivo y creciente en la extensión de percepciones distorsionadas de la sexualidad entre menores, adolescentes y jóvenes, quienes acceden cada vez en mayores



porcentajes y a edades cada vez más tempranas a la pornografía (Ballester Brage & Orte Socías, 2019). Con estas circunstancias, cobra relieve la postura de la OMS acerca de la necesidad de una educación afectivo sexual integral y adaptada a cada edad. Las revisiones sistemáticas de la literatura muestran evidencia de que la educación sexual integral desde la educación primaria previene la violencia de pareja y el abuso sexual infantil, y promueve relaciones saludables (Goldfarb & Lieberman, 2021).

Uso de tecnologías de relación, información y comunicación (TRIC)

Internet ha supuesto la redefinición radical del funcionamiento de la sociedad, generando nuevas formas de sociabilidad. A pesar de las preocupaciones, es preciso señalar que las TRIC no son necesariamente negativas, sino que constituyen instrumentos a los que se puede dar un uso extremadamente diverso; permitiendo desde el ámbito de la salud avances en materias tan variadas como la promoción de hábitos saludables, la vigilancia epidemiológica, el envío de recordatorios de asistencia a consultas o recuerdos de nuevas dosis de vacunación, la mejora de la comunicación entre las personas que cuidan y familias con sus profesionales sanitarios o el acceso a los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto a las personas más jóvenes (infancia y adolescencia), el uso de TRIC en el ocio tiene una dimensión positiva como oportunidad de aprendizaje y socialización más amplia. Sin embargo, si no se ofrecen pautas y estrategias para un uso positivo y responsable, pueden resultar perjudiciales por restar tiempo a otras actividades como el deporte, las actividades culturales o las relaciones con la familia y amistades. Sin poderse descartar efectos sobre el bienestar, por aislamiento, ansiedad, menor autoestima o falta de atención (Consejería de Salud y Consumo, 2024a).

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la población mundial (Amini et al., 2021), europea (Gaeta et al., 2017), española y andaluza. En Andalucía (Castillo Sánchez & Márquez Calderón, 2021; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2023a) en el año 2021 murieron 22.394 personas por enfermedades del sistema circulatorio, un 28,2% de las fallecidas en 2021. La muerte por enfermedad circulatoria es más frecuente entre las mujeres (31,11%) que entre los varones (25,39%), con una diferencia superior a 5 puntos, mayor que en el conjunto del país.

Respecto a la mortalidad por patologías cardiovasculares específicas, la mayor parte de las personas fallecidas en Andalucía en los últimos 20 años por **Insuficiencia Cardíaca** lo ha hecho a partir de los 70 años (Garrido y Márquez, 2022: 56). Las muertes de mujeres por esta enfermedad son más del doble que las de varones. En Andalucía la edad de quienes fallecen por esta enfermedad es más baja que en el nivel nacional, sobre todo entre las mujeres (Garrido Hernández & Márquez Calderón, 2022).

Entre quienes fallecieron por **Infarto Agudo de Miocardio** hay más varones, y al menos en el caso de estos, un tercio de las defunciones se producen antes de los 70 años. Sin diferencias que destacar entre Andalucía y el conjunto de España, la evolución ha sido francamente favorable en ambos territorios, de forma que las actuales tasas estandarizadas de mortalidad son un tercio que las de inicios del siglo XXI en el caso de los varones, y la cuarta parte en el de las mujeres (Garrido Hernández & Márquez Calderón, 2022). Por último, las otras

Enfermedades Isquémicas del Corazón son también patologías más característicamente masculinas en edades tempranas.

La Encuesta Nacional de Salud de 2017 ([Ministerio de Sanidad, 2017](#)) permite comparar la prevalencia del infarto de miocardio, angina de pecho y otras enfermedades del corazón en Andalucía y España. Las cifras disponibles son similares en ambas poblaciones, con escasas diferencias. [Infarto de miocardio (0,70 España; 0,65 Andalucía); Angina de pecho (0,97 España; 0,74 Andalucía) y Otras enfermedades del corazón (4,60 España; 4,73 Andalucía)]. La Insuficiencia Cardíaca se trata de una enfermedad bastante feminizada, con una sex ratio superior a 100. Y muy vinculada al envejecimiento. A partir de los 60 años las tasas son cada vez mayores, tanto para varones como para mujeres, alcanzándose prevalencias de 2.500 por cada 10.000 personas entre los 90 y los 94 años. En cambio, la Cardiopatía Isquémica es mucho más prevalente entre los varones que entre las mujeres, con más del doble de casos entre varones. La distribución por sexo y edad muestra, además, que los varones debutan más temprano en esta enfermedad, con tasas de prevalencia que resultan ya elevadas a partir de los 60 años, a un nivel que entre las mujeres no se registra hasta 15 años después.

Respecto al **estado de los programas de prevención**, la salud cardiovascular comienza, desde el punto de vista poblacional, con un enfoque preventivo. El enfoque preventivo más amplio con el que se dota nuestra comunidad autónoma se encuentra en la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. Tiene como objetivo "*promover los hábitos saludables en toda la población y edades, mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos de vida y en todas las políticas*".

En un segundo escalón de la prevención se encuentra el diagnóstico temprano, a través de estrategias de cribado de riesgo cardiovascular. En la edición más reciente de la Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (2021) ([Visseren et al., 2022](#)) aparecen estrategias de cribado poblacional como la estimación de riesgo no fatal y fatal a 10 años con SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation) y SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Evaluation - Old Persons) en menores o mayores de 70 años. En los sistemas de información sanitaria de Andalucía, Diraya, están disponibles los test de riesgo SCORE2 y SCORE2-OP, si bien, por razones técnicas, la información no queda almacenada de manera óptima.

Desde 2018, el SSPA cuenta con el **Código Infarto**, redes de asistencia al infarto agudo de miocardio (IAM) enfocadas a la disminución de los índices de morbilidad por esta enfermedad, y que suponen la coordinación de todos los recursos de asistenciales y de transporte mediante un abordaje multidisciplinar e interniveles. Según datos de la Consejería de Salud y Consumo de marzo de 2024, en Andalucía se registran tasas de reperfusión del 97% en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (SCACEST), preferentemente a través de la intervención coronaria percutánea primaria, mientras que en 2014 esa tasa se quedaba en el 50,9%.

Respecto a los recursos de atención especializada en salud cardiovascular son más escasos en Andalucía que en el resto de Comunidades Autónomas. La cifra de cardiólogos por 100.000 habitantes es 4,3 en Andalucía, frente 6 a nivel nacional. Las camas de hospitalización de cardiología en Andalucía son menores por 100.000 habitantes en Andalucía frente al resto del país, aunque las salas de hemodinámica y de electrofisiología son proporcionalmente más altas por habitante en Andalucía que en el resto del país.

Entre los indicadores de resultados de la atención sanitaria, un indicador clave de la eficacia de la atención es la letalidad, entendida como el número de muertes entre casos diagnosticados por determinada causa calculado a los 28 días, y conocida como tasa de

mortalidad intrahospitalaria. La razón de mortalidad intrahospitalaria estandarizada ajustada por riesgo (RAMER) para el total de enfermedades cardiovasculares es peor en Andalucía (10,04) que en España (8,14) y también para la Insuficiencia cardíaca [Andalucía (16,23), España (12,07)].

Ictus

El ictus sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Andalucía. Según datos de la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía ([Consejería de Salud, 2012a](#)), las enfermedades cerebrovasculares, dentro de las cuales el ictus ocupa un lugar predominante, son responsables de más del 27% de las muertes en la comunidad autónoma. La prevalencia de enfermedades cerebrovasculares ha aumentado en la región, especialmente entre la población mayor de 65 años. La incidencia de ictus en Andalucía es elevada, registrándose anualmente 20.000 casos, con una tasa de más de 200 casos por 100.000 habitantes, que refleja un patrón de crecimiento constante. Este aumento se debe, en gran medida, al envejecimiento de la población y al incremento de factores de riesgo modificables, tales como la hipertensión arterial y la diabetes.

En 2020, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 65 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que muestra una mejora respecto a años anteriores, sin embargo, la mortalidad por ictus sigue siendo significativamente más alta que en el resto del país. Las mujeres son las más afectadas, ya que el ictus es la principal causa de muerte entre las mujeres andaluzas.

En términos de prevalencia, se ha observado un incremento de la incidencia de enfermedades cerebrovasculares en la población andaluza, con un crecimiento anual promedio del 4,9% desde 2014. En cuanto a los factores de riesgo modificables, la hipertensión arterial y la dislipemia siguen siendo los más prevalentes, seguidos de la diabetes mellitus y la fibrilación auricular, lo que resalta la importancia de mejorar el control de estas condiciones en la población para reducir la incidencia de ictus ([Stroke Alliance for Europe, 2018](#)).

El **Código Ictus** ha sido ampliamente implementado en Andalucía en la última década, con el fin de agilizar el tratamiento de los pacientes en fase aguda de ictus. Este sistema coordina la atención entre los servicios de urgencias, los equipos de neurología y las unidades especializadas para asegurar una intervención temprana. Andalucía cuenta con 68 Unidades de Ictus, habiéndose implementado la mitad sólo últimos 7 años. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, la capacidad de camas de Unidades de Ictus no alcanza la recomendación de 1 cama por cada 100.000 habitantes, y se estima que la región necesita aumentar el número de camas de forma urgente.

El Centro Andaluz de Teleictus (CATI) ha sido fundamental para mejorar la atención a pacientes en zonas rurales, garantizando que los tratamientos de reperfusión como la trombólisis intravenosa puedan iniciarse incluso en hospitales comarcales. Sin embargo, se requiere mejorar la logística de transporte sanitario para optimizar los tiempos de atención.

En cuanto a la apuesta por la tecnología aplicada a la atención del ictus y sus secuelas, Andalucía ha mejorado en el uso de neuroimagen avanzada y tratamientos como la trombectomía mecánica. Estos avances han permitido mejorar los resultados funcionales de los pacientes con ictus isquémico grave. Además, la expansión de la telemedicina a través del CATI ha facilitado la consulta remota con especialistas, lo que ha permitido un diagnóstico más rápido y el inicio de tratamientos en fases tempranas, mejorando las posibilidades de recuperación.

Por último, señalar que un factor clave en la situación del ictus en Andalucía es el envejecimiento poblacional. Este fenómeno aumentará la carga de enfermedades cerebrovasculares, lo que requiere de una planificación a largo plazo de recursos y políticas de prevención (Simal Hernández et al., 2021). Además, la rehabilitación post ictus es otro aspecto que necesita mejoras, ya que la discapacidad asociada al ictus sigue siendo un problema importante. En este sentido, reseñar que, en Andalucía, más de 12.000 personas con diagnóstico de ictus tienen una discapacidad superior al 33%.

Enfermedades respiratorias crónicas

Asma

Según datos de diferentes estudios, la prevalencia de **asma** en personas adultas en España es del 5,5%; de ellas, el asma grave supone el 7,7% (Domingo Ribas et al., 2020), mientras que en adolescentes la prevalencia de asma es el 9,7% (Asher et al., 2020). No existen datos actualizados para Andalucía. Por otro lado, son escasos los estudios sobre la incidencia del asma en España (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, s. f.), aunque se conoce que, cada año, su desarrollo es más frecuente en la edad infantil que en la adulta. La incidencia de asma en adultos en España es de 5,5 por 1.000 personas-año (6,9 en mujeres; 4,0 en hombres) (Basagaña et al., 2001). Además, los datos para Andalucía indican una incidencia de asma en adultos de 4,8 casos por 1.000 personas-año y en la edad infantil de 15,7 casos/1.000 personas-año (Pereira Vega et al., 2008).

También la literatura científica muestra un importante porcentaje de infradiagnóstico. Los estudios de base poblacional sugieren que la prevalencia de asma es del 7-10% tanto en los adultos como en la población pediátrica en la actualidad y de ellos, entre el 20% y el 73%, dependiendo de la población estudiada, permanecen sin diagnosticar (Aaron et al., 2018).

EPOC

Según datos del estudio epidemiológico EPI-SCAN II (Alfageme et al., 2019; Soriano et al., 2021), en nuestro país, el 11,8% de la población, padece **EPOC**, con diferencias significativas entre hombres y mujeres (prevalencia del 14,6% y del 9,4%, respectivamente). El infradiagnóstico de la EPOC afecta al 74,7% de la población con esta enfermedad. La muestra poblacional en Andalucía de este estudio indica un porcentaje de infradiagnóstico del 79,6% de la población (76,7% en hombres y 84,2% en mujeres), siendo la prevalencia global de la enfermedad detectada del 8,5% (10,2% en hombres y 6,7% en mujeres). (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 2012).

Prevalencia de las ERC

En la Base Poblacional de Salud (BPS) el asma bronquial es la patología respiratoria crónica más frecuente, seguida de la EPOC y, a gran distancia, la EPID. En 2020, el número de personas con asma registradas en la BPS ha sido 847.013; 455.755 mujeres (53,8%) y 391.258 hombres (46,2%). Con relación a la EPOC, 220.216 hombres y 144.701 mujeres (364.917 totales) tenían registro de la enfermedad en la historia de salud.

Respecto a la influencia de la **edad** y el **sexo** en la prevalencia de las ERC hay que señalar dos aspectos: (1) el asma es más prevalente en la edad infantil y en jóvenes de 15 a 24 años (prevalencia 167,8 por 1.000 habitantes). Entre los 25 y los 64 años el asma disminuye

progresivamente. Asimismo, y al igual que en el resto del mundo, en Andalucía el asma es más frecuente en las mujeres en las primeras etapas de la vida, para posteriormente invertirse la tendencia (Shah & Newcomb, 2018); y (2) la EPOC es más frecuente en hombres en todas las edades, sobre todo a partir de los 65 años, siendo cada vez más acusadas las diferencias a medida que aumenta la edad, que se mantiene hasta los grupos etarios más mayores.

En cuanto a la **distribución geográfica** de las ERC hay que señalar que las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) no se distribuyen por igual en Andalucía, ya que existe una mayor prevalencia de asma en las provincias donde hay una elevada polinización; Granada, Jaén y Córdoba.

Con respecto a la **distribución por sexos**, la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y la EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa) son más prevalentes en hombres, y el asma en la mujer. No obstante, en los últimos años, se observa un incremento importante de la EPOC en mujeres, sobre todo en las edades más tempranas, probablemente debido al aumento de tabaquismo en las mismas, aunque hay que tener en cuenta que existe un infradiagnóstico muy importante de esta enfermedad en las mujeres.

Factores de riesgo de las ERC

La mortalidad atribuible al **consumo de tabaco** (Consejería de Salud, 2005) es un indicador que refleja su impacto en la salud de la población. Tanto en España como en Andalucía, aproximadamente la mitad de las personas fallecidas por causas atribuibles al tabaco lo han hecho por cáncer. De estos, el de pulmón es el más frecuente (en torno al 30% de las muertes), seguida de las enfermedades cardiovasculares (casi el 28%) y las ERC (alrededor del 23%) (Stern et al., 2020).

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud (Janson et al., 2001), la población que fuma diariamente se concentra sobre todo en las edades medias de la vida, para disminuir a partir de los 55 años, en mayor medida entre las mujeres. La prevalencia de tabaquismo en Andalucía es mayor que en el conjunto de España, y más en los hombres que las mujeres. Según esta encuesta, se estima que, en Andalucía, el 23,9% de los hombres y el 18,1% de las mujeres son fumadores diarios, con una tendencia descendente en las últimas décadas. (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2009; Proyección de la Población de Andalucía, Provincias y Ámbitos Subregionales 2016-2070, s. f.).

Se estima que la **exposición a factores laborales** (polvo orgánico e inorgánico, agentes químicos y humos) es causa de la EPOC en un 10-20% de casos (Mackenzie et al., 2021) y puede empeorar los síntomas, incluso produciendo reagudizaciones de la EPOC y de otras ERC. Según la EAS 2015, el 13,7% de la población trabajadora residente en Andalucía declaró haber estado expuesta a vapores, humos y otro tipo de sustancias peligrosas (Landrigan et al., 2018).

Los datos relacionados con la **contaminación ambiental** (Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, 2022) se centran en las consecuencias de la misma sobre la salud de las personas. Según las nuevas directrices del Centro Europeo para el Medio Ambiente y la Salud de la OMS, sobre la calidad del aire, los riesgos para la salud asociados a las partículas en suspensión de diámetro igual o inferior a 10 y 2,5 micras (PM_{10} y $PM_{2,5}$) son de especial relevancia para la salud pública, ya que son capaces de penetrar profundamente en los pulmones. Las PM son generadas sobre todo por la combustión de materiales y sustancias en sectores como el transporte, la energía, los hogares, la industria y la agricultura. Según datos de la OMS, en los países de Europa, entre

ellos España, el porcentaje de mortalidad es del 16%, aunque no existen datos concretos para Andalucía.

Diabetes

Los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de diabetes en Andalucía se sitúa en el 15,3% de la población con edad superior a 18 años (diabetes conocida y no conocida). La prevalencia de diabetes conocida, según los datos de la Base Poblacional de Salud en el año 2023, es del 9,3% en la población general. Esto supone un total de 796.625 personas (415.273 hombres y 381.352 mujeres) diagnosticadas de diabetes en nuestra comunidad.

De estos diagnósticos, el 90-95% corresponde a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), una forma de diabetes estrechamente ligada a la obesidad y al sedentarismo y, por tanto, potencialmente prevenible con estilos de vida adecuados. Por ello, las acciones encaminadas a la prevención de la diabetes, y de otras muchas enfermedades crónicas se concretan en la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, y el Plan Integral de Diabetes se encuentra alineado con dicha Estrategia, y asume las acciones preventivas que propone.

Actualmente se trabaja con una actualización del III Plan Integral de Diabetes, que se ha venido revisando en los últimos años a través de planes operativos bienales. En el marco del Plan Integral de Diabetes ([Consejería de Salud y Consumo, 2023d](#)), entre 2004 y 2010 se puso en marcha de forma progresiva en todas las provincias de Andalucía el **Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética** (PDPRD), basado en la retinografía digital. La extensión progresiva del cribado mediante retinografía se fundamenta en las posibilidades de conexión telemática entre toda la red del SSPA, a la que se han ido conectando hasta el momento un total de 289 retinógrafos digitales no midriáticos instalados para la práctica de retinografías de cribado en centros de APyC y en consultas hospitalarias de Endocrinología. En el año 2020 había 203 retinógrafos instalados. Desde entonces hasta la actualidad se han añadido 157 nuevos retinógrafos, de los cuales un total de 29 han sustituido equipos obsoletos. De esta forma, el número total de retinógrafos activos en el año 2024 es de 331. Hasta la actualidad se han incluido en el PDPRD 613.065 pacientes con diabetes, con una cobertura estimada en torno al 90% de la población diana. Además, en 2023 se ha publicado un informe de evaluación de tecnologías sanitarias sobre la efectividad y seguridad del cribado sistemático de la retinopatía diabética mediante teleoftalmología con retinografía digital y cámara no midriática de 45°, que reconoce a Andalucía como la única comunidad dentro del SNS que cuenta con un programa sistemático de cribado de retinopatía diabética ([Ruiz-Baena et al., 2023](#)).

Asimismo, en 2024 se ha puesto en marcha el **Programa estructurado de educación terapéutica para la prevención y cuidados en el Pie Diabético** en todos los centros sanitarios del SSPA. Hasta finales de septiembre 2024, se han atendido ya más de 57 mil pacientes con diabetes en el marco de este programa. Además, un total de 5.786 pacientes y 700 personas que cuidan han recibido educación individual, y 181 han recibido educación grupal.

Una de las acciones más relevantes en nuestra comunidad ha sido la **incorporación de tecnologías avanzadas para el control de la diabetes**. En este momento se encuentran financiadas por el Sistema Público las siguientes tecnologías: (1) sistemas de infusión continua de insulina (bombas de insulina), (2) sistemas bomba-sensor en diabetes tipo 1, (3) sistemas de monitorización continua de glucosa en diabetes tipo 1 y tipo 2, y en nuestra comunidad además para menores de 4 años, y (4) sistemas de monitorización flash de glucosa (MFG).

Con datos de septiembre 2024, 49.378 personas con diabetes en Andalucía se están beneficiando de la prestación sistemas de monitorización flash de glucosa (MFG). Además, el análisis de las hipoglucemias emergentes (atendidas por el servicio de emergencias sanitarias extrahospitalario de Andalucía) antes y después de la implantación del sistema MFG ([Rodríguez de Vera Gómez et al., 2024](#)) ha demostrado una reducción de la tasa de incidencia global de hipoglucemias del 27,3%, pasando de 3,6 a 2,6 episodios por 100 personas-año. Asimismo, los resultados apuntan a una reducción de los ingresos por Cetoacidosis Diabética de un 50% antes y después de la implantación del sistema MFG y que están directamente asociados a un uso adecuado del sensor. Los resultados en salud más relevantes del programa de monitorización flash de glucosa (MFG) han sido: (1) Reducción de la frecuencia diaria de realización de autocontroles de glucemia capilar. (2) Mejora del control glucémico en población pediátrica con HbA1c >7.5%. (3) Reducción de la frecuencia de hipoglucemias graves: de 4.2 episodios cada 100 pacientes-año (previo al uso del sensor) se ha reducido a 0.25 episodios por cada 100 pacientes-año (tras un año de uso de sensor). (4) La integración de la información del control glucémico de estos dispositivos en la Historia Clínica del paciente, constituye un hito para nuestra Comunidad, al tratarse de la primera región europea y la única en nuestro país que cuenta con ello, posibilitando de forma efectiva el seguimiento remoto de estos pacientes.

Salud Mental

Los datos más recientes, relativos a la salud mental de la población andaluza (mayores de 16 años), proceden de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía ([Consejería de Salud y Consumo, 2023a](#)). El porcentaje de personas que indicaron en 2020 que su salud mental era regular o mala estaba en torno al 18% (13% hombres frente a 23% mujeres). El porcentaje de personas que refieren tener **diagnóstico de trastorno depresivo** se sitúa en torno al 8% (10.5% mujeres frente a 5.5% hombres). Las diferencias entre hombres y mujeres aumentan con la edad, y los valores más altos de diagnóstico los presentan las poblaciones con niveles más bajos de educación. Con relación al **diagnóstico por ansiedad** realizado por un profesional, el porcentaje se encuentra por encima del 10%, (5,5% hombres vs 14.4% mujeres).

En cuanto a la toma de medicación, el porcentaje de población que consume psicofármacos está en torno al 10%, observándose diferencias por sexo (6% en hombres, 14% en mujeres). La **prescripción y el consumo de psicofármacos** en las mujeres es una cuestión claramente mediatisada por el género. En casi todos los casos, excepto en el de los antipsicóticos (59,1% para los hombres y 40,9% para las mujeres), a las mujeres se les prescriben psicofármacos en mayor medida que a los hombres, siendo en el caso de los antidepresivos casi tres veces más (26,7% para hombres y 73,3% para mujeres) y de aproximadamente el doble en el caso de los hipnóticos y sedantes (33,6% para hombres y 66,4% para mujeres) y ansiolíticos (35% para hombres y 64,7% para mujeres).

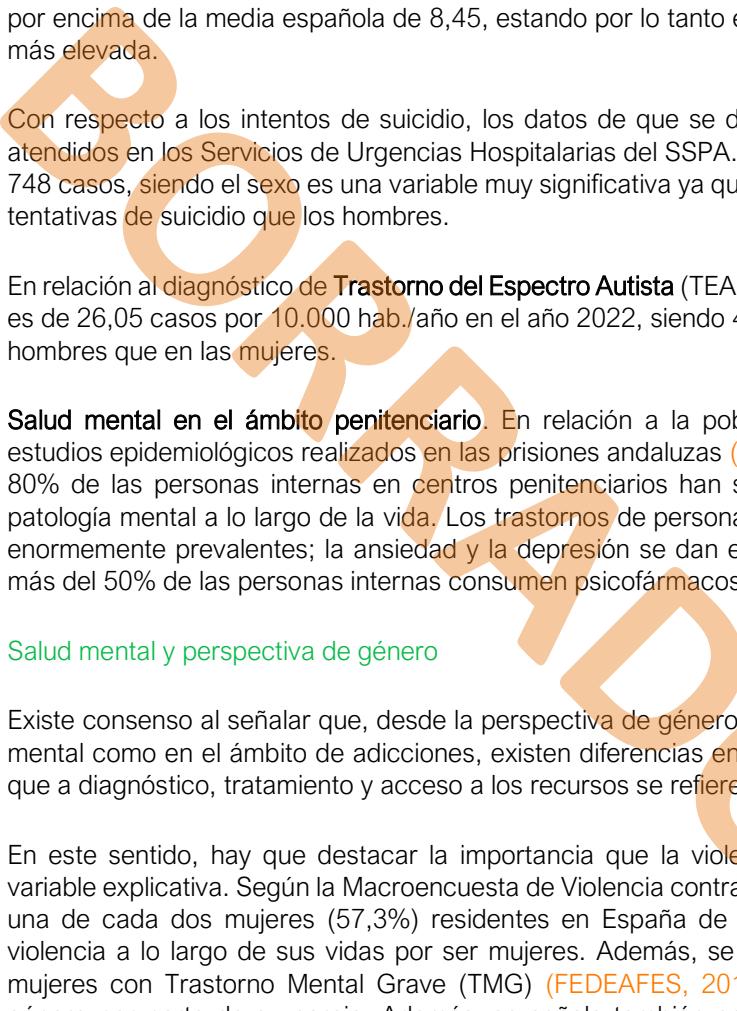
Respecto a la prevalencia de problemas concretos, los datos disponibles sobre **Trastorno Límite de Personalidad** (TLP) indican una prevalencia de 116,3 casos por 10.000 hab./año en el año 2022, siendo la prevalencia ligeramente superior en los hombres que en las mujeres. La prevalencia del **Trastorno de la Conducta Alimentaria** (TCA) en Andalucía es 17,8 por 10.000 hab./año en el año 2022. Si se atiende al grupo etario, es el comprendido entre 15 a 19 años el que presenta mayor prevalencia.

Patología Dual. Algunos estudios ([Fernández-Miranda et al., 2022](#)) han determinado que el 70 % de las personas atendidas por problemas de salud mental o adicciones tienen ambos



problemas de forma simultánea. También en población joven se dan situaciones de confluencia entre salud mental y adicciones. Un estudio realizado con 10.000 adolescentes encontró que dos tercios de quienes desarrollaron trastornos por consumo de alcohol o sustancias, habían experimentado al menos un trastorno de salud mental ([Child Mind Institute, 2016](#)).

En España y en Andalucía los datos sobre **suicidio**, hacen referencia al año 2021 y revelan que en ese año fallecieron en España por suicidio 4.003 personas. El número de muertes por esta causa entre hombres es 2,92 veces superior al de mujeres. Así, en 2021 la tasa de suicidios fue de 8,4 por cada 100.000 habitantes, (12,8% entre hombres y 4,2% entre mujeres) ([Instituto Nacional de Estadística, 2006](#)). Andalucía con una tasa de 9,99 se sitúa por encima de la media española de 8,45, estando por lo tanto entre las CCAA con una tasa más elevada.



Con respecto a los intentos de suicidio, los datos de que se dispone son los de episodios atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del SSPA. Durante 2022 se atendieron 748 casos, siendo el sexo es una variable muy significativa ya que las mujeres presentan más tentativas de suicidio que los hombres.

En relación al diagnóstico de **Trastorno del Espectro Autista** (TEA) en Andalucía, la prevalencia es de 26,05 casos por 10.000 hab./año en el año 2022, siendo 4 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Salud mental en el ámbito penitenciario. En relación a la población reclusa, y según los estudios epidemiológicos realizados en las prisiones andaluzas ([López et al., 2016](#)), hasta un 80% de las personas internas en centros penitenciarios han sufrido algún diagnóstico de patología mental a lo largo de la vida. Los trastornos de personalidad y la patología dual son enormemente prevalentes; la ansiedad y la depresión se dan en mucha mayor proporción; más del 50% de las personas internas consumen psicofármacos.

Salud mental y perspectiva de género

Existe consenso al señalar que, desde la perspectiva de género, tanto en el ámbito de salud mental como en el ámbito de adicciones, existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que a diagnóstico, tratamiento y acceso a los recursos se refiere.

En este sentido, hay que destacar la importancia que la violencia de género tiene como variable explicativa. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en 2019, una de cada dos mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres. Además, se estima que un 80 % de las mujeres con Trastorno Mental Grave (TMG) ([FEDEAFES, 2017](#)) han sufrido violencia de género por parte de su pareja. Además, se señala también como una importante variable mediadora en las adicciones en mujeres el fenómeno de la violencia de género en tanto que de la totalidad de las mujeres atendidas a nivel nacional en 2019 como víctimas de violencia de género, el 56% había sufrido maltrato en la pareja y un 32% violencia sexual.

Adicciones

Respecto a las **adicciones**, por grupos de edad, las personas de entre 25 y 34 años son el principal grupo consumidor de cannabis, éxtasis y anfetaminas (32,3%, 5,4% y 2,6% respectivamente para el indicador alguna vez en la vida). El consumo de cocaína es predominante en el grupo de 35 a 44 años (8,1% alguna vez en la vida). Las intoxicaciones etílicas son más frecuentes entre personas de edades más jóvenes (entre 14 y 20 años). En

todas estas sustancias, los hombres son los principales consumidores. También en el patrón de policonsumo son los hombres jóvenes (de 16-34 años), quienes presentan mayor prevalencia (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022).

A partir del estudio ESTUDES, 2023 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) & Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2023), realizado en centros de educación secundaria, se detecta que las sustancias más consumidas entre estudiantes de 14 a 18 años en el último año fueron alcohol (75,9%), tabaco (33,4%), y cannabis (26,9%). En los indicadores relativos al consumo de alcohol de este estudio, las mujeres presentan prevalencias de consumo mayor que los hombres. En comparación con los datos nacionales, en la comunidad andaluza los consumos relativos al alcohol se sitúan en niveles superiores a la media española (entre 2 y 3% porcentuales más), siendo la edad media de inicio de consumo de alcohol los 14 años (Consejería de Salud y Familias, 2022).

La edad media de inicio de consumo de cannabis es de 14,9 años en el ámbito estatal. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida en los hombres es ligeramente mayor que en las mujeres (27,6% frente a 26,2%). En Andalucía, la edad de inicio al consumo de cannabis es de 15,1 años y la prevalencia del 23,3% alguna vez (24,7% en los hombres y 21,8% en las mujeres).

Los datos procedentes del sistema de información de la Red Pública de Atención a las Adicciones indican que durante el año 2024 se encontraban en tratamiento un total de 51.889 personas en los Centros de Tratamiento Ambulatorio. Aproximadamente un 4% de ellas fueron derivadas a recurso especializado de Comunidad Terapéutica. Atendiendo a la sustancia principal y considerando exclusivamente las adicciones que alcanzan los mayores porcentajes, la cocaína es la sustancia que más demanda de tratamiento genera (27,1% de las personas activas) seguida de la heroína y/o rebujo (*una mezcla de cocaína con heroína*) y el alcohol (25,9% y 23,2% respectivamente).

Deterioro cognitivo y demencias

La prevalencia de demencia en población europea se sitúa entre el 5,9% y el 9,4% en personas mayores de 65 años con un claro aumento en función de la edad (Lanzi et al., 2021; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). En España, la demencia originada por la enfermedad de Alzheimer (Marešová et al., 2018) representa aproximadamente el 60-80% de los casos, siendo el tipo más común de demencia, seguida de la demencia vascular que representa aproximadamente el 20-30%.

En Andalucía, según datos del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (Consejería de Salud y Consumo, 2023c), en 2022, viven 109.095 personas con demencia, con un claro predominio de las mujeres (66,3%) frente a los hombres (36,7%). Estos datos suponen una tasa de 874 por 100.000 en hombres y de 1.672 por 100.000 en mujeres.

Respecto a la epidemiología del deterioro cognitivo y de la demencia en centros residenciales de personas mayores en Andalucía, en 2023, viven 39.380 personas en centros residenciales, con una distribución porcentual por sexo diferente, hombres (32,4%) y mujeres (67,6%). De las personas mayores que viven en centros residenciales, un 14,7% tiene registrado diagnóstico de demencia (16,7% en mujeres, y 10,3% en hombres).

Por otro lado, al igual que en otros territorios, Andalucía no es ajena a las dificultades de retraso en el diagnóstico, infradiagnóstico y subregistro que afecta tanto a las personas



mayores que viven en comunidad o en centros residenciales, como se puede comprobar en los datos extraídos de la Base Poblacional de Salud. Según los datos de la Base Poblacional de Salud de Andalucía en 2020, la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se sitúa en 0,28% en hombres y en 0,69% en mujeres. La prevalencia de demencia con cuerpos de Lewy muestra un comportamiento similar a las otras demencias de origen neurodegenerativo, observándose una mayor prevalencia en mujeres (0,04%) que en hombres (0,03%). La prevalencia de demencia frontotemporal registrada en la Base Poblacional de Salud es de 0,02% en hombres y en mujeres; y también aumenta en función de la edad, aunque con patrón menos claro que en la demencia por enfermedad de Alzheimer o la demencia con cuerpos de Lewy. Por último, la prevalencia de la demencia vascular es de 0,08% en hombres y 0,11% en mujeres.

Respecto a los recursos específicos para el abordaje integral del deterioro cognitivo y la demencia, Andalucía cuenta con 13 Unidades Especializadas en Neurología de la Conducta y Demencias, siendo éstas, estructuras con dedicación exclusiva al diagnóstico específico, tratamiento, abordaje terapéutico y seguimiento de personas afectadas por deterioro cognitivo y demencia (Martínez-Lage et al., 2018).

El Espacio Alzheimer Andalucía es una página web (www.alzheimerandalucia.es) dirigida a familiares y ciudadanos, que tiene como objetivo informar, asesorar, difundir y sensibilizar sobre la enfermedad de Alzheimer, así como acompañarlos desde el comienzo hasta la etapa final de la enfermedad, destacando de manera especial el rol de las Asociaciones de Familiares. El Espacio Alzheimer cuenta con 14 vídeos, muchos de ellos dramatizados, que proporcionan información sobre la evolución de la enfermedad, sus estadios o las herramientas existentes de ayuda para familiares y personas cuidadoras.

La Línea Alzheimer tiene por objetivo informar sobre la enfermedad de Alzheimer en relación a su clínica y fases de evolución, tratamientos, recursos de las asociaciones de familiares y temas legales/sociales, entre otros. Está operativa telefónicamente, 24 horas al día y los 365 días de año y es atendida por Salud Responde.

Enfermedades raras

En la Unión Europea, se delimitan las enfermedades raras (ER) como aquellas que, con peligro de muerte o invalidez crónica, registran una prevalencia menor a 5 casos por cada 10.000 habitantes (European Commission, 1999, 2008a; Reglamento (CE) No 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 1999 sobre medicamentos, 2000). Dicha definición es la adoptada, tanto en la Estrategia Nacional de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, como en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Las enfermedades raras son poco frecuentes pero las personas que las padecen son numerosas. A diciembre de 2022, Orphanet -el portal europeo de enfermedades raras y medicamentos huérfanos- tiene contabilizadas hasta 6.258 enfermedades raras únicas (Orphanet, 2023), y se estima que entre el 3,5% y el 5,9% de la población padece alguna, lo que supone unos 36 millones de pacientes en la Unión Europea, 3 millones en España y medio millón en Andalucía (Vicente et al., 2020).

Atendiendo a sus características especiales de alta complejidad y baja frecuencia y, sobre todo, por su impacto en las condiciones y calidad de vida, en diciembre de 2021, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) refrendó la adopción de la resolución para abordar los retos de las personas que viven con una enfermedad rara y de sus familias. Dicha resolución

afirma que afrontar las necesidades de las personas con enfermedades raras es esencial para avanzar en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ([UN General Assembly, 2021](#)).

La Unión Europea apuesta por un enfoque holístico de atención a las enfermedades raras que cubra el espectro completo de necesidades sanitarias, sociales y cotidianas; todo ello sobre la base de la cooperación transfronteriza y la coordinación, en los niveles internacional ([Benito-Lozano et al., 2022](#); [Nguengang Wakap et al., 2020](#)), nacional, regional y local ([Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre «Garantizar una solidaridad europea firme para los pacientes con enfermedades raras»](#), 2023; [Reglamento \(CE\) No 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 1999 sobre medicamentos](#), 2000; [European Commission, 2008a](#)).

Tras la Recomendación del Consejo de la Unión Europea relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras ([Recomendación del Consejo de 8 de junio de 2009 relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras, 5 de junio de 2009](#)), el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España publicó en 2009 la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud ([Ministerio de Sanidad, 2009](#)).

En el ámbito asistencial, los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud representan un considerable hito en la atención de las personas con enfermedades raras. Funcionan como un importante apoyo para la confirmación diagnóstica y la definición de las estrategias terapéuticas y de seguimiento, y también como referentes para las unidades clínicas que habitualmente atienden a las personas con enfermedades poco frecuentes. En España existen 334 CSUR vinculados a 70 patologías o procedimientos diferentes, ubicándose 43 de ellos en Andalucía.

Además, en Andalucía, el Plan de Atención a Personas afectadas por Enfermedades Raras (PAPER) del SSPA nace en 2008 ([Consejería de Salud, 2012a](#)) y, con su estímulo y en el marco de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud de 2009 ([Ministerio de Sanidad, 2009](#)), posteriormente es actualizado en 2014.

En 2010 se crea el Registro Andaluz de Enfermedades Raras (RAER), que actualmente funciona en coordinación con el Registro de Enfermedades Raras de ámbito nacional, surgido del proyecto Red Española de Registros para la Investigación de Enfermedades Raras (SpainRDR) desarrollado entre 2012-15, con la participación de todas las comunidades autónomas.

En materia de prevención y detección precoz, Andalucía se sitúa en los estándares más elevados en cribado neonatal ([BOJA nº 23 de 03/02/2022, 2022](#)). Desde 2009 cuenta con laboratorios de referencia que dan cobertura a todo el territorio andaluz y tiene implantado el cribado ampliado ([Consejería de Salud y Consumo, 2023e](#)) con uso de la tecnología más avanzada. Y, por último, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el periodo 2024-2028 se está elaborando el nuevo Plan de Atención a Personas afectadas con Enfermedades Raras.

Dependencia, cronicidad, discapacidad y exclusión social

La Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria ([Consejería de Salud y Consumo et al., 2024](#)) publicada en 2024 conjuntamente por la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, aborda de manera extensa los problemas de salud de la población andaluza relacionados con la dependencia, la cronicidad,

la discapacidad y la exclusión social. El acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno ([Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, 2024](#)) aprobó la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Dependencia

Hasta mayo de 2024, el número total de personas con reconocimiento de la situación de dependencia es de 409.000, con un claro predominio de las mujeres (254.310, el 62,18%) sobre los hombres (155.561, el 38,03%) y las personas de edad avanzada (217.974 personas mayores de 64 años, de las que 150.690 tienen 80 años o más -69,1%-). Por otro lado, el número de personas beneficiarias con resolución de reconocimiento de prestación es de 271.313 (63,4% mujeres), también con predominio de personas de edad avanzada. Con relación al tipo de prestación, el total de servicios y prestaciones que reciben estas personas, dado que una misma persona puede recibir más de una, asciende a 393.909, también con un mayor número de mujeres (66,5%) que hombres, existiendo un claro predominio de las prestaciones que corresponden al servicio de ayuda a domicilio (37,5%), seguido del servicio de teleasistencia (31,2%) y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (19,7%).

Cronicidad

Según la información de la Base Poblacional de Salud (BPS) en 2022, las enfermedades crónicas son muy prevalentes en la población andaluza. Más de cuatro millones de andaluces (4.148.380) tiene al menos una enfermedad crónica (49% de las personas usuarias del SSPA). El número medio de enfermedades crónicas por persona aumenta claramente con la edad y es algo menor en mujeres, salvo en las edades más jóvenes. Las más frecuentes y que están presentes casi siempre en pacientes con pluripatología son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, artrosis y espondilólisis y demencias, sin olvidar el porcentaje de personas con cáncer, que alcanza a algo más del 3% de la población andaluza.

Se entiende por polimedición aquella en la que las personas tienen prescritos 5 o más fármacos de forma continuada durante un periodo superior a 6 meses y, grandes polimedidos, aquellos con 10 o más fármacos, de forma continuada durante un periodo superior a 6 meses. En 2022, el 61% de las personas con enfermedades crónicas están medicadas, el 24% polimedidas y el 13% son personas grandes polimedidas. La probabilidad de tener un tratamiento farmacológico aumenta con la edad; claramente a partir de los 60 años (alrededor del 30%), hasta un pico máximo de algo más del 60% de las personas de 80-84 años.

En marzo de 2025 se aprobó el Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025- 2028 ([PAdAC](#)) cuyo objetivo general es el de prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas con estas patologías, mediante una nueva organización de la asistencia sanitaria que promueva la personalización de la atención basada en el valor y la adecuación de los recursos a las necesidades y expectativas de cada persona ([Consejería de Salud y Consumo, 2025](#)).

La consecución de este objetivo general del PAdAC se enmarca en cinco líneas estratégicas: 1. Aprender a cuidarnos para vivir más años con buena salud desde la infancia. 2. Un modelo de cronicidad que cuenta con las personas y se basa en el valor. 3. Conociendo los problemas y necesidades de las personas en situación de cronicidad compleja podremos intervenir de

forma anticipada. 4. ¿Cómo mejoramos los resultados en salud?: Innovación, investigación y transferencia del conocimiento. 5. La salud digital al servicio de las personas.

Por otro lado, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 (**PAAIPEC**) incluía actuaciones orientadas a mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de quienes se encuentran en un proceso de cronicidad o pluripatología, con una necesidad de asistencia integrada y humanizada que dé respuesta a su complejidad. (Consejería de Salud, 2012b)

Discapacidad

En Andalucía, según la Dirección General de Personas con Discapacidad, había en diciembre de 2022 un total de 570.044 personas con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, de las que 295.051 son hombres (51,75%) y 274.993 son mujeres (48,24%). El 41,66% de las personas con discapacidad reconocida en Andalucía tiene 65 y más años (105.305 son hombres y 132.195 son mujeres). Ello, de acuerdo con los datos consolidados del Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), a 31 de diciembre de 2022 y publicados en la web de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Según la evaluación del II Plan de acción integral para Personas con Discapacidad de Andalucía, hay una importante carencia de datos que permite un adecuado análisis del estado de salud de las personas con discapacidad, ya que solo se pueden inferir a partir de la relación de las personas con enfermedades crónicas con limitaciones en actividades diarias (Módulo Mínimo de Salud Europeo- MEHM). Según esta fuente de información, estas personas hacen un mayor uso de los servicios sanitarios (2,7 veces más de usar las urgencias sanitarias y 5,2 veces más de tener un ingreso hospitalario, que una persona sin limitaciones por salud); tienen mayores necesidades de atención médica no cubiertas respecto de la población sin limitaciones; y tener una limitación por motivos de salud conlleva un riesgo 10,7 veces mayor de tomar medicamentos.

Exclusión social

La salud es una de las dimensiones sobre las que se muestra con mayor intensidad las consecuencias de las situaciones de pobreza, de exclusión social y, en general, de vulnerabilidad social. Así, aquellas personas con mayor riesgo de pobreza presentan a su vez mayor probabilidad de padecer problemas crónicos de salud. Hay suficiente base empírica para afirmar que el empeoramiento de las condiciones de salud de los individuos es mayor cuanto peores son las condiciones en las que viven. Y no solamente juegan aquí un papel importante las condiciones materiales conectadas con el consumo y la provisión de bienes y servicios, sino que también se vinculan las condiciones relacionales en las que se desarrolla la vida de estas personas. La falta de vínculo social aparece en los estudios, cada vez con más frecuencia, como uno de los factores que más inciden en el aislamiento social y en última instancia en la exclusión social.

Según la Encuesta de condiciones de vida de 2022, la tasa de riesgo de pobreza era del 29,1% de la población en Andalucía, frente al 20,4% en España. Y la tasa AROPE [*ERPE* (personas En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión) o las siglas en inglés *AROPE* (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*)] fue del 35,8% en Andalucía frente al 26% de la población en España. Más específicamente, en Andalucía, la población en riesgo de pobreza, con carencia material y social severa, y viviendo en un hogar con baja intensidad en el trabajo, fue el 2,5% (2,3% en hombres y 2,6% en mujeres).

Salud infantil y adolescente

El sistema de salud en Andalucía ha venido desplegando a lo largo de los años un importante catálogo de actuaciones destinadas a la promoción, prevención y atención de la salud infantil y adolescente ([Consejería de Salud y Consumo, 2023b](#)). Entre estas, hay que reseñar las siguientes:

- (1) **Diagnóstico Genético Preimplantatorio**: el análisis genético a los preembriones antes de transferirlos al útero de la madre ha permitido ya que nazcan decenas de bebés libres de enfermedad genética hereditaria.
- (2) **Detección precoz de metabolopatías**: pruebas de cribado del hipotiroidismo congénito, de la fenilcetonuria, fibrosis quística y cribado ampliado de metabolopatías con el objetivo de un tratamiento precoz que evite secuelas graves.
- (3) **Prevención de la hipoacusia** en recién nacidos mediante cribado de hipoacusias antes de los 6 meses de edad.
- (4) **Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía** (PSIA): programa que regula y facilita la identificación precoz de los problemas de salud infantil y los flujos, derivaciones y sinergias con relación al conjunto de otras intervenciones especializadas de prevención y promoción, así como las de atención temprana o salud mental.
- (5) **Promoción de la parentalidad positiva**: constituye una de las apuestas más innovadoras y aprovecha distintas oportunidades asistenciales del SSPA para apoyar a madres y padres en la optimización de sus competencias para asegurar una crianza saludable y basada en el buen trato y la satisfacción parental.
- (6) **Plan Estratégico de Vacunaciones de Andalucía**. El calendario vacunal incluye aquellas vacunas que protegen frente a 14 enfermedades: tétanos, difteria, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b, neumococo, meningococo ACWY, sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, virus del papiloma humano y gripe.
- (7) **Plan Integral de obesidad infantil** (PIOBIN): promueve el desarrollo de intervenciones preventivas y de promoción de la salud en el medio educativo y comunitario.
- (8) **Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia** (PASMIA): tiene como objetivo garantizar para los niños, niñas y adolescentes asistencia y cuidados continuos de su salud mental.
- (9) **Preparación al nacimiento y la crianza**: En el SSPA se realiza de manera programada el seguimiento al embarazo y la atención al parto y el puerperio.

Derivado de las actuaciones puestas en marcha se han definido una serie de retos de salud infantil y adolescente en Andalucía para los años 2023-2027 ([Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2023-2027, 2023](#)) con relación a este grupo de población.

Población infantil y adolescente

En Andalucía, en 2022, había empadronadas 1.545.851 personas de 0 a 17 años. Los chicos representan el 51,4% y las chicas el 48,6%. En cuanto a la evolución de la población menor de edad, en el periodo comprendido entre 1998 y 2021 ha decrecido un 6,7%, encontrando varios periodos reseñables. En primer lugar, entre 1998 y 2002, la población menor de edad sufrió un descenso del 7,4%. A partir de 2002, se registró un incremento continuado de dicha población hasta 2010, que se tradujo en un aumento del 6,2% en este tramo. A partir de 2010, comenzó a descender manteniéndose hasta la actualidad, y este descenso se traduce en un 4,0%.



Población menor de edad con nacionalidad extranjera

En 2022, la población infantil y adolescente entre 0 y 17 años con nacionalidad extranjera empadronada en Andalucía ascendía a 114.034 chicos y chicas. Representan un 7,4% del total de la población menor de edad de la comunidad autónoma y un 15,4% de la población extranjera de todas las edades en Andalucía.

Natalidad y fecundidad

En 2021, según el Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, ([Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad, 2023b](#)) la tasa bruta de natalidad se situó en 7,72 nacimientos por cada mil habitantes, ligeramente superior a la registrada en España (7,12). La evolución de la tasa bruta de natalidad tanto en España como en Andalucía ha sido descendente en estos últimos veinte años, con una trayectoria similar entre ambas.

Respecto a la tasa global de fecundidad, que representa el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, en 2021, según el Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, se sitúa en 34,4 nacimientos. La evolución de la tasa muestra un descenso de la fecundidad más acusado desde 2016 situándose en 2021 en 34,4 (uno de los valores más bajos registrados).

Mortalidad infantil

En Andalucía, en 2021, la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 2,97 defunciones de niños y niñas menores de un año por cada mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil andaluza es mayor a la media española que se sitúa en 2,54. La evolución de esta tasa en Andalucía ha seguido un patrón descendente similar al de España, registrándose en estos últimos veinte años un descenso de casi dos puntos, siendo esta bajada de la tasa de mortalidad más intenso que el registrado en España.

Percepción sobre el Estado de Salud

La Encuesta Andaluza de Salud abordó la percepción del estado de salud de niños y niñas. Esta percepción era positiva en un 52,7% si se refería a niños y niñas entre 0 y 7 años, y en un 45,3% en relación a niños y niñas entre 8 y 15 años ([Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad, 2023a; Consejería de Salud y Familias, 2021; Sánchez-Cantalejo et al., 2022](#)).

Discapacidad

A 31 de diciembre de 2020 han sido atendidas en los Centros de Valoración y Orientación de Andalucía 25.786 niños y niñas de 0 a 15 años con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Desde 2015 hasta 2020 se observa una tendencia creciente en el número de niños y niñas con discapacidad reconocida oficialmente en Andalucía.

Dependencia

En octubre de 2021 se han registrado en Andalucía 24.210 solicitudes de personas menores de 19 años para la valoración de dependencia, a un 81% se les ha reconocido el grado de dependencia (un 40% ha sido valorado con el grado de dependencia severa, un 38,1% gran dependencia y 22% dependencia moderada).

Salud mental en personas menores de edad

En 2019, las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) registraron 28.354 personas de 0 a 18 años con historia clínica abierta. Un 59,7% de las personas menores de edad atendidas fueron chicos y un 40,3% chicas. Un 53,5% no tenían diagnóstico en el momento de la atención. Entre los que sí tenían diagnóstico, principalmente correspondía a trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (13,1%), trastornos de ansiedad (9,5%), y chicos y chicas sin patología psiquiátrica (8,4%).

Por otro lado, las 14 Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) atendieron a 17.538 personas menores de 19 años en 2019. Un 72,5% chicos y un 27,5% chicas. La tasa de personas menores de edad atendidas sería 1.117 por cada 100.000 habitantes de esta edad.

Atención temprana

Este servicio atiende al desarrollo de la población infantil andaluza de 0 a 6 años, a sus familias y al entorno, con el objetivo de prevenir posibles trastornos del desarrollo, así como atender a aquellos niños y niñas que ya los padecen o tienen riesgo de padecerlos. En el año 2022 se atendieron en los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) de Andalucía un total de 32.238 niños y niñas menores de 6 años, de los cuales 22.535 fueron niños (69,90%) y 9.703 niñas (30,10%). Esto supone un 7,54% global respecto al total de la población de 0 a 6 años, aún por debajo del 10% de la población diana.

Sobrepeso y actividad física

En Andalucía, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) ([Ministerio de Sanidad, 2017](#)), en 2017 un 33,4% de los niños y niñas de 2 a 17 años tenía exceso de peso, un 12,5% obesidad y un 20,9% sobrepeso, afectando al 21,9% de los niños y al 19,9% de las niñas. Este último dato es el doble de la prevalencia que en España.

Por otro lado, respecto a la actividad física y el incremento del sedentarismo en población infantil y juvenil, según el estudio Health Behaviour in School-aged Children ([Moreno et al., 2020](#)) los datos referidos a Andalucía muestran que, entre los chicos y chicas de 11 a 18 años, tan solo un 14,2% realiza actividad física todos los días en su tiempo libre fuera del horario escolar.

Los datos que nos ofrece la Encuesta Andaluza de Salud 2015-16 ([Consejería de Salud y Consumo, 2023a](#)) registran un 54,7% de niños y niñas menores de 16 años que afirmaron practicar ejercicio físico en su tiempo libre de forma ocasional, un 6,7% varias veces a la semana. Un 20% declaró no haber realizado ningún ejercicio físico en su tiempo libre.

Conductas adictivas en población adolescente

En Andalucía, en 2023, según la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundarias en España, ESTUDES 1994-2023 ([Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones \(OEDEA\) & Plan Nacional sobre Drogas \(DGPNSD\), 2023](#)), la sustancia más consumida entre las chicas y chicos es el alcohol, un 77,9% lo han consumido alguna vez, un 76% en los últimos 12 meses y un 59,6% en los últimos treinta días.

La segunda sustancia más consumida sería el tabaco, un 33,7% declararon haberlo consumido alguna vez en la vida, un 28,1% en el último año y un 21,1% en el último mes. En

el caso del tabaco, las prevalencias de consumo son algo más altas en las chicas para todos los indicadores de tabaco.

En tercer lugar, estaría el consumo de cannabis, un 23,3% afirma haberlo consumido alguna vez en la vida, un 18,7% en el último año y un 13,6% en el último mes. Entre los chicos es más frecuente su consumo que entre las chicas.

En el estudio más reciente de “La Población andaluza ante las drogas XVI” se observan algunos porcentajes significativos de riesgo en población adolescente: 7,5% de jóvenes entre 14-15 años presentan riesgo de adicción a redes sociales y hasta un 10,1% riesgo de adicción a videojuegos. En ese mismo grupo de edad hasta el 29,9% hace un uso intensivo de internet (3 horas o más al día) los días laborables y el 21,9% los fines de semana.

Conductas sexuales y embarazos adolescentes

Un 37,9% de las y los adolescentes andaluces entre 15 y 18 años afirma haber tenido relaciones sexuales completas, media superior al porcentaje de jóvenes españoles (35,1%). Entre los chicos este porcentaje es del 42,7% y entre las chicas del 33,7%.

La mayoría de chicos y chicas que han mantenido relaciones sexuales completas utilizaron preservativos (74,4%), aunque una cuarta parte afirma que no lo utilizaron (25,6%) (Moreno et al., 2020). Un 27,8% de chicas habría tomado alguna vez la “píldora del día después”, un 28,6% entre los 15-16 años y un 27,6% entre los 17-18 años (Moreno et al., 2020).

Por otro lado, Andalucía en 2021 registró una tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en chicas de 15 a 19 años de 8,32 por mil mujeres. Entre los 14 y los 16 años se concentran un 24,5% de las IVE (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2022b).

Víctimas de violencia

En 2020 se ha registrado un total de 6.183 notificaciones en el Sistema de Información de Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). El principal tipo de maltrato notificado ha sido la negligencia (76,6%), seguido de mal-trato emocional (63%) y el maltrato físico (24,6%). Un 8,5% de las notificaciones de maltrato recogidas en SIMIA hacen referencia a abuso sexual.

Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos (CP) son el enfoque que mejora la calidad de vida y alivia el sufrimiento de todas aquellas enfermedades avanzadas que tienen un pronóstico de vida limitado, gran número y complejidad de síntomas, importante impacto físico, psicosocial y espiritual para el enfermo, familiares y profesionales sanitarios.

El número de enfermedades avanzadas (*conocidas con el término en desuso de “terminal”*), ha aumentado en los últimos años. El grupo patológico más importante susceptible de cuidados paliativos los integran las enfermedades oncológicas (58,49%), aunque la cronicidad avanzada no oncológica [fallo cardíaco (14,38%), enfermedad de Alzheimer (7,95%), demencias (7,65%) y EPOC (6,37%)] supone 2/3 de los pacientes que tienen necesidades paliativas. Se estima que la población diana susceptible de cuidados paliativos son 1,2-1,5% de la población. En Andalucía, con datos poblacionales de 2023, unas 129.000 personas tendrían necesidades paliativas.

El paciente paliativo pediátrico se refiere a aquel niño/a que presenta una enfermedad limitante (aquella para la que no existe una esperanza razonable de curación y que muy probablemente producirá la muerte del niño/a) o amenazante para la vida (aquella para la que el tratamiento curativo puede ser factible, pero puede fallar) (Cuvieillo, Raisanen, et al., 2021; Cuvieillo, Yip, et al., 2021; Wallis Gómez, 2022). Dentro de la franja de edad de 0 a 14 años, en el periodo 2017 a 2022 se han producido 1.861 muertes, de ellas un 10,59 % estarían producidas por causas susceptibles de cuidados paliativos, siendo las neoplasias la causa más importante.

El modelo de atención sanitaria del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, se basa en la Atención Compartida según nivel de complejidad. Dichos cuidados pueden aplicarse en el domicilio o en centro hospitalario (Consejería de Salud, 2012a). En nuestra Comunidad Autónoma el modelo de Cuidados Paliativos cuenta con los siguientes recursos: (1) **Recursos convencionales de Cuidados Paliativos**, integrados por profesionales de atención primaria y hospitalaria con competencias que responden a una formación básica en cuidados paliativos y que dan respuesta a la atención compleja y no compleja, (2) **Recursos avanzados de Cuidados Paliativos**, equipos multidisciplinares integrados por profesionales que dan respuesta a pacientes de alta complejidad, y que poseen competencias de formación avanzada en cuidados paliativos. En este nivel se integran las Unidades de hospitalización de Cuidados Paliativos (UCP) y los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos domiciliarios, hospitalarios y mixtos.

Los cuidados paliativos son prestados por numerosos profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con la ayuda de equipos especializados que dan soporte tanto en el ámbito domiciliario como en el hospitalario. Este modelo de atención compartido es el que preconiza la Organización Mundial de la Salud (WHO Regional Office for Europe, 2021), así como la Comisión Europea (Lynch et al., 2013), la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2014), las Sociedades Española y Europea de Cuidados Paliativos (SECPAL y EAPC respectivamente), así como el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (Consejería de Salud, 2012a).

Programas preventivos poblacionales

Vacunación

El calendario de vacunaciones es la secuencia cronológica de las vacunas que se recomiendan de forma fija en ciertas edades a la población, con el esquema más adecuado para evitar enfermedades infecciosas inmunoprevenibles. En Andalucía incluye actualmente vacunas que protegen frente a 15 enfermedades infecciosas: tétanos, difteria, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo y meningococo de los serogrupos B y ACWY, sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, virus del papiloma humano, gripe y herpes zóster.

El calendario sistemático de vacunas está sometido a continuas actualizaciones, para adaptarse tanto a los cambios epistemológicos de las enfermedades inmunoprevenibles, como a los avances científicos y técnicos. Las principales novedades de 2024 con respecto a 2023 son las siguientes: estrategia de vacunación sistemática frente a VPH con una dosis (chicas de 12 a 18 años; chicos de 12 y 13 años); ampliación de una cohorte (nacidos en 1964) para vacunación frente a neumococo 20-valente, siendo ahora de 60 a 73 años; sustitución de la vacuna frente a meningococo C (Neisvac C®) por la vacuna frente a meningococo ACWY (Nimenrix®) a los 4 meses; sustitución de la vacuna frente a meningococo ACWY Nimenrix® por la vacuna frente a meningococo ACWY MenQuadfi® a

los 12 meses, 12 años y rescate 12-18 años e inicio de la vacunación frente a herpes zóster en la cohorte de 65 años (nacidos en 1959).

Los Distritos de Atención Primaria son los encargados de realizar las tareas de gestión, coordinación, seguimiento y evaluación de los programas poblacionales de vacunación con el objetivo de mantener o aumentar las coberturas vacunales. El objetivo siempre es superar el 95% en las coberturas de vacunas infantiles y al menos el 90% en las de adolescentes para garantizar la mejor cobertura individual y colectiva posible. En personas adultas, es más complicado alcanzar estos índices de cobertura, por lo que objetivos de mínimos de 60-75% son aceptables (DGSPYOF, 2024; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Vacunación durante embarazo y puerperio

Actualmente se recomienda a todas las embarazadas o en los primeros 6 meses tras el embarazo la vacuna de la tosferina, así como la gripe y COVID-19 durante la campaña de vacunación otoño-invierno. La cobertura de la vacunación de la tosferina en embarazadas en 2022 fue 88,8% y de la gripe 81,3% (DGSPYOF, 2024).

Vacunación durante infancia y adolescencia

Las vacunas que se administran en esta etapa de la vida son las siguientes: (1) vacuna hexavalente a los 2, 4 y 11 meses, con protección frente a 6 infecciones en una sola vacuna: tétanos, difteria, tosferina, poliomielitis, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B; (2) vacunación frente a neumococo a los 2, 4 y 11 meses; (3) vacunación frente a meningococo B a los 2, 4 y 15 meses; (4) vacunación frente a meningococo ACWY a los 4 meses, 12 meses y 12 años; (5) vacuna triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis) a los 12 meses y los 3 años; (6) vacunación frente a varicela a los 15 meses y 3 años; (7) vacunación DTPa-VPI a los 6 años, vacuna de refuerzo frente a tétanos, difteria, tosferina; (8) vacunación frente a papilomavirus humano a los 12 años; y (9) vacunación frente a tétanos y difteria a los 14 años.

Además, atendiendo a las indicaciones de las OMS (WHO, 2023), se recomienda la vacunación anual frente a la gripe durante la campaña de todos los niños y niñas de entre 6 meses y 59 meses. Esta vacunación sistemática se instauró por primera vez en Andalucía durante la campaña 2022-23 debido a que son los que mayor incidencia de gripe tienen todos los años, junto a los de 5 a 14 años, que son el segundo grupo de incidencia de hospitalización por complicaciones de la gripe, tras las personas mayores de 80 años y, debido a que son los principales transmisores del virus al resto de población, poder reducir de la circulación del virus en la comunidad (inmunidad de grupo).

Por otra parte, en septiembre de 2023 se inició por primera vez una campaña de inmunización frente a Enfermedad por Virus Respiratorio Sincitial (VRS) con Nirsevimab en Andalucía, dirigida a menores de 6 meses (nacidos desde 1 abril 2023) (DGSPYOF, 2024).

Vacunación antigripal

La vacunación antigripal anual está dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe y a las que pueden transmitir la infección a éstos, como son los profesionales sanitarios y sociosanitarios, y los convivientes. Además, se recomienda vacunar a las personas que, por su ocupación, proporcionan servicios esenciales en la comunidad y a personas con exposición laboral a virus aviares o porcinos.

En la campaña de vacunación 2022-2023, además de la vacunación sistemática de las personas mayores de 65 años y menores con patologías crónicas, se incluyó por primera vez a los niños y niñas de entre 6 y 59 meses. También fueron incluidas convivientes de las personas mayores de 65 años y mayores con patologías crónicas.

La vacunación 2022-2023 ha sido la campaña en que más dosis de vacunas contra la gripe se han administrado de la historia de Andalucía, con casi 2 millones de dosis, siendo los datos de cobertura los siguientes: 1.061.548 personas de 65 años (70,6% de cobertura), 40.200 personas en residencias de mayores (cobertura del 92,7%) y 22.501 personas profesionales de estas residencias (cobertura del 39,1%).

En esta primera campaña en la que se realiza vacunación antigripal de forma sistemática en población infantil de 6 a 59 meses de edad en Andalucía, se han vacunado 133.185 niños y niñas de esta franja de edad, alcanzándose una cobertura final de 45,8%, por encima del objetivo marcado para esta primera campaña del 40%. En cuanto a los profesionales sanitarios, han recibido la vacuna de la gripe 69.911 profesionales sanitarios y sociosanitarios (cobertura del 50,6%). La cobertura de vacunación antigripal en embarazadas ha sido del 81,3%, 38.059 embarazadas vacunadas, siendo esta cifra un récord de cobertura en embarazadas hasta el momento en Andalucía. (Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía).

Vacunación COVID

El objetivo de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España es proteger a la población de la enfermedad grave causada por el virus SARS-CoV-2. Para ello, se comenzó vacunando a los diferentes grupos de población estableciendo prioridades en función de la vulnerabilidad y el grado de exposición cuando el número de dosis disponibles era limitado y, posteriormente, por grupos de edad (Ministerio de Sanidad, 2022b, p. 19).

En Andalucía, según los datos publicados, 7.661.009 personas han recibido una dosis (90,1% cobertura) y 7.505.107 personas la pauta vacunal completa (88,3% cobertura) (Consejería de Salud y Consumo, 2024b).

En cuanto a la campaña de vacunación 2023 contra la COVID-19, se han administrado 1.591.690 dosis, entre dosis de recuerdo y dosis de primovacunación de personas que aún no habían iniciado su pauta completa. Han recibido la dosis de recuerdo 1.542.374 personas, de las que 1.181.935 eran personas de 60 años o más, lo que supone un 58,1% de dicha población. En cuanto a las personas institucionalizadas en residencias de mayores y centros de personas con discapacidad, se han vacunado 39.676 (cobertura del 91,3%). Al personal sanitario y sociosanitario se han administrado 56.023 vacunas (cobertura del 40,6%) (Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía).

Cribado neonatal de enfermedades congénitas

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas de Andalucía tiene como objetivo la detección precoz de un grupo de enfermedades en las que existe una intervención eficaz que permite modificar favorablemente su pronóstico, reduciendo la morbilidad y las posibles discapacidades asociadas a ellas. Se ofrece activa y sistemáticamente al 100% de niños y de niñas recién nacidas con independencia de su nacimiento en un centro público o privado.

En Andalucía desde 1978 se lleva a cabo el cribado de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito mediante la prueba del talón. En 2009 se inició un programa de cribado ampliado,

con el que es posible la detección de hasta 30 enfermedades metabólicas hereditarias. A mediados de 2011, se incluyó la detección de fibrosis quística, y finalmente, en 2018 se implantó el cribado de la enfermedad de células falciformes y otras hemoglobinopatías.

En la actualidad, el Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas de Andalucía incluye seis grupos de patologías: (I) Hipotiroidismo congénito. (II) Aminoacidopatías, (III) Defectos de la beta oxidación de los ácidos grasos, (IV) Acidurias y acidemias orgánicas, (V) Fibrosis quística, (VI) Hemoglobinopatías: enfermedad de células falciformes, portador de anemia falciforme y otras variantes estructurales, beta-talasemia major y hemoglobinopatía C ([Consejería de Salud y Consumo, 2023e](#)).

Cribado de cáncer de colon

El cáncer de colon en Andalucía ocupa actualmente el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de pulmón en los hombres y después del de mama en las mujeres. La supervivencia del cáncer colorrectal depende en gran medida del estadio en el momento del diagnóstico, oscilando entre el 90-95% a los 5 años en los casos diagnosticados en estadio I, y entre 5-12% en los diagnosticados en estadio IV. Esta relación entre estadio al diagnóstico y supervivencia pone de manifiesto la importancia de la detección precoz en este tipo de cáncer ([Consejería de Salud, 2021](#)).

El cribado poblacional de cáncer colorrectal, con carácter general, se realiza a hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años a través de test de sangre oculta en heces, con una periodicidad de 2 años. Está dirigido exclusivamente a personas sin síntomas y sin antecedentes personales o familiares que predispongan a padecer cáncer de colon.

El programa de detección precoz de cáncer colorrectal (PCCC) empezó en la Comunidad de Andalucía con un pilotaje en 2014, iniciándose su extensión a toda la Comunidad en 2018. Tiene como objetivo general reducir la carga de enfermedad en la población andaluza, en términos de disminución de la incidencia y mortalidad en la población de riesgo medio y de mejora de la calidad de vida en los casos detectados.

Hasta 2023, el PCCC ha invitado a un total de 2.319.696 personas residentes en Andalucía a hacerse la prueba en casa, habiéndose alcanzado una cobertura de 98,4 % en invitación de la población diana de este cribado. A esta invitación han respondido aceptando la prueba un 51,2% de las personas invitadas ([Estrategia de Cáncer en Andalucía, 2024](#)).

Cribado de cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres andaluzas, al igual que sucede en el resto de España y Europa. En la actualidad no se conoce cuál es el agente causal del cáncer de mama. Los factores de riesgo conocidos más importantes no son modificables: la edad y el sexo (sólo un 1% de los cánceres de mama se producen en hombres y el 75% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años), los antecedentes personales de cáncer de mama, los factores genéticos (BRCA1 y BRCA2), los antecedentes familiares y factores hormonales (relacionados con la menarquía, la menopausia o la terapia hormonal sustitutiva). Existen otros factores que se han relacionado con el cáncer de mama: obesidad, dieta rica en grasa, consumo de alcohol, exposición a sustancias químicas similares a los estrógenos (pesticidas, ciertos productos industriales...) o exposición previa a una radiación intensa (especialmente durante la infancia) ([Acebal Blanco & Alba Conejo, 2011](#)).

Actualmente no es posible llevar a cabo medidas para evitar que la enfermedad aparezca, pero es posible detectarla en fases tempranas cuando aún no ha producido síntomas y

aplicando el tratamiento adecuado, conseguir mejorar el pronóstico aumentando la supervivencia. La forma más eficaz de detectar precozmente el cáncer de mama es realizar mamografías periódicas a mujeres de una determinada franja de edad, en las que aún no se han presentado síntomas.

El cribado poblacional de cáncer de mama, con carácter general, se realiza a mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años y consiste en la realización de mamografías cada 2 años. El programa de detección precoz del cáncer de mama se inició en Andalucía en 1995 y su objetivo principal es disminuir la mortalidad por cáncer de mama. En 2023 se inició el procedimiento para ampliar la población diana del programa incluyendo nuevas franjas de edad con mujeres de 70 y 71 años, con lo cual la población diana actual va desde los 50 hasta los 71 años, y próximamente está previsto incorporar a las mujeres de 47 a 49 años. (Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía).

La condición indispensable para que el Programa pueda conseguir su objetivo es que más del 75% de las mujeres invitadas a participar acudan a realizarse la exploración. La tasa de participación en 2023 es del 65% ([Estrategia de Cáncer en Andalucía, 2024](#)).

Cribado de cáncer de cérvix

El cáncer de cuello de útero tarda más de 10 años en desarrollarse, por lo que se dispone de un plazo prolongado para detectarlo, tratarlo y curarlo. La infección con ciertas cepas del virus papiloma humano (VPH), adquiridas generalmente por vía sexual, es el factor de riesgo más importante para el cáncer cervical. Mediante las técnicas de detección de VPH más del 90% del cáncer cervical y 75-85% de lesiones neoplásicas intraepiteliales cervicales de alto grado tienen DNA detectable de VPH.

El programa va dirigido a mujeres entre 25 y 65 años a las que se realiza una toma de muestra del cérvix, a través de la cual es posible detectar precozmente las células cervicales anómalas y/o la presencia de virus del papiloma humano (VPH), disminuyendo la probabilidad de desarrollar el cáncer de cuello de útero (cérvix).

En febrero de 2024 se inició el Programa de cribado de cuello de útero en Andalucía que pasa de oportunista a poblacional a través de un pilotaje en la provincia Cádiz, teniendo prevista su implantación como poblacional para julio de 2024 ([Estrategia de Cáncer en Andalucía, 2024](#)).

La pandemia de COVID-19: un desafío global

La pandemia de COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha marcado un antes y después en la historia de la salud pública mundial. Desde su aparición en Wuhan (China) a finales de 2019, la enfermedad se propagó con una velocidad inusitada, desbordando sistemas sanitarios, alterando economías y modificando hábitos sociales en todo el planeta. La OMS declaró la situación como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020 y, posteriormente, como pandemia global el 11 de marzo de ese mismo año, cuando ya se habían registrado casos en más de 100 países.

A nivel global, la COVID-19 ha dejado un impacto devastador. Según los últimos informes de la OMS (2024), se han confirmado más de 774 millones de casos y 7 millones de muertes, aunque estudios de exceso de mortalidad sugieren que la cifra real podría superar los 20 millones de fallecidos. La respuesta internacional incluyó medidas sin precedentes, como

restricciones de movilidad, cierres de fronteras y el desarrollo acelerado de vacunas en tiempo récord (aprobadas a finales de 2020). Sin embargo, la aparición de variantes como Delta (2021) y Ómicron (2022) demostró la capacidad de evolución del virus y la necesidad de estrategias adaptativas (*WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*, s. f.).

Europa se convirtió en uno de los epicentros iniciales de la pandemia, con Italia y España como focos críticos en la primera ola (marzo-mayo 2020). El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) reportó, hasta 2024, más de 250 millones de casos confirmados y 2,3 millones de muertes en este territorio. La Unión Europea (UE) implementó un enfoque coordinado, destacando: [1] La creación de un certificado COVID digital para facilitar la movilidad (2021). [2] La compra centralizada de vacunas para garantizar equidad entre estados miembros. [3] Fondos de recuperación como Next Generation EU para mitigar el impacto socioeconómico.

España fue uno de los países más afectados durante la primera ola, con un sistema sanitario al límite y una elevada mortalidad en residencias de mayores. Datos oficiales del Ministerio de Sanidad (2024) reflejan: [1] Más de 14 millones de contagios confirmados. [2] Cerca de 125.000 fallecidos (según registros del Instituto de Salud Carlos III, incluyendo exceso de mortalidad). [3] Picos críticos: marzo-abril 2020 (primera ola), enero 2021 (tercera ola) y julio 2021 (impacto de Delta). La campaña de vacunación, iniciada en diciembre de 2020, fue un éxito destacable con más del 93% de la población diana (mayores de 12 años) vacunada con pauta completa en 2022 y el uso mayoritario de vacunas de ARNm (Ministerio de Sanidad, 2022b).

En **Andalucía**, la pandemia puso a prueba la capacidad del sistema sanitario público. Según la Consejería competente en materia de Salud (2024) hubo 1,6 millones de casos acumulados, 14.200 muertes confirmadas por COVID-19 y una presión hospitalaria extrema en olas críticas (con las unidades de cuidados intensivos al 150% de capacidad en enero 2021) (Consejería de Salud y Consumo, 2024b).

Cinco años después del comienzo de la pandemia de COVID-19, las consecuencias para la ciudadanía, los hábitos sociales y los profesionales sanitarios han sido profundas, tanto a nivel individual como colectivo. Analicemos estas consecuencias desde una perspectiva sociológica y de política sanitaria:

Transformación de los hábitos sociales

A lo largo de la pandemia, las personas se acostumbraron al uso frecuente de mascarillas, al **distanciamiento social** y a una mayor higiene personal. Aunque algunas de estas prácticas se han relajado, en muchos contextos sociales persiste una mayor conciencia sobre la higiene y el contacto físico. La pandemia dejó una huella en las formas de relacionarse, incluso después de que las restricciones oficiales hayan terminado. El miedo a nuevas olas de contagios también mantiene una cierta cautela en las interacciones sociales.

El **teletrabajo**, que en muchos casos se implementó como una medida de emergencia, se consolidó como una opción viable para muchas personas. Esto llevó a una **mayor digitalización de la vida cotidiana**, desde el trabajo hasta las interacciones sociales y la educación. Aunque algunos sectores han regresado a la presencialidad, el trabajo remoto se ha mantenido en diversos entornos laborales.

Cambio en las prioridades y valores: La pandemia provocó una reflexión profunda sobre las prioridades de vida. Muchas personas valoran más el tiempo con sus seres queridos, la salud mental y el bienestar, frente a la vida acelerada que prevalecía antes de la crisis. Este cambio

ha dado paso a un aumento en la búsqueda de un equilibrio entre la vida laboral y personal, así como una mayor apreciación por el ocio y el autocuidado.

Desigualdad social y económica

La pandemia exacerbó las **desigualdades** preexistentes en la sociedad. Los grupos más vulnerables, como las personas con bajos ingresos, las comunidades marginadas y las personas mayores, fueron más afectados tanto por el virus como por las consecuencias económicas y sociales de la pandemia. Esto también se reflejó en el acceso desigual a la atención sanitaria, lo que pone de manifiesto la necesidad de reformas en los sistemas de salud y políticas públicas para abordar estas disparidades.

La crisis económica y sanitaria también tuvo un fuerte impacto en la **salud mental de la ciudadanía**. La ansiedad, el estrés y la depresión aumentaron significativamente debido al confinamiento, el miedo al contagio y las pérdidas económicas. El aislamiento social también exacerbó estos problemas, lo que generó una presión adicional sobre los servicios de salud mental.

Consecuencias para los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios estuvieron en la primera línea durante la pandemia, enfrentando un alto nivel de estrés, horas excesivas de trabajo y la constante amenaza de infección. Aunque la presión inmediata de la pandemia ha disminuido, muchos trabajadores de la salud continúan lidiando con los efectos del **agotamiento profesional**, conocido como "burnout". Este fenómeno se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de ineeficacia. El estrés acumulado también ha afectado la salud mental de muchos profesionales de la salud, generando una crisis en el personal sanitario.

La pandemia puso de manifiesto las deficiencias en la infraestructura sanitaria de muchos países. La **escasez de personal sanitario**, la sobrecarga de trabajo y las condiciones laborales precarias afectaron la calidad de vida de los profesionales sanitarios. Además, algunos profesionales abandonaron la profesión debido a la presión extrema, lo que dejó a los sistemas de salud aún más frágiles.

Aunque la pandemia elevó el **reconocimiento social** de los trabajadores de la salud como héroes, en muchos países, la falta de mejoras significativas en sus condiciones laborales, salarios y bienestar sigue siendo una cuestión pendiente. Este **desencanto** puede llevar a una crisis de confianza y a una mayor rotación de personal, afectando la calidad del cuidado de la salud a largo plazo.

Los profesionales sanitarios tuvieron que adaptarse rápidamente a **nuevas formas de trabajar**, incluyendo el uso de la telemedicina para consultas no urgentes. Si bien esto ha facilitado el acceso a la atención para algunas personas, también ha planteado desafíos en términos de diagnóstico y conexión con los pacientes. La tecnología, aunque útil, también presenta barreras para muchos pacientes y para los profesionales más acostumbrados a la interacción directa.

La pandemia también puso un **énfasis renovado en la importancia de la salud pública**, la prevención y las políticas sanitarias. Este cambio en el enfoque de la atención médica puede tener implicaciones duraderas en la manera en que se organiza y proporciona la atención sanitaria en el futuro.

Consecuencias en términos de política sanitaria

La pandemia evidenció las debilidades de los sistemas de salud pública, especialmente en lo que respecta a la infraestructura y la capacidad de respuesta ante emergencias. En muchos países, esto ha llevado a una reevaluación y mejora de la infraestructura sanitaria, la formación de personal y el aumento de la inversión en atención primaria y el **fortalecimiento de los servicios de salud pública**.

Muchos gobiernos han implementado **reformas en las políticas sanitarias**, centrándose en mejorar la equidad en el acceso a la salud, especialmente en áreas rurales y entre poblaciones marginadas y vulnerables. También se han reforzado las políticas de prevención, con un enfoque en la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables.

La pandemia subrayó la importancia de la **cooperación internacional para enfrentar problemas globales**. El intercambio de información sobre vacunas, tratamientos y protocolos de seguridad, así como la coordinación en la distribución de recursos, ha sido fundamental. Esto podría dar paso a una mayor integración en la respuesta a futuras pandemias o crisis sanitarias globales.

Además de su devastador coste sanitario, la pandemia de COVID-19 ([Khan et al., 2020](#); [Moneshwaran et al., 2024](#); [Rezaei et al., 2021](#); [Yazdanpanah et al., 2024](#)) ha tenido profundas repercusiones socioeconómicas y ha dejado secuelas físicas y mentales en millones de personas, redefiniendo los desafíos de la salud pública a medio y largo plazo. En conclusión, cinco años después de la pandemia, las consecuencias de la crisis sanitaria han moldeado profundamente la vida social y profesional en diversas dimensiones. Para la ciudadanía, ha habido un cambio en los hábitos sociales, una mayor conciencia de la salud, pero también un aumento de las desigualdades sociales y problemas de salud mental. Para los profesionales sanitarios, el agotamiento y la escasez de personal siguen siendo desafíos significativos, y las políticas sanitarias han tenido que adaptarse para abordar estas cuestiones fortaleciendo los sistemas de salud pública y mejorando la equidad en el acceso a la atención sanitaria.

Contexto normativo en Salud

La legislación vigente internacional, estatal y autonómica establece los **derechos** y deberes de las personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los derechos sanitarios gozan del nivel más alto de protección según la normativa internacional, nacional y autonómica. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (París, 10 de diciembre de 1948) afirma, en su Artículo 25, que “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*”

Los derechos a la salud forman parte también de la normativa europea. El tratado de la Unión Europea, o Tratado de Maastricht (1992/C 191/01), sobre todo a través de su artículo 129, asigna a la Comunidad un papel en materia de salud. Por su parte, el artículo 11 de la Carta Social Europea (edición revisada, 1996) reconoce el derecho a la protección de la salud, a través del compromiso con la promoción y prevención de salud. En su artículo 13 se reconoce el derecho para todas las personas a una atención social y médica en caso de no disponer de recursos. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) en su artículo 35 remite de nuevo al derecho a la atención sanitaria a las autoridades nacionales.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios". En su artículo 148 preveía la posibilidad de que las Comunidades Autónomas asumiesen la mayoría de las competencias de Sanidad e Higiene, cuya transferencia a Andalucía se efectuó mediante el Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad. El primer Estatuto de Autonomía para Andalucía (Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre), recogía igualmente la exclusividad de las competencias autonómicas.

El marco nacional, por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció como "titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional", lo que se complementa con otras normas nacionales como la 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 y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, concibe el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Pocos días después, la normativa andaluza, la Ley 8/1986, de 6 de mayo, creó el Servicio Andaluz de Salud para la prestación de servicios sanitarios. Quedaría pendiente la especificación del marco andaluz de derechos y deberes de las personas usuarias del sistema, para lo cual hubo que esperar a la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. El Estatuto de Andalucía de 2007 (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía) ratificó el marco de competencias (art. 55) y derechos (art. 22). Algunos años después, la Ley andaluza 16/2011, de 23 de diciembre, desarrolla los aspectos de salud pública contenidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio.

Algunos años después, la Ley andaluza 16/2011, de 23 de diciembre, concreta los aspectos de salud pública contenidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, desarrollándose mediante Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública.

Además, la normativa andaluza ha declarado igualmente los derechos y obligaciones en distintos ámbitos sanitarios, como el Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento, la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada, el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad, la Ley 11/2007, de 26 de noviembre, Reguladora del Consejo Genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía, la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía o la Ley 2/2010, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

Finalmente, este aspecto asociado a los derechos en el ámbito sanitario se recoge en otras normas andaluzas como la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, o la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Contexto normativo en Salud Digital

Las principales entidades reguladoras europeas, nacionales y autonómicas han formulado en los últimos años distintas directrices dirigidas a regular el uso e impacto de todos los instrumentos relacionados con la salud y transformación digital.

A nivel europeo, cabe destacar:

- Data Governance Act. Este marco regulatorio tiene como objetivo impulsar sistemas confiables de intercambio de datos y facilita la gestión de datos en salud, mejorando tratamientos y servicios sanitarios.
- Regulación (UE) 2021/522 (EU4Health 2021-2027). Establece las nuevas directrices para la creación de un programa de acción digital en salud, con importantes implicaciones normativas, estratégicas y de financiación para todos los países miembros de la Unión Europea.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de datos).

En el ámbito nacional:

- Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad.
- Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos.
- La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales por la que se refuerza los derechos de los ciudadanos en el entorno digital y se establecen normativas más estrictas.
- Real Decreto 4/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica.

La normativa europea y nacional requiere de un aterrizaje a las realidades autonómicas; en este sentido, la Administración Pública de Andalucía aprueba instrumentos que garanticen el cumplimiento de estas directrices. Por este motivo, se justifica la aprobación de la formulación de la I Estrategia de Salud Digital de Andalucía 2030 así como la formulación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030, ESA2030, ambas bajo el amparo de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía que actúa como marco de referencia para todas las acciones relacionadas con la salud en la región.

Investigación e innovación

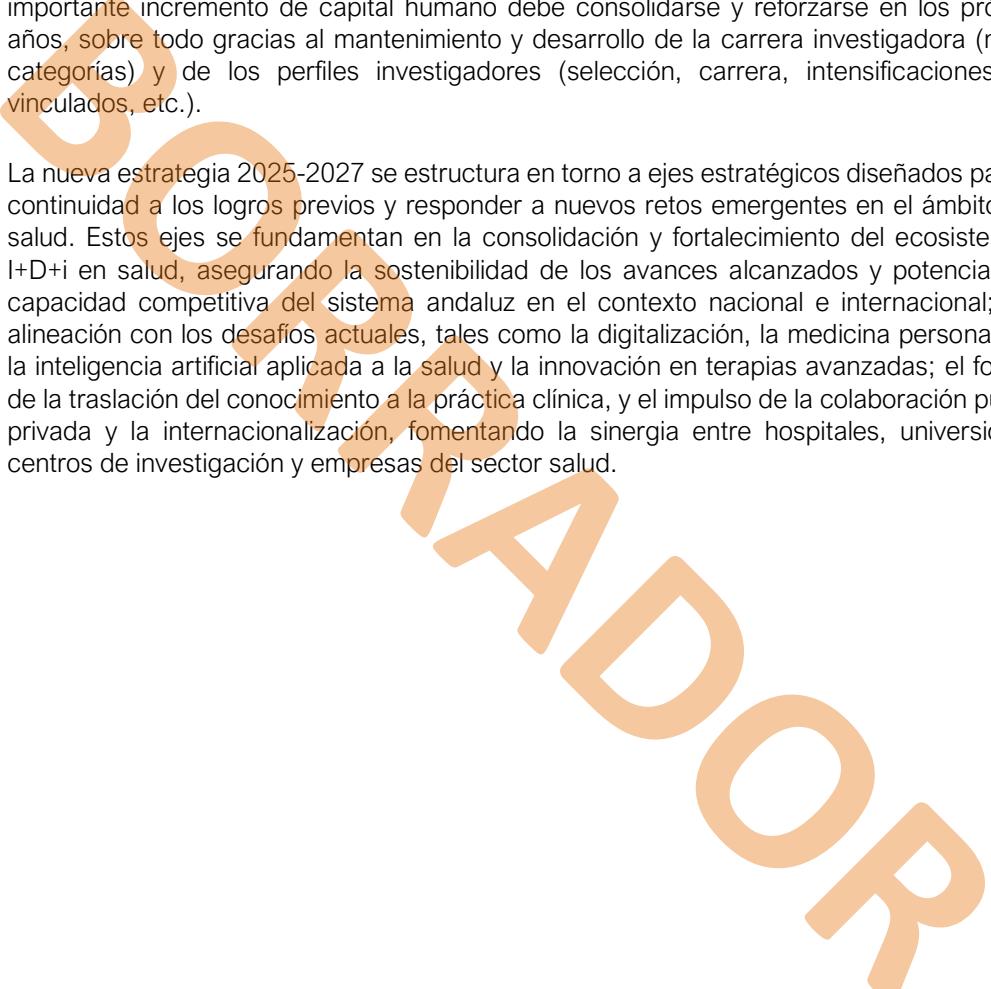
La Estrategia de Investigación e Innovación en Salud de Andalucía (EIISA) constituye el marco de referencia que orienta y estructura el desarrollo del conocimiento biomédico y sanitario, así como la innovación dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Su objetivo principal es consolidar un ecosistema de investigación que no solo impacte directamente en la mejora de la salud de la población andaluza, sino que también contribuya al progreso científico y tecnológico de la comunidad autónoma.



La experiencia acumulada en el cuatrienio 2020-2023 ha permitido consolidar el crecimiento de la actividad investigadora e innovadora en salud. Así pues, la red de fundaciones de gestión de la investigación en salud ha incrementado los fondos captados anualmente en un 49%. Especial relevancia tienen los fondos procedentes de las de convocatorias competitivas nacionales y europeas y el importante incremento de la participación en estudios clínicos, donde se ha incrementado en 46%.

En lo relativo al fortalecimiento del capital humano desde 2019 a 2023, se ha incrementado en un 97% el número de investigadores clínicos contratados y ha aumentado el número de investigadores básicos contratados en programas competitivos en un 106%, así como el número de técnicos de investigación contratados en programas competitivos en un 78%. Este importante incremento de capital humano debe consolidarse y reforzarse en los próximos años, sobre todo gracias al mantenimiento y desarrollo de la carrera investigadora (nuevas categorías) y de los perfiles investigadores (selección, carrera, intensificaciones, EIR, vinculados, etc.).

La nueva estrategia 2025-2027 se estructura en torno a ejes estratégicos diseñados para dar continuidad a los logros previos y responder a nuevos retos emergentes en el ámbito de la salud. Estos ejes se fundamentan en la consolidación y fortalecimiento del ecosistema de I+D+i en salud, asegurando la sostenibilidad de los avances alcanzados y potenciando la capacidad competitiva del sistema andaluz en el contexto nacional e internacional; en la alineación con los desafíos actuales, tales como la digitalización, la medicina personalizada, la inteligencia artificial aplicada a la salud y la innovación en terapias avanzadas; el fomento de la traslación del conocimiento a la práctica clínica, y el impulso de la colaboración público-privada y la internacionalización, fomentando la sinergia entre hospitales, universidades, centros de investigación y empresas del sector salud.





Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



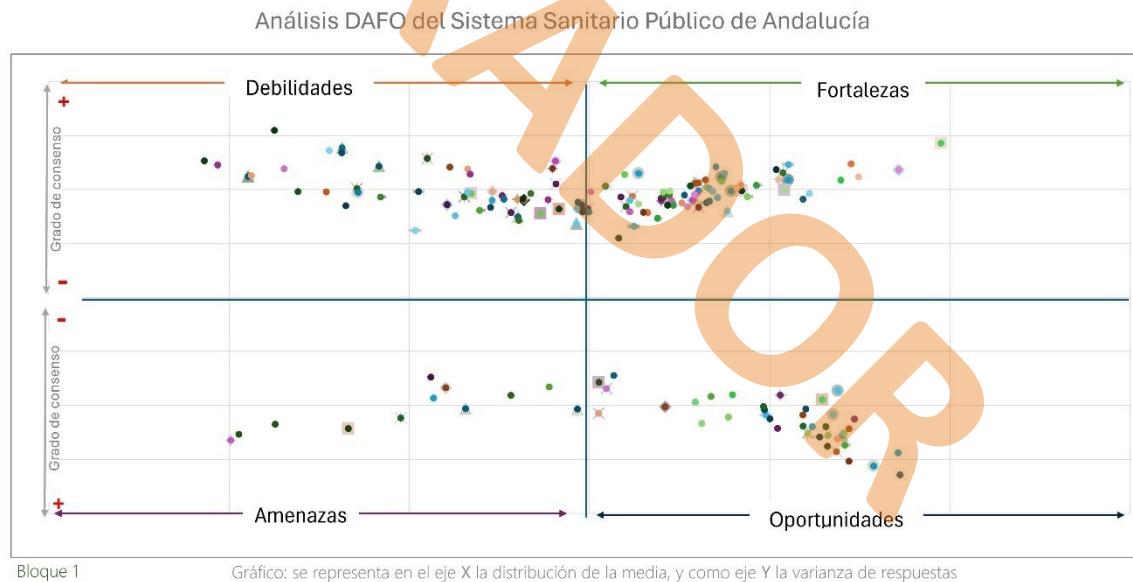
BORRADOR

Situación de partida

08. Análisis estratégico del SSPA

El diagnóstico estratégico constituye una de las fases clave en el análisis de cualquier organización y comprende un doble análisis, interno y externo (o del entorno), de la situación en la que se encuentra una organización en un momento determinado. A partir de dicho diagnóstico, la organización revisa sus objetivos y formula las estrategias a seguir. El mencionado diagnóstico se puede llevar a cabo utilizando diferentes tipos de herramientas, entre las cuales se incluye el análisis DAFO, a través del cual se determina la relación entre las influencias del entorno y las capacidades estratégicas de una organización respecto a sus competidores y respecto a sus propias potencialidades basadas en sus recursos y capacidades. Desde esta visión de la situación de la organización se pueden definir claramente un conjunto de objetivos estratégicos y de acciones priorizadas para enfrentarse a los retos que plantea el entorno: acciones de supervivencia, ofensivas, adaptativas o acciones defensivas, maximizando fortalezas y oportunidades; y minimizando amenazas y debilidades. (ver Anexo 3)

El análisis DAFO del SSPA se fundamenta en un examen pormenorizado de 175 ítems agrupados en 12 bloques de información. Los datos han sido recopilados mediante un cuestionario online elaborado ad hoc para el análisis interno y externo del SSPA. El cuestionario fue sometido a diversos procedimientos de validación, se implementó en la plataforma EUsurvey, se envió a un universo de 1500 directivos y profesionales de referencia del SSPA, y se obtuvieron 620 respuestas.



Amenazas

Las mayores **amenazas** del SSPA tienen que ver con varios bloques claramente definidos. En primer lugar, la **Sostenibilidad** del sistema sanitario representa la amenaza extrema del mismo con cuatro ítems en valores extremos negativos en el análisis DAFO: la crisis económica (1,68), la infrafinanciación histórica en salud en Andalucía (1,76), los costes farmacéuticos (2,09) y el incremento de la demanda de formación continuada de los profesionales (3,67).

La **Calidad de los Servicios y la Intersectorialidad** representan una amenaza grave, aunque no extrema, caracterizada por dos ideas principales: el descontento generalizado de la ciudadanía con el SSPA (2,77) y el valor añadido ofrecido por el sector sanitario privado frente al sistema público (4,27).

Ciertos elementos relacionados con la **Gobernanza** del SSPA suponen una amenaza grave, aunque no limitante del mismo. En concreto, el impacto de la descapitalización profesional sobre la capacidad de respuesta del sistema público de salud (3,25), la influencia de la política en la definición de prioridades y asignación de recursos en el ámbito de la salud (3,53) y la limitación de la autonomía de decisión de los directivos del SSPA derivada del marco normativo y jurídico existente (3,85).

Por último, dos hechos asociados a la **Transformación Digital** estiman una amenaza intermedia por las puntuaciones observadas: la influencia sobre la sostenibilidad del SSPA que supone la incorporación, mantenimiento y actualización de los sistemas de información (4,63) y el riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a los datos sanitarios (3,56).

Debilidades

Las **debilidades** del SSPA son extremas en diferentes cuestiones que afectan de manera directa a los **Profesionales Sanitarios**: la limitación de plantillas (1,44), la inestabilidad laboral de los profesionales de la salud (1,56), la elevada carga asistencial y el agotamiento entre los profesionales (1,84), los **modelos de contratos** (1,87), la rotación de los profesionales (2,3); y la retención y atracción de talento en el SSPA (2,57). Otros ítems detectados vinculados a los profesionales sanitarios son debilidades intermedias o moderadas: la alta dependencia de terceros en la externalización del conocimiento en salud digital (3,5), la insuficiente capacitación TIC de los profesionales unida a resistencias al cambio (3,88), las posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional en el SSPA (4,34), la capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de la ciudadanía por parte de directivos del SSPA (4,39), o la satisfacción de los profesionales con su trabajo (4,99).

Las debilidades del SSPA vinculadas con la **Sostenibilidad** del mismo son extremas en relación a la incertidumbre en la financiación (2,09) y las limitaciones presupuestarias en el sistema de salud (2,18); los recursos limitados para impulsar procesos de transformación en la organización (2,59) y para la provisión de servicios a la población vulnerable (2,71). Se evidencia también como una debilidad intermedia asociada a la sostenibilidad derivada de las formas innovadoras de compra pública utilizadas en el SSPA (4,1).

En relación a la **Calidad de los Servicios, Intersectorialidad y Enfoque Comunitario** se observan distintas debilidades de valoración intermedia del sistema sanitario relacionadas con la integración de la atención a la salud en el espacio sociosanitario (3,84), las infraestructuras y recursos disponibles en los centros de salud y hospitales (4,27), la colaboración intersectorial para mejorar la salud de la ciudadanía (4,39), la coordinación entre salud y servicios sociales para atender a pacientes y personas cuidadoras (4,72) y el aumento de la demanda de servicios de salud (3,39).

La **Investigación** muestra debilidades graves asociadas a las dificultades en la integración de la investigación con la actividad asistencial (2,75) y la financiación de la investigación (2,86). Además, muestra debilidades menos graves relacionadas con el apoyo institucional a la investigación clínica en el SSPA (3,07), la cultura y gobernanza de la investigación en el SSPA (3,42), la centralización de la investigación a nivel hospitalario (3,68) y los mecanismos de evaluación de la investigación realizada en el SSPA (3,91).

La **Orientación del Sistema Sanitario** muestra debilidades no graves asociadas a la flexibilidad a los cambios de la estructura organizacional del SSPA (4,19), la coordinación entre atención primaria y hospitalaria en el SSPA (4,35) y la estrategia de escalabilidad de servicios del SAS (4,69).

En la **Gobernanza** del SSPA se observan debilidades graves por la limitada presencia de profesionales en los procesos de diseño y cocreación de los servicios asistenciales (2,71), la existencia de una estructura de gestión burocrática y rígida (2,85) y un sistema asistencial con un enfoque principalmente reactivo (3,9).

Las debilidades no graves asociadas a la **Participación** tienen que ver con el modelo de toma de decisiones de la dirección corporativa del SSPA (4,33) y la participación y colaboración de la ciudadanía en las políticas y procesos de diseño de los servicios de salud (4,46).

Y, por último, las debilidades del SSPA asociadas a la **Transformación Digital y a los mecanismos de Transparencia y Evaluación** se asocian a la presencia de activos tecnológicos obsoletos (3,05), el nivel actual de interoperabilidad de los sistemas de salud (4,69), la disponibilidad y capacidad de análisis de los datos de salud por parte de los profesionales del SSPA (4,98) derivada de las limitaciones de los sistemas de información para la toma de decisiones (3,87) y de la calidad de la información proporcionada por los sistemas de información (4,88).

Oportunidades

Las **oportunidades** del SSPA obtienen puntuaciones máximas en relación a la **Orientación del Sistema Sanitario** sobre los siguientes ítems: la implementación de la cirugía robótica en ciertos procedimientos quirúrgicos (7,87), la incorporación de la medicina personalizada en el SSPA (7,85), la colaboración con otros centros de investigación y de atención asistencial para el intercambio de conocimiento y la mejora de los servicios (7,4), el impulso generalizado a nivel europeo y nacional a la mejora del acceso a la asistencia y salud pública de poblaciones vulnerables (7,4), la cultura de cooperación con terceros para fortalecer el trabajo en red de los servicios de salud (7,36) y el acceso de los pacientes a sus imágenes diagnósticas, resultados médicos e historias clínicas (7,25).

El segundo bloque de oportunidades con valoraciones máximas se asocia a la **Transformación Digital** del SSPA, en concreto con el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en el SSPA (7,63), el impulso a nivel europeo y nacional de la salud digital y de la transformación digital (7,36), la disponibilidad de aplicaciones móviles y de otras iniciativas digitales y tecnológicas relacionadas con la salud para el manejo de enfermedades y la promoción de hábitos saludables (7,29), el uso de herramientas digitales por parte de la ciudadanía en su día a día (7,2) y de dispositivos wearables para promover un mayor autocuidado y prevención de enfermedades (7,06), así como, las tendencias tecnológicas centradas en la disponibilidad de amplias bases y fuentes de datos (6,67) y la incorporación de la inteligencia artificial para personalización de la atención sanitaria (6,61).

El tercer bloque de oportunidades con valoraciones intermedias se asocia a la **Calidad de los Servicios e Intersectorialidad**, en concreto con los siguientes ítems: la colaboración del SSPA en proyectos innovadores con otros organismos internacionales, nacionales y autonómicos (7,34), la continuidad asistencial entre atención primaria y hospitalaria (7,3), la explotación de la información y conocimiento generado en el ámbito sanitario (7,18), el aumento de la productividad de los profesionales sanitarios al reducir su carga burocrática mediante la transformación digital (7,15), el retorno social de la inversión en salud (6,98), el apoyo de la ciudadanía al sistema público de salud (6,76), la participación y colaboración con agentes de

salud externos al SSPA en la definición de políticas y servicios (6,74), la equidad por un uso heterogéneo de la tecnología (6,63) y la colaboración con la industria farmacéutica y tecnológica en cuestiones de investigación e innovación (6,62).

Fortalezas

El análisis de las **fortalezas** asociadas a la **Salud en Todas las Políticas** muestra las puntuaciones más elevadas dentro del apartado Fortalezas del DAFO. En concreto en los siguientes ítems: la igualdad de género en el acceso a los servicios de salud (8,25), la equidad como área transversal en todas las políticas sanitarias (7,03), la atención a la seguridad clínica y a la prevención de eventos adversos (6,84); y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en todas las etapas de la vida (6,36).

El segundo bloque de fortalezas del SSPA con valoraciones más elevadas corresponde a los **Profesionales Sanitarios**, en relación al compromiso y vocación de los profesionales del SSPA (7,86), el cumplimiento del respeto, ética y responsabilidad por parte de los profesionales (7,42), la cualificación y formación de los profesionales para garantizar la atención a los pacientes (7,49) y la cultura del SSPA de colaboración y trabajo en equipo entre los profesionales (6,46).

Como fortalezas con valores intermedios aparecen las asociadas al **Enfoque Comunitario y en las Personas**, en concreto, la igualdad en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones desfavorecidas (6,27), el fomento de conductas saludables en todas las etapas de la vida (6,11), el nivel de satisfacción de pacientes y sus familias con el SSPA (6,07), las alianzas con las asociaciones de pacientes (6,01), el nivel de la personalización de los servicios de salud a las necesidades individuales (5,69), y en último lugar, la accesibilidad a los servicios de salud para toda la población de Andalucía (5,41).

Relacionado con la **Orientación del Sistema Sanitario** los ítems que se evalúan como fortalezas moderadas por parte del SSPA son: el respeto a la intimidad y privacidad de los pacientes (6,97), la humanización de la asistencia sanitaria (6,84), las actuaciones del SSPA para reducir la morbilidad en Andalucía (6,25), las campañas de educación para la prevención de enfermedades relevantes (6,22), el valor tecnológico de los servicios ofrecidos por el SSPA (6,17), la prevención y atención temprana a la población (6,01), la reputación entre la población del SSPA (5,74), la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de la ciudadanía (5,66) y la orientación del sistema de salud hacia la cronicidad (5,66).

Por último, en el bloque **Autonomía Personal, Determinantes de la Salud y Calidad de Vida** se observan fortalezas de nivel bajo relacionadas con la reducción de las inequidades en salud en diferentes grupos de población (5,99), la comprensión y abordaje de los factores determinantes de la salud por parte del SSPA (5,93), la promoción de la corresponsabilidad y el autocuidado de los pacientes (5,86) y la promoción de la salud en diversos entornos de la vida como el trabajo, la escuela, la comunidad (5,78).



Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



BORRADOR

Misión, visión y valores



09. Misión, Visión y Valores

El 16 octubre de 2023 tuvo lugar una jornada participativa con 22 personas expertas y referentes del SSPA dentro del enfoque de la formulación estratégica orientada a la definición de la misión, visión y valores. El resultado de esta sesión de trabajo grupal se elevó posteriormente al Comité Director de la ESA 2030 para su aprobación.

El enfoque metodológico se centró en tres ideas: (1) definir la Misión como el objetivo de la estrategia del SSPA, así como el propósito y destinatarios de la misma, (2) conceptualizar la Visión como la aspiración o futuro que queremos alcanzar como sistema sanitario, y (3) enunciar los Valores como los principios éticos y creencias fundamentales de nuestra organización.

Misión de la ESA2030

Promover el bienestar integral con una atención sanitaria accesible, innovadora y sostenible, priorizando la prevención y la promoción de la salud

Visión de la ESA2030

Ser una organización sanitaria referente, centrada en las personas, que proporciona un servicio de alto valor basado en la excelencia y la universalidad

Valores de la ESA2030

Accesibilidad
Calidad asistencial
Transparencia
Sostenibilidad
Eficiencia
Ética
Humanización
Corresponsabilidad
Equidad
Resiliencia
Liderazgo





Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



BORRADOR

Enfoque estratégico



10. Enfoque estratégico global ESA 2030

En el análisis del contexto de salud en Andalucía se han incluido los datos demográficos de la comunidad autónoma, los principales determinantes sociales de la salud (*renta, empleo, educación, vivienda y bienestar subjetivo*), los factores que definen los estilos de vida (*dieta, actividad física, exceso de peso, consumo de tabaco y de alcohol, bienestar emocional, sexualidad responsable y el uso de tecnologías de relación, información y comunicación*) y los principales procesos que determinan la morbilidad y la atención a la población (*enfermedades cardiovasculares, ictus, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, salud mental, deterioro cognitivo y demencias; enfermedades raras, dependencia, cronicidad, discapacidad y exclusión social; salud infantil y adolescente; cuidados paliativos y los programas preventivos poblacionales*).

Tras el análisis de situación se observaron las Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades del SSPA, lo que facilitó, bajo el marco de referencia de la Misión, Visión y Valores de la ESA 2030, hacer un diagnóstico estratégico y definir una estrategia para el ámbito salud en Andalucía con la meta temporal 2030 que está estructurada en 3 líneas estratégicas, 13 objetivos, 4 palancas de cambio y 188 acciones.



Estrategia de Salud de Andalucía 2030

Líneas Estratégicas

Mejorar la salud de los andaluces en todos los entornos y en todas las etapas de la vida

Reforzar la confianza de la población en el SSPA

Poner en valor a los profesionales del sector sanitario

Objetivos

Promocionar las conductas y entornos saludables

Intensificar los servicios de salud mental y el bienestar emocional en todas las etapas de la vida

Mejorar la autonomía personal y el autocuidado

Mejorar la salud sexual, afectiva y reproductiva en todas las etapas de la vida

Reducir la mortalidad prematura y evitable

Integrar el valor añadido por el SSPA a la sociedad

Coordinar los servicios sanitarios y sociales para adaptar la administración a la ciudadanía

Perfeccionar los mecanismos de evaluación

Incrementar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre salud

Fomentar el respeto en las relaciones humanas, la ética profesional y la igualdad

Responder al aumento de la demanda de servicios de salud

Abordar las debilidades del SSPA relacionadas con sus profesionales

Aumentar la flexibilidad a los cambios organizacionales en el SSPA

Palancas de Cambio

Llevar a cabo la transformación digital del SSPA

Formación, investigación e innovación

Asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario

Preparación para las futuras amenazas de salud pública

11. Líneas estratégicas, objetivos y acciones

Línea Estratégica 1. Mejorar la salud de los andaluces en todos los entornos y en todas las etapas de la vida

La evidencia científica muestra el peso que tanto el medio ambiente como los hábitos saludables de las personas tienen en la salud de la población, de ahí la necesidad de aliarse con todas las administraciones públicas, incluida la administración local, para que se hagan corresponsables en la promoción de entornos y estilos de vida saludables. Por ello, es preciso considerar en las diferentes etapas del ciclo vital, el refuerzo de las actuaciones destinadas a la promoción del ocio activo, la alimentación saludable y la actividad física durante la infancia y adolescencia, así como, el fomento de actividades que impliquen relaciones sociales durante toda la vida, o el impulso del envejecimiento activo en las personas mayores, educando en el autocuidado y la autonomía personal, y sensibilizando a la ciudadanía respecto a la corresponsabilidad sobre su salud y enfermedad. En este sentido, de atender a la salud y a la enfermedad se orienta la reducción de la mortalidad prematura y evitable mediante el impulso de la cultura de seguridad del paciente en el sistema sanitario, el seguimiento proactivo de personas con enfermedades crónicas y la incorporación de nuevos dispositivos hospitalarios para la población más compleja.

Las demandas actuales de la sociedad hacen que se dé prioridad a procurar un mayor bienestar emocional de la población y a reforzar los servicios de salud mental con una visión más psicoterapéutica y menos dependiente de la prescripción de medicamentos, además de detectar precozmente las ideas suicidas e implicar a la ciudadanía en la erradicación del estigma y de la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales o con discapacidad. Para ello, es esencial formar a los profesionales en el abordaje de las situaciones de mayor vulnerabilidad, con especial atención al bienestar emocional infanto-juvenil; a la detección de casos de soledad no deseada, y, en general, la respuesta a los problemas de salud mental en todas las etapas de la vida.

Por otra parte, es necesario velar por los derechos sexuales y reproductivos de la población, cualquiera que sea su orientación sexual, desde un enfoque de equidad y acceso universal a recursos y servicios que faciliten el bienestar integral en este ámbito a lo largo del ciclo vital, desde la inclusión de la diversidad, contemplando la importancia de los determinantes sociales y de género en la salud, y basando sus acciones en un modelo humanizado de atención a la salud que garantice el ejercicio efectivo de sus derechos.

Línea Estratégica 1. Mejorar la salud de los andaluces en todos los entornos y en todas las etapas de la vida

Objetivo 1: Promocionar las conductas y entornos saludables

- Acción 1. Fomento de una alimentación saludable y la actividad física de manera coordinada entre distintos sectores, en todos los entornos y etapas de la vida
- Acción 2. Promoción de la salud en personas mayores mediante el impulso del envejecimiento activo y saludable

- 
- Acción 3. Generación de espacios y actividades que fortalezcan la interacción social, en especial en personas mayores y adolescentes
 - Acción 4. Prevención y abordaje de la obesidad infantil-adolescente mediante el ocio activo, la alimentación saludable y la actividad física
 - Acción 5. Promoción de redes comunitarias de cuidado para personas mayores con el apoyo de los municipios
 - Acción 6. Consejo sobre tabaco y alcohol en APyC
 - Acción 7. Sensibilización y prevención de adicciones relacionadas con el consumo de sustancias en la adolescencia
 - Acción 8. Impulso de hábitos saludables en colaboración con los municipios
 - Acción 9. Implantación en los centros educativos de programas de prevención de adicciones, violencia y uso responsable de redes sociales basados en la evidencia científica con la implicación de la comunidad educativa
 - Acción 10. Promoción de entornos laborales que fomenten hábitos saludables y la recomendación de activos comunitarios para la salud
 - Acción 11. Apoyo a la lactancia materna natural en los primeros meses de vida
 - Acción 12. Programas de reducción del consumo de medicamentos y de fomento de buenas prácticas en salud
 - Acción 13. Intervenciones de educación sanitaria en actividad física, prevención del sedentarismo y de riesgos de salud vinculados a alimentos desde APyC
 - Acción 14. Provisión de herramientas a los profesionales para fomentar una adecuada gestión y afrontamiento emocional de las diferentes etapas y situaciones vitales

Objetivo 2: Intensificar los servicios de salud mental y el bienestar emocional en todas las etapas de la vida

- Acción 15. Provisión de herramientas a los profesionales para prevenir, detectar e intervenir en casos de soledad no deseada
- Acción 16. Priorización de las intervenciones de psicoterapia
- Acción 17. Mejora de la atención de los problemas de salud mental infanto-juvenil
- Acción 18. Recursos a profesionales, pacientes y familias que ayuden a evitar la medicalización de las patologías mentales
- Acción 19. Fomento de intervenciones de apoyo mutuo mediante grupos de ayuda, redes comunitarias y programas de acompañamiento para personas que comparten experiencias similares
- Acción 20. Erradicación del estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales, adicciones y/o la discapacidad
- Acción 21. Intervenciones terapéuticas para problemas de salud mental moderados en APyC
- Acción 22. Mejora de las acciones de prevención de la enfermedad mental y el suicidio
- Acción 23. Respuesta ágil y resolutiva a los problemas de salud mental en todas las etapas de la vida con enfoque de género
- Acción 24. Mejora de la coordinación intersectorial entre los equipos de APyC, las unidades de salud mental y la red de atención a adicciones
- Acción 25. Identificación de los grupos de población con mayor vulnerabilidad, con especial atención al bienestar emocional infanto-juvenil

Objetivo 3: Mejorar la autonomía personal y el autocuidado

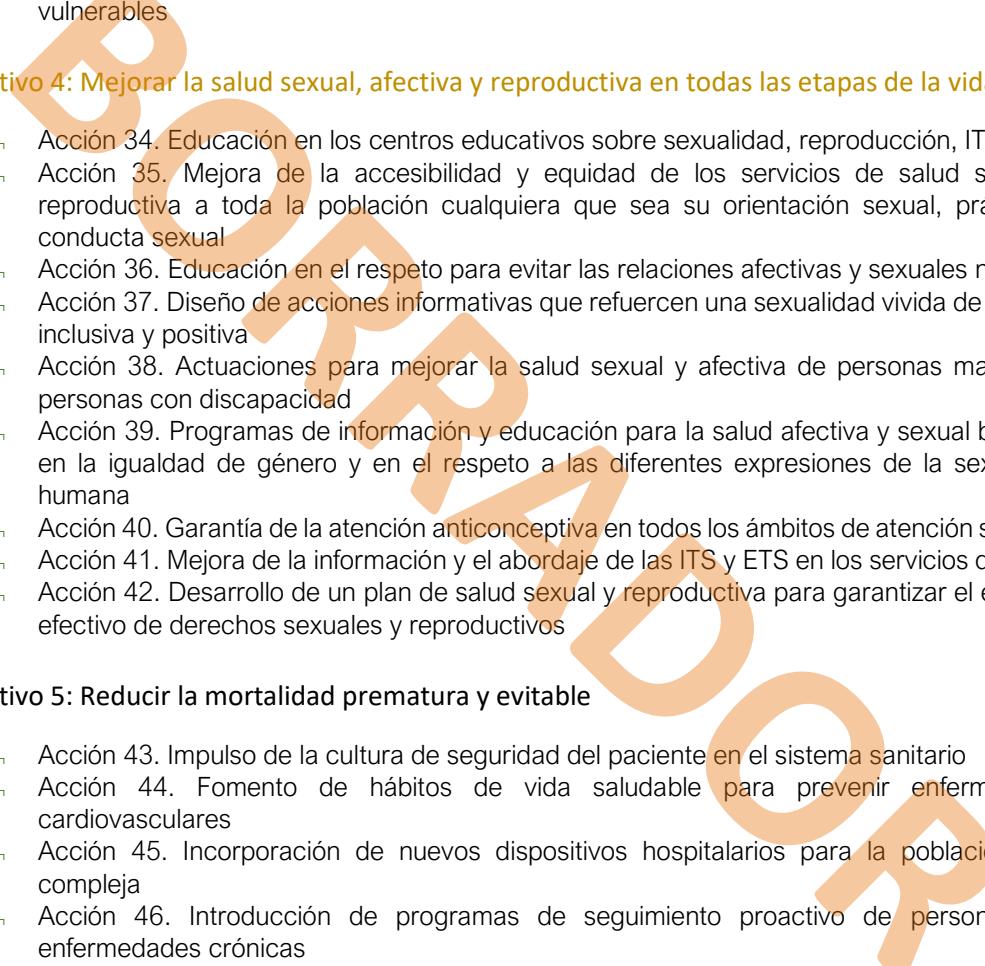
- Acción 26. Implantación de programas de envejecimiento saludable y autonomía personal para personas mayores en centros asistenciales y centros sociales
 - Acción 27. Desarrollo de actuaciones orientadas a garantizar el uso seguro, eficaz y responsable de los medicamentos, evitando la automedicación, la sobreprescripción y el abuso de fármacos, especialmente en las personas adultas y mayores
- 

- 
- Acción 28. Educación en salud y autocuidado desde las primeras etapas de la vida (infancia y adolescencia), incluyendo el ámbito escolar e impulsado por las enfermeras referentes de centros educativos
 - Acción 29. Campañas divulgativas sobre autocuidado y autonomía personal
 - Acción 30. Espacios compartidos con la ciudadanía para fomentar la corresponsabilidad y el autocuidado de su salud y enfermedad
 - Acción 31. Impulso de actuaciones orientadas a una percepción positiva de la autoestima y la aceptación de la imagen corporal en la infancia y la adolescencia de manera coordinada con el sistema educativo
 - Acción 32. Impulso de programas de autocuidado como recurso preventivo, mediante la promoción de hábitos de vida saludable y educación terapéutica en atención comunitaria
 - Acción 33. Desarrollo de actuaciones sobre parentalidad positiva, priorizando las familias vulnerables

Objetivo 4: Mejorar la salud sexual, afectiva y reproductiva en todas las etapas de la vida

- Acción 34. Educación en los centros educativos sobre sexualidad, reproducción, ITS y ETS
- Acción 35. Mejora de la accesibilidad y equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva a toda la población cualquiera que sea su orientación sexual, práctica o conducta sexual
- Acción 36. Educación en el respeto para evitar las relaciones afectivas y sexuales nocivas
- Acción 37. Diseño de acciones informativas que refuerzen una sexualidad vivida de manera inclusiva y positiva
- Acción 38. Actuaciones para mejorar la salud sexual y afectiva de personas mayores y personas con discapacidad
- Acción 39. Programas de información y educación para la salud afectiva y sexual basados en la igualdad de género y en el respeto a las diferentes expresiones de la sexualidad humana
- Acción 40. Garantía de la atención anticonceptiva en todos los ámbitos de atención sanitaria
- Acción 41. Mejora de la información y el abordaje de las ITS y ETS en los servicios de APyC
- Acción 42. Desarrollo de un plan de salud sexual y reproductiva para garantizar el ejercicio efectivo de derechos sexuales y reproductivos

Objetivo 5: Reducir la mortalidad prematura y evitable

- Acción 43. Impulso de la cultura de seguridad del paciente en el sistema sanitario
 - Acción 44. Fomento de hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades cardiovasculares
 - Acción 45. Incorporación de nuevos dispositivos hospitalarios para la población más compleja
 - Acción 46. Introducción de programas de seguimiento proactivo de personas con enfermedades crónicas
- 

Línea Estratégica 2. Reforzar la confianza de la población en el SSPA

Reforzar la confianza de la población en el SSPA implica muchas dimensiones que hay que atender para lograr el objetivo. Integrar el valor añadido por el SSPA a la sociedad es algo básico que se traduce en el abordaje prioritario de las mejoras en accesibilidad y de los tiempos de espera, poner en valor de la universalidad en el acceso y la diversidad de servicios del SSPA, o el enfoque de la atención sanitaria en colectivos más vulnerables de forma proactiva.

Además, es necesario ampliar la coordinación entre los diferentes niveles de atención mediante la facilitación de la conexión entre primaria, hospitalaria y servicios sociales con herramientas digitales y el fomento de alianzas interdepartamentales para promover el uso cooperativo de los recursos. Por ello, hay que mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios, educativos y sociales para adaptar la administración a la ciudadanía y alcanzar más resolubilidad sobre la base de la proximidad territorial, homogeneizando el modelo de atención sociosanitaria y su interrelación con salud en todo el territorio a través de mecanismos comunicación efectiva y procedimientos de trabajo y protocolos de intervención conjunta.

Con esta orientación, se pretende mejorar la satisfacción de la ciudadanía con el SSPA, y al mismo tiempo responder al aumento de la demanda de servicios de salud, haciéndolo más accesible a la población, impulsando el acto único, reorganizando los sistemas de gestión de la demanda, ampliando los tiempos de atención profesional en consulta, promoviendo la participación ciudadana en todos los niveles, tanto en la propia definición de las políticas sanitarias, como en las intervenciones comunitarias, en los órganos de participación y en la toma de decisiones conjuntas entre profesionales y pacientes. Y para ello, se plantea perfeccionar los mecanismos de evaluación mediante la incorporación del análisis sistemático y estructurado de los problemas de salud más relevantes en la planificación sanitaria, y el impulso de la transparencia y la comparación de resultados en salud como elemento de mejora.

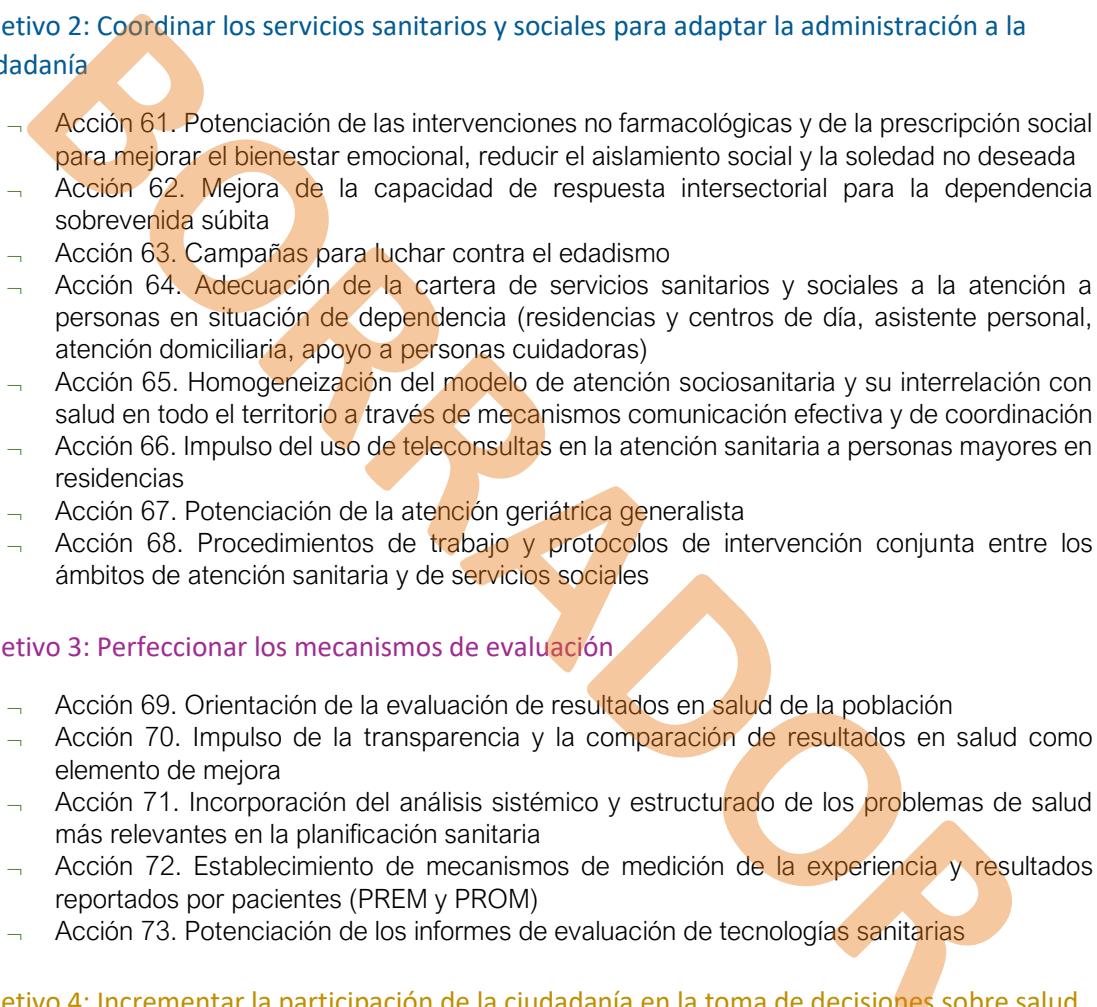
Línea Estratégica 2. Reforzar la confianza de la población en el SSPA

Objetivo 1: Integrar el valor añadido por el SSPA a la sociedad

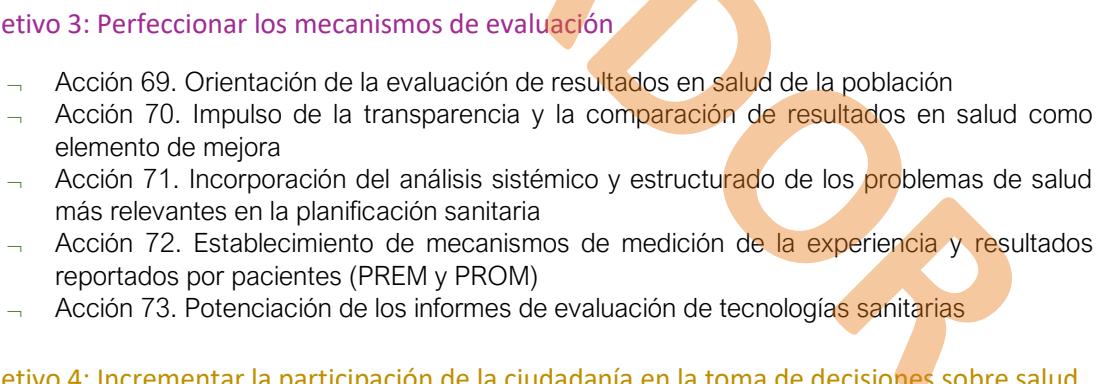
- Acción 47. Implementación de un plan para mejorar la corresponsabilidad de la ciudadanía en su salud
- Acción 48. Fomento de la escucha activa y empatía por parte de los profesionales
- Acción 49. Abordaje prioritario de las mejoras en accesibilidad y tiempos de espera en APyC y AH
- Acción 50. Trabajar en la disminución de la variabilidad interprovincial de la atención sanitaria
- Acción 51. Puesta en valor de la universalidad en el acceso y la diversidad de servicios del SSPA
- Acción 52. Mejora de la transparencia de los convenios y alianzas con el sector sanitario privado, mutuas y aseguradoras
- Acción 53. Definición de la cartera de servicios sanitarios públicos a concertar con la sanidad privada asegurando la complementariedad y la eficiencia

- 
- Acción 54. Creación de espacios de cogobernanza interdepartamental e interinstitucional como marco de corresponsabilidad y alineamiento de objetivos comunes
 - Acción 55. Desarrollo de un modelo de gobernanza participativa entre las personas usuarias y el sistema sanitario
 - Acción 56. Establecimiento de una gobernanza centralizada de las iniciativas TIC
 - Acción 57. Fomento de los servicios de APyC enfocados en la comunidad
 - Acción 58. Fortalecimiento y mayor dotación de la estrategia de humanización
 - Acción 59. Enfoque de la atención sanitaria en colectivos más vulnerables de forma proactiva
 - Acción 60. Hacer más accesible el SSPA a las personas con diversidad funcional

Objetivo 2: Coordinar los servicios sanitarios y sociales para adaptar la administración a la ciudadanía

- 
- Acción 61. Potenciación de las intervenciones no farmacológicas y de la prescripción social para mejorar el bienestar emocional, reducir el aislamiento social y la soledad no deseada
 - Acción 62. Mejora de la capacidad de respuesta intersectorial para la dependencia sobrevenida súbita
 - Acción 63. Campañas para luchar contra el edadismo
 - Acción 64. Adecuación de la cartera de servicios sanitarios y sociales a la atención a personas en situación de dependencia (residencias y centros de día, asistente personal, atención domiciliaria, apoyo a personas cuidadoras)
 - Acción 65. Homogeneización del modelo de atención sociosanitaria y su interrelación con salud en todo el territorio a través de mecanismos comunicación efectiva y de coordinación
 - Acción 66. Impulso del uso de teleconsultas en la atención sanitaria a personas mayores en residencias
 - Acción 67. Potenciación de la atención geriátrica generalista
 - Acción 68. Procedimientos de trabajo y protocolos de intervención conjunta entre los ámbitos de atención sanitaria y de servicios sociales

Objetivo 3: Perfeccionar los mecanismos de evaluación

- 
- Acción 69. Orientación de la evaluación de resultados en salud de la población
 - Acción 70. Impulso de la transparencia y la comparación de resultados en salud como elemento de mejora
 - Acción 71. Incorporación del análisis sistémico y estructurado de los problemas de salud más relevantes en la planificación sanitaria
 - Acción 72. Establecimiento de mecanismos de medición de la experiencia y resultados reportados por pacientes (PREM y PROM)
 - Acción 73. Potenciación de los informes de evaluación de tecnologías sanitarias

Objetivo 4: Incrementar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre salud

- 
- Acción 74. Evaluación continua de la asistencia prestada para recoger la opinión del servicio a la ciudadanía
 - Acción 75. Desarrollo del marco de participación ciudadana en salud en todos los ámbitos
 - Acción 76. Impulso de la toma de decisiones conjuntas entre los profesionales y pacientes
 - Acción 77. Integración de la ciudadanía en la evaluación e identificación de los resultados de salud
 - Acción 78. Potenciación de los consejos de salud, de las comisiones de humanización y de otros órganos de participación comunitaria

Objetivo 5: Fomentar el respeto en las relaciones humanas, la ética profesional y la igualdad



- Acción 79. Incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de problemas de salud (planificación e implementación de estrategias, planes o programas de salud a la población)
- Acción 80. Paridad de género en el nombramiento de puestos directivos
- Acción 81. Eliminación de cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por motivo de género, edad, problema de salud, etnia, discapacidad, orientación sexual o cualquier otra situación de vulnerabilidad
- Acción 82. Impulso de la detección precoz y del abordaje integral de la violencia de género en todos los ámbitos asistenciales

Objetivo 6: Responder al aumento de la demanda de servicios de salud

- Acción 83. Estabilidad y continuidad asistencial a los equipos de referencia en APyC
- Acción 84. Optimización de los flujos de atención sanitaria y de manejo de pacientes
- Acción 85. Impulso del acto único
- Acción 86. Reorganización de los sistemas de gestión de la demanda mediante la innovación tecnológica y la digitalización de procesos
- Acción 87. Incorporación progresiva de nuevos perfiles profesionales en el sistema sanitario

CORRADOR



Línea Estratégica 3. Poner en valor a los profesionales del sector sanitario

Abordar las debilidades del SSPA relacionadas con sus profesionales mediante la estabilidad contractual y la limitación de la temporalidad, el establecimiento de los sistemas de reconocimiento, de los planes de carrera y de la evaluación del desempeño profesional, así como la adopción de medidas de captación y atracción del talento son elementos clave para favorecer una organización sostenible. Asimismo, impulsar los procesos de transformación en la organización incrementando la simplificación administrativa en el acceso de la población a los servicios, dotando a la organización de mayor eficiencia a través de procesos de automatización con la incorporación de tecnologías avanzadas, y modelos multicanales de asistencia en los diferentes ámbitos asistenciales que garanticen la continuidad integral.

Línea Estratégica 3. Poner en valor a los profesionales del sector sanitario

Objetivo 1: Abordar las debilidades del SSPA relacionadas con sus profesionales

- Acción 88. Adecuación del modelo de bolsa de contratación del SAS a la realidad
- Acción 89. Medidas para la captación y retención de los profesionales en los puestos de difícil cobertura
- Acción 90. Consolidación de eventuales para limitar la temporalidad
- Acción 91. Ajuste de las plantillas por actividad en base a un mapa de distribución de recursos y de carga asistencial
- Acción 92. Establecimiento de sistemas de reconocimiento y de buenas prácticas para impulsar la motivación de los profesionales
- Acción 93. Reconocimiento curricular de las prácticas avanzadas
- Acción 94. Reconocimiento de la excelencia profesional mediante el diseño de planes de carrera que fomenten la inclusión en el currículo de la docencia, la investigación y la innovación
- Acción 95. Refuerzo del modelo de evaluación del desempeño profesional
- Acción 96. Diseño de medidas de captación y atracción del talento
- Acción 97. Mejora de los mecanismos de transferencia del conocimiento profesional
- Acción 98. Desarrollo de programas de soporte emocional a los profesionales

Objetivo 2: Aumentar la flexibilidad a los cambios organizacionales en el SSPA

- Acción 99. Plan de desburocratización y simplificación administrativa en salud
- Acción 100. Impulso de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia de Andalucía (CSUR) con una alta capacidad de resolución
- Acción 101. Planificación plurianual de las necesidades de profesionales teniendo en cuenta indicadores demográficos y de salud de la población
- Acción 102. Creación de redes de colaboración multidisciplinar entre los diferentes centros sanitarios
- Acción 103. Impulso de la automatización de procesos con la incorporación de tecnologías avanzadas
- Acción 104. Implementación de fórmulas organizativas que promuevan las funciones gestoras por parte de los profesionales basadas en valor y en resultados en salud

-
- Acción 105. Impulso de políticas activas de igualdad de género y de conciliación de la vida laboral y personal
 - Acción 106. Consolidación de un modelo multicanal de atención en los diferentes ámbitos asistenciales
 - Acción 107. Desarrollo de mecanismos de compra innovadora y de compra por valor
 - Acción 108. Definición del mapa de centros de excelencia de terapias avanzadas (UPRA-CSUR)
 - Acción 109. Organización de recursos y tecnologías sanitarias para garantizar la continuidad asistencial
 - Acción 110. Ordenación de la atención hospitalaria con la finalidad de abordar problemas de salud para los que se requiera una concentración de servicios de alta tecnología e innovación asistencial

BORRADOR

Palancas de Cambio

Utilizar como palancas de cambio la transformación digital, la formación, la investigación e innovación, asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario y preparar la organización para responder a futuras amenazas de salud pública son elementos clave que actúan como impulsores para lograr llevar a cabo los objetivos estratégicos.

Las palancas para el cambio de cultura organizacional del SSPA pasan por llevar a cabo la transformación digital aumentando el nivel de interoperabilidad de los sistemas de salud, impulsando la formación y capacitación de profesionales desde etapas tempranas de su desarrollo profesional y ciudadanía, perfeccionando los mecanismos de evaluación, e integrando la investigación con la actividad asistencial. Para ello, es esencial tener una actuación proactiva ante el riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a los datos sanitarios reforzando la ciberseguridad, y la calidad de los servicios tecnológicos y de información; renovando de manera sistemática los activos tecnológicos obsoletos, y abordando la alta dependencia externa de terceros en el conocimiento en salud digital.

Además, se apuesta por el uso de la simulación clínica en el contenido curricular de los profesionales sanitarios, en mejorar la formación continuada de los profesionales de la salud, y en impulsar la capacitación de personas cuidadoras formales e informales.

Asimismo, se apuesta por integrar la investigación con la actividad asistencial mediante el establecimiento de fórmulas que faciliten la estabilización y el impulso a la figura del profesional investigador con mecanismos efectivos de selección, evaluación y promoción para consolidar el talento y el fomento de las capacidades e infraestructuras para la investigación clínica traslacional.

Es clave impulsar la Compra Pública Innovadora como herramienta estratégica para adquirir soluciones innovadoras que respondan a necesidades concretas del sistema sanitario, incentivando el desarrollo tecnológico y científico local. También se debe fomentar el establecimiento y fortalecimiento de redes de colaboración multidisciplinarias y transversales entre distintos agentes científico-técnicos, universidades, empresas, centros de investigación y entidades públicas, maximizando la transferencia de conocimiento y acelerando la implementación efectiva de soluciones en salud.

Por otro lado, la vigilancia epidemiológica, la respuesta ante nuevos riesgos y emergencias sanitarias, la seguridad alimentaria, la salud ambiental, la seguridad del paciente, la reducción de la mortalidad prematura y evitable, y la prevención de la iatrogenia han de regir la política sanitaria, al igual que la transparencia, la ética profesional, la toma de conciencia sobre las desigualdades que el sexo y el género suponen en la salud de la población, y la eliminación de cualquier tipo de discriminación a las personas por razón de edad, etnia, discapacidad, orientación sexual o cualquier tipo de situación de vulnerabilidad. Todo ello unido a conseguir una mayor equidad interterritorial, poniendo en valor la diversidad de servicios del SSPA con una mayor información a la ciudadanía sobre los costes sanitarios y el establecimiento de un modelo de gobernanza basado en el valor público que fomente la corresponsabilidad de la sociedad.



Palanca de Cambio 1. Llevar a cabo la transformación digital del SSPA

- Acción 111. Campañas de sensibilización para profesionales y ciudadanos sobre seguridad digital de datos sanitarios
- Acción 112. Actuación proactiva ante el riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a datos sanitarios reforzando la ciberseguridad, y la calidad de los servicios tecnológicos y de información
- Acción 113. Plan de renovación sistematizado de activos tecnológicos obsoletos
- Acción 114. Abordaje de la alta dependencia de terceros y externalización del conocimiento en salud digital
- Acción 115. Atención personalizada y proactiva a través de soluciones digitales
- Acción 116. Implementación de la gestión inteligente del dato con tecnologías avanzadas
- Acción 117. Registro de los condicionantes sociales y del contexto familiar y comunitario en la historia de salud digital
- Acción 118. Facilitación del intercambio de información clínica digital entre dispositivos y ámbitos asistenciales
- Acción 119. Mejora de la atención domiciliaria con tecnologías avanzadas de monitorización y datos en tiempo real
- Acción 120. Perfeccionamiento de los sistemas de información corporativos para avanzar en digitalización
- Acción 121. Uso ético y responsable de la inteligencia artificial en salud
- Acción 122. Ideación, testeo y evaluación de soluciones innovadoras al servicio de la salud
- Acción 123. Definición de ámbitos de uso para gobernabilidad de los datos
- Acción 124. Interoperabilidad de las historias de salud digital de la sanidad pública y privada
- Acción 125. Definición de la historia de salud electrónica orientada al uso de objetos digitales interoperables
- Acción 126. Adopción de una política unificada de externalización para desarrollo y mantenimiento de TIC

Palanca de Cambio 2. Formación, investigación e innovación

- Acción 127. Crear un programa específico de atracción y retención de talento investigador en centros asistenciales del SSPA
- Acción 128. Establecer mecanismos transparentes para informar a la población sobre resultados relevantes de investigación sanitaria
- Acción 129. Establecimiento de fórmulas que faciliten la estabilización y el impulso a la figura del profesional investigador
- Acción 130. Incentivación de la actividad investigadora de los profesionales de salud
- Acción 131. Carrera investigadora definida con mecanismos efectivos de selección, evaluación y promoción para consolidar el talento
- Acción 132. Refuerzo de las capacidades e infraestructuras para la investigación clínica
- Acción 133. Fomento de proyectos de investigación traslacional
- Acción 134. Formación continuada a lo largo de vida profesional
- Acción 135. Impulso de la formación y capacitación de las personas cuidadoras formales e informales



-
- Acción 136. Plan de aprendizaje con simulación clínica por itinerarios formativos según categorías profesionales
 - Acción 137. Programas de capacitación en competencias digitales para profesionales sanitarios y ciudadanía
 - Acción 138. Consolidación de nuevos escenarios de formación, capacitación y entrenamiento profesional
 - Acción 139. Capacitación de profesionales ante nuevas emergencias sanitarias
 - Acción 140. Creación de plataforma digital de contenidos de formación continuada para desarrollo profesional
 - Acción 141. Desarrollar plataformas comunes para gestión avanzada de datos sanitarios dirigidos a la investigación epidemiológica y asistencial
 - Acción 142. Incentivar proyectos específicos basados en inteligencia artificial, Big Data y análisis predictivo, aplicados al ámbito sanitario

Palanca de Cambio 3. Asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario

- Acción 143. Creación de equipos locales intersectoriales entre atención primaria, hospitalaria y social
- Acción 144. Impulso de la interoperabilidad de la historia digital única y compartida entre salud y servicios sociales
- Acción 145. Impulso del rol de la enfermera gestora de casos como nexo bidireccional entre atención hospitalaria y primaria
- Acción 146. Difusión y uso de los planes y procesos asistenciales como herramientas de coordinación
- Acción 147. Potenciación de la atención proactiva entre ámbitos asistenciales para personas con enfermedades crónicas
- Acción 148. Refuerzo del modelo de cuidados para prestar asistencia en el domicilio
- Acción 149. Alianzas para promover sinergias en el uso colaborativo de recursos entre atención primaria, hospitalaria y social
- Acción 150. Garantía de acceso a nuevos medicamentos
- Acción 151. Diagnóstico temprano de enfermedades de mal pronóstico
- Acción 152. Catálogo de procesos asistenciales que requieren de un diagnóstico temprano
- Acción 153. Garantía de acceso equitativo al diagnóstico genético
- Acción 154. Disminución de los procesos que sean repetitivos y no aporten valor
- Acción 155. Despliegue de la medicina personalizada y de precisión
- Acción 156. Actualización de los decretos de espera
- Acción 157. Atención centrada en las necesidades del paciente bajo los criterios de la bioética
- Acción 158. Impulso del desarrollo y adopción de las técnicas diagnósticas ómicas
- Acción 159. Incorporación de la tecnología robótica avanzada en la práctica clínica
- Acción 160. Reducción de la polimedication no efectiva en todos los ámbitos de atención
- Acción 161. Creación de redes de apoyo comunitario para personas con enfermedades crónicas y raras, y personas cuidadoras
- Acción 162. Extensión de la atención domiciliaria integrada de servicios sociales y sanitarios, especialmente para personas en situación de dependencia y personas mayores que viven solas
- Acción 163. Definición de una cartera de servicios y establecimiento de protocolos de intervención coordinada entre salud y servicios sociales

-
- Acción 164. Aumento de la implicación ciudadana en salud mediante órganos de participación
 - Acción 165. Mejora de la detección precoz de riesgo de fragilidad en mayores de 65 años
 - Acción 166. Implementación de un modelo de atención sanitaria centrada en la persona en las residencias de mayores
 - Acción 167. Promoción de la escuela de pacientes y de las aulas de salud
 - Acción 168. Mejora de la difusión de la información a todos los agentes implicados en el SSPA
 - Acción 169. Sensibilización a profesionales y a la población sobre las estrategias de transformación
 - Acción 170. Optimización del uso de medicamentos de alto impacto clínico y/o económico
 - Acción 171. Mejora del seguimiento farmacoterapéutico en personas con multimorbilidad y polimedición para adecuar tratamientos, reducir riesgos asociados y favorecer la deprescripción

Palanca de Cambio 4. Preparación para las futuras amenazas de salud pública

- Acción 172. Elaboración del plan de seguridad alimentaria con el propósito de prevenir los riesgos para la salud vinculados al consumo de alimentos
- Acción 173. Mejora de los sistemas corporativos de salud ante las crisis sanitarias
- Acción 174. Mejora de la vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes
- Acción 175. Campañas de concienciación sobre los riesgos de salud por grupos de edad
- Acción 176. Modernización de los sistemas de vigilancia para que garanticen acciones efectivas en el control y disminución de la prevalencia de enfermedades prevenibles
- Acción 177. Refuerzo del sistema de vigilancia y biomonitorización a exposiciones ambientales de la población con impacto en salud
- Acción 178. Impulso de las acciones encaminadas a la prevención de los efectos sobre la salud debido a temperaturas extremas
- Acción 179. Avance en la implantación de la epidemiología ambiental en respuesta ante nuevos riesgos y emergencias sanitarias
- Acción 180. Impulso de la respuesta a enfermedades transmitidas por vectores, control de vectores y vigilancia entomológica
- Acción 181. Información a la población sobre los riesgos a los que se exponen según su lugar de residencia
- Acción 182. Definición de la cartera de servicios de salud pública para mejorar su integración en el sistema sanitario
- Acción 183. Visibilización y promoción del modelo organizativo de gestión de salud pública para aumentar su conocimiento y uso por parte de los profesionales
- Acción 184. Potenciación del sistema de vigilancia epidemiológica para la detección y respuesta temprana
- Acción 185. Promoción de la vigilancia de enfermedades no transmisibles con enfoque en desigualdades de salud
- Acción 186. Facilitación del acceso a datos de salud para conocer la epidemiología de las enfermedades más prevalentes, relevantes y de mayor carga asistencial
- Acción 187. Fortalecimiento de las líneas de coordinación y comunicación entre los centros educativos y APyC
- Acción 188. Establecimiento de nuevos modelos de cribado a través de mecanismos de estratificación poblacional



Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



FORRADOR

marcos políticos

Sinergias de alineamiento con otros



12. Sinergias de alineamiento con otros marcos políticos

Todo proceso de transformación en una organización requiere del impulso político y del apoyo técnico para asegurar el alineamiento de todas las personas e instituciones implicadas hacia el logro de los objetivos. En este sentido, la visión y los principios rectores de la ESA 2030 están claramente enmarcados con los compromisos adquiridos por el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía. En prueba de ello, el Decreto 77/2024, de 19 de marzo, crea y regula el funcionamiento de la Comisión Interdepartamental para las Políticas Públicas relacionadas con la salud. Corresponden a la Comisión Interdepartamental las funciones relacionadas con el establecimiento y aprobación de las prioridades de las actuaciones a desarrollar en el marco de la protección, prevención, promoción y educación para la salud; así como, la determinación en materia de salud de los cauces formales de colaboración entre las distintas Consejerías de la Administración de la Junta de Andalucía, y la coordinación de los diferentes recursos existentes para conseguir una mayor eficiencia en las intervenciones de salud dirigidas a la población andaluza.

Pero la sinergia de alineamiento entre los distintos niveles de la Administración de la Junta de Andalucía va más allá de la mejora de la coordinación entre sus componentes. La ciudadanía es el epicentro del quehacer diario de los poderes y es el eje sobre el que se han definido los objetivos y acciones de la ESA 2030. Garantizar la salud para todos y no dejar a nadie atrás, incorporando la perspectiva de Salud en Todas las Políticas, uniendo lo sanitario y lo social es uno de los ejes transversales de la ESA 2030. En este sentido, la ESA 2030 promueve actuaciones dirigidas a mejorar la coordinación entre salud y los servicios sociales, y la solidaridad con las personas y colectivos en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, la ESA 2030 incorpora acciones dirigidas a lograr que los niños, niñas y adolescentes crezcan y se desarrollosn con todo su potencial de salud, y para ello, apela a la coordinación con el sistema docente para incorporar la educación sobre salud en los años de formación de la infancia y la adolescencia. Un apartado importante de acciones se dirige a conseguir una vida plena con compromisos específicos de impulso del envejecimiento activo, la promoción de la autonomía personal, la participación social y la vida saludable de las personas mayores. Otras acciones se orientan a mejorar la salud y reducir la morbilidad y a fortalecer los sistemas sanitarios, social y de salud pública; así como, aumentar la capacidad resolutiva de la APyC mediante la implantación del sistema de consultas de acogida, la realización de jornadas de accesibilidad y de continuidad asistencial, y la desburocratización de las consultas de medicina de familia. En este sentido, hay que reseñar que el compromiso de impulso inversor no solo es en infraestructuras sanitarias (centros) sino también en su renovación tecnológica. Por otro lado, también se contemplan acciones vinculadas a la mejora de la formación de los profesionales de la salud, al impulso de la investigación e innovación, a la evaluación de resultados, la rendición de cuentas y a la mejora de la calidad de los servicios.

En resumen, el fin último de la ESA 2030 persigue reducir las desigualdades en salud y conseguir que las personas sean agentes activos de su salud. La duodécima legislatura de la Junta de Andalucía apuesta por una sanidad integral, más humanizada y eficiente. Entendiendo por integral un modelo que suma la promoción de la salud, la actuación preventiva, la atención sanitaria y la social.



Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



Gobernanza de la ESA 2030

FORRADOR



13. Gobernanza

El acuerdo de 16 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (ESA 2030) refiere que esta contará con un modelo de gobernanza para su implantación, con niveles estratégicos definidos, compromisos y periodicidad, de manera que se garantice su correcta ejecución. Para ello, se define la estructura que vela por una gobernanza efectiva de la ESA 2030, asegurando la correcta formulación y posterior seguimiento para el éxito de la misma, así como, las personas integrantes de cada uno de sus comités, y sus funciones.

Comité director

Bajo la presidencia de la persona titular de la Consejería de Salud, el Comité Director de la ESA 2030 tiene como misión la Coordinación Pública Interdepartamental en el ámbito de salud en la comunidad autónoma de Andalucía a través del instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, planes y actuaciones en materia de salud en Andalucía, y, por tanto, marco de referencia para todas las acciones con impacto en la salud de la población.

Composición

Presidencia: ejercida por la persona titular de la Consejería de Salud y Consumo.

Coordinador: ejercida por la persona titular de la Coordinación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.

Secretaría: ejercida por la persona titular de la Subdirección de Estrategias y Planes.

Vocal 1: ejercida por la persona titular de la ViceConsejería de Salud y Consumo.

Vocal 2: ejercida por la persona titular de la Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo.

Vocal 3: ejercida por la persona titular de la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud.

Vocal 4: ejercida por la persona titular de la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

Vocal 5: ejercida por la persona titular de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

Vocal 6: ejercida por la persona titular de la Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria.

Funciones

- Validar las prioridades resultantes del diagnóstico estratégico realizado.
- Formular y priorizar los objetivos estratégicos y acciones de la ESA 2030.
- Ratificar cualquier cambio sustancial en el proceso de ejecución de la ESA 2030.
- Supervisar el desarrollo, seguimiento y evaluación de la ESA 2030.
- Velar por el cumplimiento del modelo de gobernanza.
- Asegurar las sinergias de alineamiento con otros marcos políticos a través de cauces formales de colaboración entre las distintas Consejerías de la Junta de Andalucía.

Coordinador de la ESA 2030

Composición

Estructura unipersonal ejercida por la persona titular de la Coordinación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030, responsable del diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la ESA 2030.



Funciones

- Impulsar, ejecutar y hacer seguimiento continuo de la ESA 2030.
- Proponer planes de actuación, líneas de actividad o directrices relativas a la ESA 2030 para su aprobación por parte del comité director.
- Definir las fórmulas de participación de los diferentes agentes implicados en la ESA 2030.
- Solicitar al comité de personas expertas asesoramiento cuando sea necesario.
- Proponer mejoras de los criterios de evaluación y seguimiento de la ESA 2030.
- Designar los miembros del comité de personas expertas.

Oficina Técnica de Evaluación y Seguimiento

La Oficina Técnica de Evaluación y Seguimiento de la ESA 2030 es responsable de la monitorización del despliegue de todas las acciones contenidas en la ESA 2030, del cuadro de mando específico para su evaluación, y de la realización de los informes anuales de seguimiento y memorias que especifiquen los logros alcanzados de manera global por la ESA 2030.

Funciones

- Recabar la información necesaria para realizar la monitorización y la evaluación de los indicadores asociados a la ESA 2030, contando para ello con la colaboración de todos los agentes del SSPA implicados en el despliegue de las acciones contenidas en las líneas estratégicas de la ESA 2030.
 - *La información recopilada por la Oficina Técnica de diferentes fuentes del SSPA deberá estar estructurada y ser accesible con diferentes niveles de detalle para los responsables políticos, técnicos y la ciudadanía, e incluirá los análisis descriptivos de las acciones emprendidas y las valoraciones cuantitativas y cualitativas del grado de cumplimiento alcanzado.*
- Elaborar el informe anual que permitan a la persona titular de la Consejería de Salud y Consumo ejercitar periódicamente ante el Parlamento de Andalucía su obligación democrática de rendición de cuentas sobre el desarrollo y seguimiento de las acciones realizadas por su departamento con impacto en la salud de la población.
- Realizar una memoria final al término del periodo de vigencia (2030) que especifique los logros alcanzados de manera global por la ESA 2030.
- Diseñar el Plan Operativo de evaluación y seguimiento de todas las acciones contenidas en la ESA 2030, así como la implementación de dicho Plan Operativo (*recolección, tratamiento, análisis e interpretación de la información*).
- Elaborar los informes anuales de evaluación y seguimiento, así como, la comunicación de las lecciones aprendidas, y en su caso, la reorientación de las acciones a realizar.
- Implementar y difundir el Plan de Comunicación externa e interna de la ESA 2030 ([ver Anexo 5](#)).
 - *Todos los informes de la Oficina Técnica ESA 2030, una vez aprobados, serán documentos públicos, disponibles en la página web que albergue la información sobre la ESA 2030.*
 - *Para alojar todos los informes y los indicadores la ESA 2030 contará con un espacio web propio concebido con una doble función: divulgación de sus objetivos y rendición de cuentas de los resultados alcanzados.*
 - *Toda la información de la Oficina Técnica ESA 2030 alojada en el portal web de la Consejería de Salud y Consumo estará en español e inglés.*



Comité de personas expertas

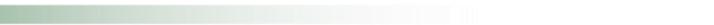
Composición

Este Comité está compuesto por personas expertas, como pueden ser: profesionales del SSPA, otros profesionales de la administración pública andaluza, ciudadanía, personas referentes del sector empresarial o de centros de conocimiento.

Funciones

- Participar en el diseño de la ESA 2030.
- Aportar información a la ESA 2030 sobre su ámbito de conocimiento.
- Asesorar a la coordinación de la ESA 2030.

**CONSEJERÍA DE SALUD
CORRADOR**





Borrador

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



BORRADOR

Rendición de cuentas

14. Evaluación y seguimiento

Evaluación de resultados

La evaluación de resultados es una actividad programada de análisis, que se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección e interpretación de información, con el propósito de emitir un juicio valorativo sobre los resultados e impacto obtenidos por las actuaciones y procesos desarrollados por la organización, que permitan la rendición de cuentas, favorecer la toma decisiones e identificar áreas de mejora.

El abordaje de la evaluación de resultados y del seguimiento de la ESA 2030 requieren del compromiso de todos los agentes implicados y de la disponibilidad de una estructura funcional que lo ejecute. Uno de los valores añadidos del proceso de planificación seguido en la elaboración de la ESA 2030 es el compromiso adquirido de su seguimiento y evaluación.

El enfoque de evaluación planteado para la ESA 2030 se aleja del control, y enfatiza la función de aprendizaje organizacional compartido. En este sentido, hacer transparente los resultados de la evaluación de la ESA 2030 no solo tiene un sentido didáctico de construcción de nuevo conocimiento, sino también un cierto sentido ético, en la medida que implica compartir los hallazgos con los profesionales del SSPA, para que estos resultados sean objeto de crítica y discusión. Asimismo, permite dar cuenta a la ciudadanía de los logros conseguidos en la mejora de su salud y calidad de vida. Por ello, la ESA 2030 apuesta por el despliegue de un modelo de gobernanza orientado a la evaluación y la rendición de cuentas para lograr mayores niveles de sostenibilidad y excelencia.

Rendición de cuentas

Tal y como establece el acuerdo de formulación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030, aprobado por el Consejo de Gobierno el 16 de mayo de 2023, esta ha de disponer de un sistema de Seguimiento y Evaluación y sus correspondientes indicadores clave de cumplimiento. El seguimiento y evaluación de la ESA 2030 implica un compromiso de rendición de cuentas que ha de realizarse de manera periódica anual, al objeto de asegurar que las actuaciones desarrolladas responden a lo previsto y los resultados responden a los objetivos establecidos. Además, se favorece de este modo un ejercicio de transparencia dirigido a la ciudadanía, a los responsables políticos, a los gestores y a los profesionales, para cumplir con el principio de gobernanza implícito en la propia ESA 2030.

La rendición de cuentas se refiere a la obligación de justificar una actividad específica realizada. Tiene que ver con la transparencia de la gestión, ya que genéricamente la evaluación se hace para determinar si se han alcanzado los objetivos planificados y si los recursos se han usado de forma adecuada. El desarrollo de la evaluación interna en las organizaciones permite una mayor transparencia y crea en ellas una cultura del desempeño de gestión orientada a resultados, contribuyendo a mejorar la ejecución de las acciones y a reforzar la rendición de cuentas. En este sentido, el modelo de rendición de cuentas de la ESA 2030 se orienta en monitorizar la puesta en marcha de las líneas estratégicas y el despliegue de las acciones planificadas, identificando avances en dichos procesos, registrando logros intermedios, valorándolos y corrigiendo las acciones planificadas en función de la dinámica observada.

Cuadro de mando

Un cuadro de mando es una “herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las funciones responsables una visión comprensible de un área de actividad o responsabilidad. La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar y alinear los equipos directivos, las unidades funcionales, los recursos y los procesos con las estrategias de la organización” (norma UNE 66175:2003).

Con este enfoque, se concibe el cuadro de mando de la ESA 2030 como un instrumento que integra un conjunto limitado de indicadores cuantitativos validados metodológicamente que muestran una alta correlación con el objetivo que pretenden medir. Para construir el cuadro de mando de la ESA 2030 se hará un esfuerzo por identificar indicadores que han demostrado cualidades metodológicas aceptables, tienen coherencia semántica con el objetivo al que pretenden medir y que estén disponibles en fuentes de información del SSPA fiables, regulares y rigurosas.

El documento técnico donde se especifican las definiciones de los indicadores, los aspectos metodológicos para el cálculo de los mismos, las fuentes de información, los valores de partida, las metas esperadas y métricas será elaborado por la Oficina Técnica de Evaluación y Seguimiento de la ESA 2030.

La Oficina Técnica se responsabilizará del Cuadro de Mando donde se recojan todos los indicadores necesarios para evaluar el cumplimiento de los objetivos de la ESA 2030, incluyendo 4 niveles de indicadores, tres niveles para los profesionales de salud y un nivel dirigido a la ciudadanía:

- Nivel 1: Indicadores que monitorizan el logro de los objetivos dirigidos a incrementar el nivel de salud de la población.
- Nivel 2: Indicadores que miden los determinantes de la salud y las enfermedades más relevantes.
- Nivel 3: Indicadores que valoran el grado de ejecución de las acciones de la ESA 2030. Además, deben contemplar si se han tenido en cuenta aspectos que figuran como principios rectores de la ESA 2030.
- Nivel 4: conjunto mínimo de indicadores dirigidos a la ciudadanía que informan de los aspectos más relevantes de la ESA 2030, así como, de cada plan y proyecto del SSPA vinculado con dicha estrategia. El nivel dirigido a la ciudadanía mostrará en un lenguaje accesible indicadores relativos a los objetivos evaluados, los objetivos conseguidos, los objetivos parcialmente conseguidos y los no conseguidos.

15. Indicadores clave ESA 2030

Justificación

El modelo de monitorización y seguimiento de la ESA 2030 se conforma por un total de 27 KPI (*indicadores clave de rendimiento*) pertenecientes a tres tipologías: [1] Indicador clave del SNS, [2] Indicador clave del Contrato Programa del SAS, [3] Indicador clave de ESDA.

Los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) son un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario. Su desarrollo se realiza en colaboración con las comunidades autónomas a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Son un total de 247 indicadores, de los que se identificaron 69 como esenciales. El Ministerio competente en materia de Sanidad publica periódicamente una actualización de estos indicadores.

El Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que estos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para cada ejercicio. El Contrato Programa supone no solo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso de los centros para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

La I Estrategia de Salud Digital de Andalucía (ESDA) tiene como finalidad convertirse en la primera estrategia integral que defina el modelo digital del futuro y proporcione una visión global para la transformación digital del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Bajo esta visión, la ESDA se incardina dentro de la ESA 2030 como la principal palanca de cambio de transformación del SSPA.

El uso de algunos Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento de la ESA 2030 proporciona una mayor visión y enfoque para alcanzar las metas propuestas, ya que facilita la comparación (*benchmarking*) con otras comunidades autónomas que trabajan en objetivos parecidos, y posibilita la definición de una meta realista (convergencia del valor del indicador en Andalucía respecto a la media nacional) para cada uno de los indicadores en los que el valor de Andalucía difiere sustancialmente de dicho valor nacional.

El uso de algunos Indicadores Clave del Contrato Programa del SAS permite la monitorización y seguimiento de metas de algunos indicadores que requieren de una periodicidad de información más corta que la anual.

Tabla resumen indicadores clave de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030

Indicadores clave de Bienestar

Esperanza de vida al nacer

Indicadores clave de Enfermedad

HTA

Diabetes

Trastornos mentales

Tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio

Tasa de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares

Indicador sintético de enfermedad

Indicadores clave de Mortalidad

Mortalidad por suicidio

Mortalidad prematura por cáncer

Determinantes socioeconómicos de la salud

Índice de dependencia

Riesgo de pobreza (AROPE)

Efectividad / adecuación

Cesáreas

Reingresos (SNS)

Reingresos (SAS)

Seguridad

Polimedicados en ≥ 75 años

Infección hospitalaria (IRAS)

Experiencia del paciente

Coordinación niveles asistenciales

Accesibilidad

Cita AP 24-48h

Tiempo espera primera consulta en Atención Especializada

Uso/Recursos

Médicos de atención primaria por habitantes

Enfermería de atención primaria por habitantes

Médicos especialistas por habitantes

Enfermería especializada por habitantes

Coste/gasto

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido

Cumplimiento de Objetivos Presupuestarios

Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I

Cumplimiento de capítulos II y IV sin recetas

Cumplimiento de consumo en farmacia

Salud digital

Proporción de personas que acceden a servicios de salud a través de canales digitales, sobre el total de la población andaluza

Indicadores clave de Bienestar

Esperanza de vida al nacer

Nombre de indicador: Esperanza de vida al nacer

Nombre corto: Esperanza de vida al nacer

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: a / b

a = Suma de años que se espera viva la cohorte desde el nacimiento

b = Tamaño inicial de la cohorte

Definiciones:

La esperanza de vida (EV) se puede calcular a cualquier edad, aunque se suele expresar como la esperanza de vida al nacer. Se define como el número medio de años que espera vivir, a una edad x determinada, un miembro de la cohorte si se mantienen las actuales tasas de mortalidad observadas.

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Movimiento Natural de la Población (MNP). Instituto Nacional de Estadística (INE)

Periodicidad: Anual

Indicadores clave de Enfermedad

HTA

Nombre de indicador: Prevalencia registrada de hipertensión arterial en población general

Nombre corto: HTA

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: (a / b) * 100

a = Número de personas con registro de hipertensión arterial en atención primaria

b = Número de personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignadas a atención primaria

Definiciones:

Se incluirán en el numerador todas aquellas personas en las conste en su historia clínica el diagnóstico de HTA (códigos CIAP2: K86 y K87).

K86 - Hipertensión no complicada; K87 - Hipertensión con afectación de órganos diana.

Desagregación: Sexo, Nivel de ingresos, CC.AA., Años

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Diabetes

Nombre de indicador: Prevalencia registrada de diabetes mellitus en población general

Nombre corto: Diabetes

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: (a / b) * 100

a = Número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) registradas en atención primaria

b = Número de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a atención primaria

Definiciones:

Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de diabetes en historia clínica de atención primaria (códigos CIAP2: T89 y T90)

T89 - Diabetes mellitus insulinodependiente; T90 - Diabetes mellitus no insulinodependiente

Desagregación: Sexo, Nivel de ingresos, CC.AA., Años

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Periodicidad: Anual

Trastornos mentales

Nombre de indicador: Prevalencia registrada de trastornos mentales en población general

Nombre corto: Trastornos mentales

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de personas con registro de trastornos mentales en atención primaria

b = Número de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a atención primaria

Definiciones:

Se incluirán en el numerador todas aquellas personas en las que conste en su historia clínica uno de los siguientes diagnósticos (códigos CIAP2): Estrés agudo (P02), Esquizofrenia (P72), Psicosis afectivas (P73), Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad (P74), Trastornos de somatización/de conversión (P75), Depresión/trastornos depresivos (P76), Fobia/trastorno compulsivo (P79), Estrés postraumático (P82), reacción de adaptación no incluida en P02 o P82 (P82/02) y otras psicosis no especificadas (P98).

Desagregación: Sexo, Nivel de ingresos, CC.AA., Años

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio

Nombre de indicador: Tasa bruta de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10.000 habitantes.

Nombre corto: Tasa hospitalización. Infarto agudo de miocardio

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 10\,000$

a = Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, en un año

b = Población en ese año

Definiciones:

Numerador: Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, en un año. Códigos CIE10ES: Categoría I21 (I21. **), I22 (I22. **). Categoría ISHMT: 0903

* = Cualquier carácter.

Denominador: Población x 10 000

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Tasa de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares

Nombre de indicador: Tasa bruta de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares, por 10.000 habitantes.

Nombre corto: Tasa hospitalización. Enfermedades cerebrovasculares

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 10\,000$

a = Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular, en un año

b = Población en ese año

Definiciones:

Numerador: Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de enfermedades cerebrovasculares, en un año. Códigos CIE10ES: I60 a I69. Categoría ISHMT: 0908

Denominador: Población media de ese período INE x 10 000

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Indicador sintético de enfermedad

Nombre de indicador: Indicador sintético de enfermedad

Nombre corto: Indicador sintético de enfermedad

Tipo: Indicador clave del SNS y del Contrato Programa del SAS

Fórmula:

$$[(a1+a2+a3) / b] * 100 + [(d1+d2) / z] * 10 000$$

Componente principal 1: Prevalencia registrada en población general de hipertensión arterial, de diabetes mellitus y de trastornos mentales

Componente principal 2: Tasa bruta por 10.000 habitantes de hospitalización por infarto agudo de miocardio y por enfermedades cerebrovasculares

a1 = Número de personas con registro de hipertensión arterial en atención primaria

a2 = Número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus registradas en atención primaria

a3 = Número de personas con registro de trastornos mentales en atención primaria

b = Número de personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignadas a atención primaria

d1 = Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio

d2 = Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular

z = Población en ese año

Definiciones:

Los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) incluidos en el dominio enfermedad tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones.

Un indicador sintético agrega varios indicadores parciales -o subcomponentes- con el objeto de facilitar el análisis simplificado de realidades complejas.

La forma más elemental de realizar la agregación de indicadores parciales es calculando su media aritmética. La ponderación mediante pesos de la misma cuantía constituye la metodología más extendida, dada su escasa dificultad operativa y la facilidad asociada a la interpretación de los resultados. Consiste básicamente en asignar a cada subíndicador el mismo peso que a los demás, agregando la información mediante una suma. Una alternativa algo más elaborada sería calculando una media ponderada, en la que los pesos pueden escogerse con criterios o bien subjetivos o bien objetivos.

El Análisis de Componentes Principales (ACP) es una técnica de estadística multivariante que permite explicar el mayor porcentaje posible de variabilidad de la muestra con un menor número de variables, que se denominarán componentes principales y que serán combinaciones lineales de los datos de origen. El ACP permite obtener medidas sintéticas que reflejan la máxima información posible proporcionada por el sistema de partida.

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Elaboración propia. Oficina Técnica de Evaluación y Seguimiento ESA 2030

Periodicidad: Anual



Indicadores clave de Mortalidad

Mortalidad por suicidio

Nombre de indicador: Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100.000 habitantes.

Nombre corto: Mortalidad por suicidio

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100.000$

a = Número de defunciones por causas específicas

b = Población en ese año

Definiciones:

Incluye en el numerador todas las defunciones por suicidio (CIE-10 X60-X84).

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea de Eurostat de 2013.

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Defunciones según causa de muerte (INE)/Cifras de población (INE). Elaboración propia Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Mortalidad prematura por cáncer

Nombre de indicador: Tasa de mortalidad prematura por cáncer, ajustada por edad, por 100.000 habitantes

Nombre corto: Mortalidad prematura por cáncer

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100.000$

a = Número de defunciones por causas específicas en menores de 75 años durante un año

b = Población menor de 75 años en ese año

Definiciones:

Incluyen las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10^a revisión: C00 - C97.

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea de Eurostat de 2013.

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Defunciones según causa de muerte (INE)/Cifras de población (INE). Elaboración propia Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Determinantes socioeconómicos de la Salud

Índice de dependencia

Nombre de indicador: Índice de dependencia

Nombre corto: Índice de dependencia

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de personas de menos de 16 años + número de personas de más de 64 años, en un año

b = Número de personas de 16 y 64 años en ese año

Definiciones:



Índice de dependencia

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Cifras de Población desde 2013 en adelante. Estimaciones intercensales hasta 2012. Instituto Nacional de Estadística (INE)

Periodicidad: Anual

Riesgo de pobreza (AROPE)

Nombre de indicador: Tasa de riesgo de pobreza (indicador AROPE)

Nombre corto: Riesgo de pobreza (AROPE)

AROPE: La Unión Europea propuso el indicador AROPE (At risk of poverty and/or exclusion) para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de inclusión social propuestos en la Estrategia EU2020 y que hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Este indicador agrupa tres subindicadores que miden pobreza, carencia material y baja intensidad de trabajo en el hogar.

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula:

Porcentaje del total de la población que cumple uno o más de los tres criterios incluidos en la definición.

(a / b) * 100

a = Número de personas en riesgo de pobreza

b = Número total de personas entrevistadas

Definiciones:

En la encuesta de Condiciones de Vida, los ingresos que se utilizan en el cálculo de variables como rentas y tasa de riesgo de pobreza corresponden siempre al año anterior.

La población en riesgo de pobreza o exclusión social es aquella que está en alguna de estas situaciones: o - En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo). o - En carencia material y social severa (con carencia en al menos 7 conceptos de una lista de 13). o - En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia).

Desagregación: Sexo, CC.AA., Años

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Instituto Nacional de Estadística (INE)

Periodicidad: Anual

Efectividad / adecuación

Cesáreas

Nombre de indicador: Tasa de cesáreas (Hospitales SNS)

Nombre corto: Cesáreas (SNS)

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: (a / b) * 100

a = Número de partos por cesárea en centros pertenecientes al SNS

b = Número total de partos (vaginal + cesáreas) en centros pertenecientes al SNS

Definiciones:

Porcentaje de cesáreas respecto al total de partos (vaginales más cesáreas) (SNS)

- Se entiende por parto la expulsión o extracción desde el claustro materno del producto viable de la concepción.

- Se considera feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 gr.

- Vía vaginal: Todo parto atendido por vía vaginal, independientemente de la técnica.

Centros que pertenecen al SNS: La red Pública SNS está compuesta por aquellos centros de dependencia y financiación pública más los centros de dependencia privada (con o sin ánimo de lucro) que mantiene un concurso sustitutorio o pertenecen a una Red de Utilización Pública, es decir están financiados con fondos públicos.

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Reingresos (SNS)

Nombre de indicador: Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos (SNS)

Nombre corto: Reingresos (SNS)

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de reingresos

b = Total de altas del período

Definiciones:

También referido como "tasa de reingresos", mide la proporción de casos en los que, tras el alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital.

Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras una alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice).

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos.

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Reingresos (SAS)

Nombre de indicador: Porcentaje de reingresos SAS

Nombre corto: Reingresos (SAS)

Tipo: Indicador clave del Contrato Programa del SAS

Fórmula:

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de reingresos

b = Total de altas del período

Definiciones:

Episodio índice: Episodios con tipo de alta distinto de exitus

Reingreso: Episodio dentro del mismo hospital que el episodio índice y de un mismo paciente en menos de 31 días desde el episodio índice

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos.

Método de evaluación:

$\leq 7,5\%$: 100% de los puntos

$\geq 8,5\%$: 0% de los puntos

El intervalo comprendido entre los dos límites anteriores se evaluará mediante una función de valor

Desagregación: Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria



Fuente: CMBD Hospitalización. Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información del SAS
Periodicidad: Trimestral

Seguridad

Polimedicados en ≥75 años

Nombre de indicador: Porcentaje de pacientes polimedicados en personas de 75 y más años

Nombre corto: Polimedicados en ≥75 años

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de personas de 75 y más años con 6 o más fármacos durante, al menos, 6 meses de cada año.

b = Número de personas de 75 y más años con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a atención primaria

Definiciones:

Numerador: Número de personas de 75 y más años en las que coexisten, en un año, 6 o más fármacos distintos, en dosis diarias definidas totales equivalentes a un consumo durante un periodo de 6 o más meses.

Desagregación: Sexo, Nivel de ingresos, CC.AA., Años

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Infección hospitalaria (IRAS)

Nombre de indicador: Prevalencia total de pacientes con IRAS (infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria) en hospitales de agudos

Nombre corto: Infección hospitalaria (IRAS)

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número total de pacientes con una o más IRAS hospitalaria con origen en el hospital donde se realiza la encuesta de prevalencia, con origen en otro hospital o de origen desconocido* el día de la encuesta de prevalencia (*esta categoría puede utilizarse, por ejemplo, para infecciones con un inicio posterior a 48 horas del actual ingreso, pero que el encuestador no la considera asociada al actual ingreso. Sin embargo, esta categoría no debe utilizarse para las infecciones asociadas a centros socio-sanitarios o de larga estancia, ya que este indicador hace sólo referencia a las infecciones hospitalarias asociadas a hospitales de agudos)

b = Número total de pacientes encuestados

Definiciones:

El numerador incluye las IRAS activas el día de la encuesta. Se entiende por IRAS activa el día de la encuesta cuando:

- Existen signos o síntomas de la misma, o, si habiendo presentado signos y síntomas de infección en días previos, en la fecha de la encuesta el paciente todavía recibe tratamiento para la infección.

Y

- El inicio de los síntomas se ha producido al 3^a día o después, del día del ingreso, considerado éste como día 1

O

- El paciente ha sido ingresado con una infección activa (o desarrolla síntomas en los dos primeros días, día 1 y día 2), pero fue dado de alta de un hospital en las 48 horas previas al ingreso

O



- El paciente ha sido ingresado con una infección activa de localización quirúrgica (o desarrolla síntomas en los dos primeros días, día 1 y día 2); es decir si cumple los criterios de infección de localización quirúrgica (ILQ) (criterios CDC) y el paciente fue intervenido en los 30 días o 90 días previos (según categorías NHSN de los procedimientos quirúrgicos)

O

- El paciente ha sido ingresado con una infección activa (o desarrolla síntomas en los dos primeros días, día 1 y día 2) por Clostridioides difficile, en un periodo menor de 28 días desde un alta previa de un hospital

O

- Al paciente se le ha colocado un dispositivo invasivo en los días 1 o 2, dando lugar a una IRAS antes del día 3.

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Periodicidad: Anual

Experiencia del paciente

Coordinación niveles asistenciales

Nombre de indicador: Valoración positiva de la coordinación entre los distintos profesionales del sistema sanitario público

Nombre corto: Coordinación niveles asistenciales

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de personas encuestadas de 18 y + que perciben que la coordinación ha sido muy buena o buena

b = Número total de personas encuestadas de 18 y +

Definiciones:

Personas que declaran que en general, la coordinación entre distintos profesionales (médico de AP y/o médico especialista y/o ingreso en un hospital) dentro de la sanidad pública es buena o muy buena.

Desagregación: Sexo, Nivel educativo, CC.AA., Años

Fuente: Barómetro Sanitario (BS). Ministerio de Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas

Periodicidad: Anual

Accesibilidad

Cita AP 24-48h

Nombre de indicador: Accesibilidad a atención primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita

Nombre corto: Cita AP 24-48h

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = Número de personas encuestadas de 18 y + que en la última consulta consiguieron cita con atención primaria el mismo día o al día siguiente de solicitarla

b = Número de personas encuestadas de 18 y + que han pedido cita con el médico de familia de la sanidad pública y han acudido en los últimos 12 meses

Definiciones:

Pregunta del Barómetro Sanitario en la que se valora el tiempo que tardan los pacientes en conseguir cita en AP, cuando han acudido a AP en los últimos 12 meses.


Desagregación: Sexo, Nivel educativo, CC.AA., Años

Fuente: Barómetro Sanitario (BS). Ministerio de Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas

Periodicidad: Anual

Tiempo espera primera consulta en Atención Especializada

Nombre de indicador: Tiempo medio de espera para una primera consulta Atención Especializada

Nombre corto: Tiempo espera primera consulta en Atención Especializada

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: a / b

a = Sumatorio de los días de espera de los pacientes pendientes de una primera consulta de especialista, en lista de espera estructural

b = Total de pacientes pendientes

Definiciones:

De acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 605/2003 de tratamiento de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, se consideran:

Pacientes pendientes en espera estructural: El número total de pacientes pendientes de una primera consulta de Atención Especializada, cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles. Se excluyen por tanto pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (motivos personales/laborales) y pacientes en espera tras rechazo de un centro alternativo, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.

Tiempo medio de espera: Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de una primera consulta, desde la fecha de entrada en el registro hasta la fecha final del período de estudio (fecha de corte).

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: La información se recoge semestralmente, los datos están referidos a la situación 31 de diciembre del año de referencia.

Uso / recursos

Médicos de atención primaria por habitantes

Nombre de indicador: Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas

Nombre corto: Médicos de atención primaria por habitantes

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: (a / b) * 1000

a = Número de profesionales médicos

b = Población asignada a atención primaria

Definiciones:

Incluye el número de profesionales en plazas de medicina familia y de pediatría, que trabaja en los centros de salud y consultorios locales, en las modalidades de: equipo de atención primaria, modelo tradicional y pediatría de Área.

No incluye médicos internos y residentes, ni plazas exclusivas de urgencia en ninguna de sus modalidades, ni ninguna otra situación distinta a las mencionadas (como personal directivo u otros no asistenciales).

Se utilizará como denominador la población con tarjeta sanitaria que está asignada a atención primaria.

Los efectivos se contabilizan a 31 de diciembre de cada año.


Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Enfermería de atención primaria por habitantes

Nombre de indicador: Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas

Nombre corto: Enfermería de atención primaria por habitantes

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 1000$

a = Número de profesionales de enfermería en atención primaria

b = Población asignada a atención primaria

Definiciones:

Incluye todos aquellos profesionales de enfermería (DUE), que trabajan en los centros de salud y consultorios locales, en las modalidades de equipo de atención primaria o de modelo tradicional.

No incluye matronas, plazas dedicadas en exclusiva la atención de urgencias, plazas de unidades de apoyo ni ninguna otra consideración distinta a las señaladas (personal directivo u otros). Tampoco incluye el personal auxiliar de enfermería.

Se contabilizarán los efectivos a 31 de diciembre de cada año.

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Médicos especialistas por habitantes

Nombre de indicador: Personal médico en atención especializada por 1000 habitantes.

Nombre corto: Médicos especialistas por habitantes

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 1000$

a = Número de médicos

b = Población

Definiciones:

Personal Médico de Atención Especializada (AE): Personal médico que presta servicio en el centro con internamiento y centros de especialidades con la misma unidad de gestión, independientemente de su puesto, tanto en el hospital como en los centros de especialidades. Se tendrá en cuenta el personal vinculado contractualmente y no los puestos de trabajo que figuran en plantilla. Incluye tanto el personal que presta sus servicios en el hospital, como el que lo hace, de forma total o parcial, en otros centros dependientes, siempre que perciban sus honorarios a cargo del centro del que dependen. No se contabilizarán los médicos internos y residentes, becarios, asistentes voluntarios ni colaboradores. Se utilizará como denominador el dato de población general.

Población: Cifras de Población desde 2013 en adelante. (INE)

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Observaciones: Incluye centros públicos y privados

Enfermería especializada por habitantes

Nombre de indicador: Personal de enfermería en atención especializada por 1000 habitantes.

Nombre corto: Enfermería especializada por habitantes

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: $(a / b) * 1000$

a = Número de profesionales de enfermería

b = Población

Definiciones:

Personal de enfermería Atención Especializada (AE): Personal efectivo de Enfermería que presta servicios en centros con internamiento y centros de especialidades, independientemente de su puesto (supervisora, etc.) en la categoría de Enfermeros/as. Se tendrá en cuenta el personal vinculado contractualmente y no los puestos de trabajo que figuran en plantilla. No se incluye ninguna categoría de enfermeras especialistas, enfermeras especialistas en formación, fisioterapeutas, ni otros técnicos superiores o medios del área sanitaria, ni colaboradores. Se utilizará como denominador la población general.

Población: Cifras de Población desde 2013 en adelante. (INE).

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Coste / gasto

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido

Nombre de indicador: Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitantes protegido

Nombre corto: Gasto sanitario público (Comunidades autónomas) por habitantes protegido

Tipo: Indicador clave del SNS

Fórmula: a / b

a = Gasto sanitario de las comunidades autónomas

b = Población protegida por el SNS

Definiciones:

Gasto Sanitario SNS: Recoge el gasto sanitario del conjunto de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, así como el de las respectivas administraciones territoriales sanitarias. No se incluye el gasto en los servicios sanitarios prestados por el resto de los agentes de las administraciones públicas (Administración Central, Sistema de Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios y Corporaciones Locales).

Habitante protegido:

Desde 2012: Población incluida en la base de datos de población protegida del SNS, menos los colectivos del Mutualismo Administrativo protegidos mediante conciertos con aseguradoras privadas ya incorporados a dicha base de datos (MUFACE desde 2019; MUGEJU e ISFAS en proceso de incorporación).

Desagregación: CC.AA., Años

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad

Periodicidad: Anual

Cumplimiento de Objetivos Presupuestarios

Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I

Nombre de indicador: Grado de cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I

Nombre corto: Cumplimiento del capítulo I

Tipo: Indicador clave del Contrato Programa del SAS

Fórmula:

Desviación porcentual del gasto en Capítulo I del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en Contrato Programa

Método de evaluación:

≤ 100%: 100% de los puntos

> 100%: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 50% de los puntos al centro con menor desviación y 0% al de mayor desviación

Desagregación: Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC

Fuente: GIRO. Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS

Periodicidad: Mensual

Cumplimiento de capítulos II y IV sin recetas

Nombre de indicador: Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)

Nombre corto: Cumplimiento de capítulos II y IV sin recetas

Tipo: Indicador clave del Contrato Programa del SAS

Fórmula:

Desviación porcentual de los importes de consumo del Órgano Gestor respecto al presupuesto asignado en los Acuerdos de Consumo

Método de evaluación:

≤ 100%: 100% de los puntos

> 100%: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 50% de los puntos al centro con menor desviación y 0% al de mayor desviación

Para su evaluación se tendrá en cuenta los cobros a terceros

Desagregación: Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y RAMTTC

Fuente: SIGLO. Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS

Periodicidad: Mensual

Cumplimiento de consumo en farmacia

Nombre de indicador: Grado de cumplimiento del presupuesto asignado para acuerdos de consumo en farmacia (recetas capítulo IV)

Nombre corto: Cumplimiento de consumo en farmacia (recetas capítulo IV)

Tipo: Indicador clave del Contrato Programa del SAS

Fórmula:

Distritos: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por AP, respecto al valor asignado

Áreas de Gestión Sanitaria: Desviación porcentual del coste (PVP) por TAFE en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas por APyC y AH, respecto al valor asignado

Hospitales: Desviación porcentual del coste (PVP) en prestación farmacéutica, a través de las recetas prescritas en el hospital, respecto al valor asignado

Definiciones:

TAFE: Nº total de tarjetas ajustadas en función del consumo de farmacia por edad, tipo de aportación y sexo. Se exceptuarán de las recetas de Atención Primaria, los medicamentos calificados como de diagnóstico hospitalario, los antiepilepticos (excepto gabapentina, pregabalina y carbamazepina) y los antineoplásicos hormonales (L02, según la clasificación ATC).

Método de evaluación:

≤ 100%: 100% de los puntos

> 100%: Se aplicará una fórmula de proporcionalidad lineal, de forma que se asignará el 80% de los puntos al centro con el coste (PVP) por TAFE, o PVP, con menor crecimiento respecto al año anterior y el 0% al que tenga el mayor crecimiento respecto al año anterior

Desagregación: Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria

Fuente: FARMA. Subdirección de Farmacia y Prestaciones del SAS

Periodicidad: Mensual

Salud digital

Proporción de personas que acceden a servicios de salud a través de canales digitales, sobre el total de la población andaluza

Nombre de indicador: Proporción de personas que acceden a servicios de salud a través de canales digitales, sobre el total de la población andaluza

Nombre corto: Acceso a canales digitales

Tipo: Indicador clave de ESDA

Fórmula: $(a / b) * 100$

a = media de los porcentajes proporcionados por el INE para los siguientes servicios: buscar información + concertar cita médica + acceder a archivos personales + acceder a otros servicios de salud

b = Población andaluza

Definiciones:

Mide el % de personas (16 y 74 años) que usan internet para algunos servicios de salud: concertar cita médica por webs o apps, acceder a archivos personales de salud, acceder a otros servicios de salud (se realiza una media de los datos de cada tipo de servicio).

Desagregación: Buscar información sobre temas de salud. Concertar cita médica por web o app. Acceder a archivos personales de salud. Acceder a otros servicios de salud.

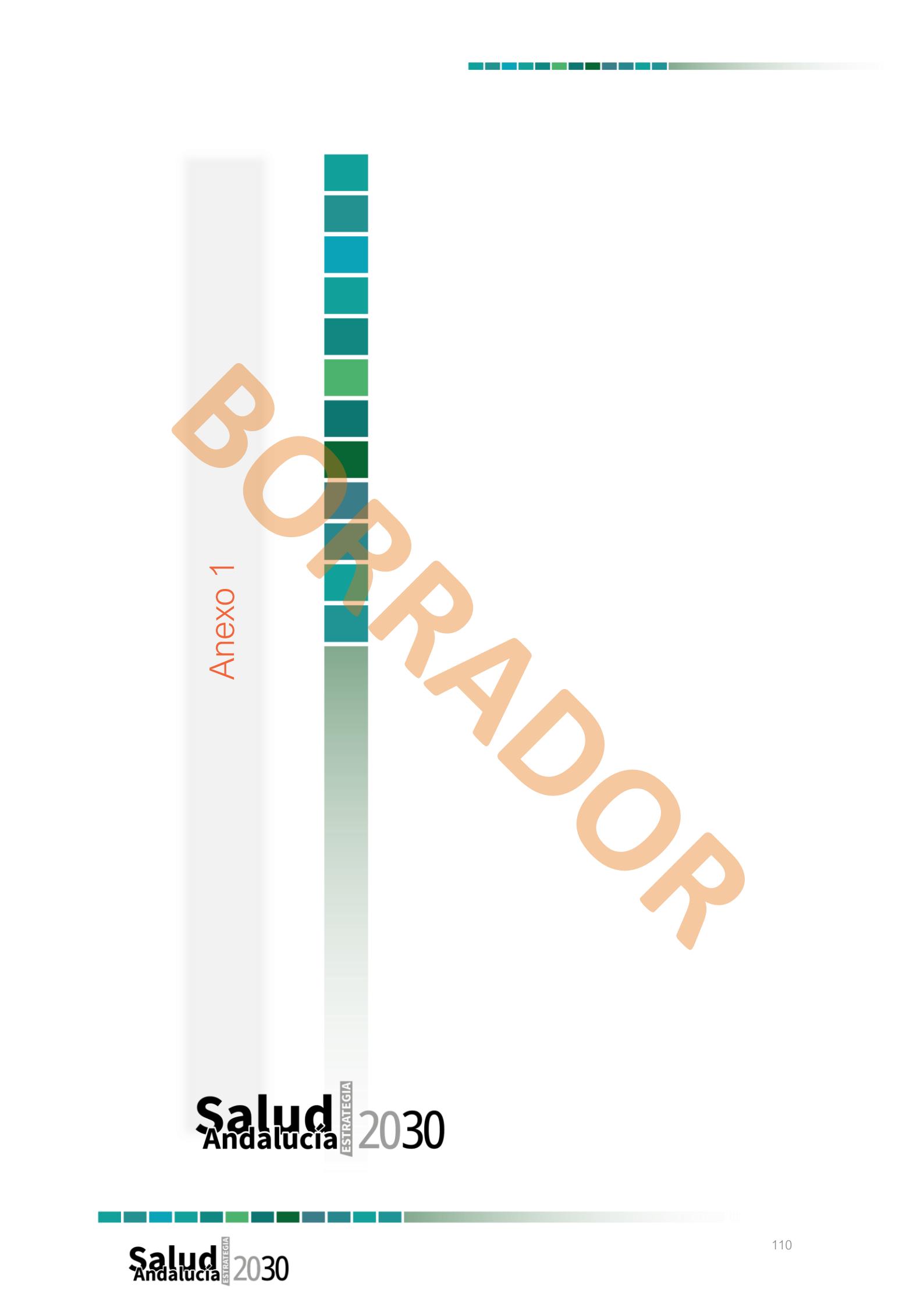
Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Periodicidad: Anual



Anexos

BORRADOR



Borrador

Anexo 1

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

16. Anexo 1. Listado de Participantes

Comité Director

Rocío Hernández Soto	Consejera de Salud y Consumo
María Luisa del Moral Leal	Viceconsejera de Salud y Consumo
Ismael Muñoz Martínez	Secretario General de Planificación Asistencial y Consumo
Áurea Morillo García	Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud
Valle García Sánchez	Gerente del Servicio Andaluz de Salud
Manuel Fernández Zurbarán	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Ana María Reales Arroyo	Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria
Daniel Fito García	Subdirección de Estrategias y Planes
Víctor Reyes Alcázar	Coordinador de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030

Coordinador

Víctor Reyes Alcázar	Coordinador de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030
----------------------	---

Grupo de Trabajo

Agustín Soler Iborte	Director UGC Salud Mental AGS Nordeste de Jaén
Ana Laura Ortega Granados	Subdirectora Médica Hospital Universitario de Jaén
Andrés García León	Responsable de Unidad Cirugía Vascular AGS Sur de Sevilla
Angela Higuero de la Rosa	Asociación Sevillana de Daño Cerebral Sobrevenido DACE
Ángeles Carbonell de Sena	Presidenta ASENSE- enfermedades neuromusculares
Antonio Bárcenas Villegas	Subdirección Enfermería AGS Sur de Sevilla
Antonio Jesús Marín Larrea	Subdirector Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo
Antonio Romero Tabares	AETSA - Gabinete de Investigación. Consejería de Salud y Consumo
Armando Romanos Rodríguez	Director IAVANTE. Fundación Progreso y Salud
Blanca Quijano Ruiz	Coordinadora Clínica. Red Andaluza de diseño y traslación de Terapias Avanzadas. Fundación Progreso y Salud
Carlos Bruquetas Callejo	SG de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo
Carlos Gustavo García Collado	Subdirector de Farmacia y Prestaciones. Servicios Centrales SAS
Carlos Gutiérrez Amaro	Subdirector Accesibilidad y Continuidad Asistencial. Dirección General Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
Carlos Luis Parra Calderón	Jefe de Sección de Innovación Tecnológica del Instituto de Biomedicina de Sevilla
Carolina Roldán Fontana	UGC Microbiología Hospital de Jaén
Ceferino Prieto García	Supervisor de Cuidados del Hospital Punta de Europa de Cádiz
Celia Fernández Delgado	Directora General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
Consuelo Artero López	Coordinadora Estrategia de Humanización del SSPA
Cristina Amador Naranjo	D.G. de Administración Periférica y Simplificación Administrativa

Cristina Suárez Mejías	Coordinadora de mejora continua, líneas de financiación y soporte a la I+D+i. STIC Sevilla
Daniel Fito García	Subdirección Estrategias y Planes. Consejería de Salud y Consumo
David Paniagua Urbano	Subdirector de Gestión Sanitaria Atención Primaria
Elia Gómez Castro	Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
Elvira Eva Moreno	Coordinadora de la Estrategia de Seguridad del Paciente
Campoy	
Esteban Toro	Subdirector de Sistemas de Información y Tecnología. Fundación Progreso y Salud
Eva Patricia Torres Begara	Directora de la UGC de Pediatría. Hospital Universitario de Valme.
Eutimio Jorge Tercero Fernández	Subdirección de Prestaciones
Francisca José Escabias Machuca	Directora UGC Promoción, prevención y vigilancia de la salud. AGS Norte Almería
Francisco Javier Moreno de la Torre	Miembro Junta Directiva de la Federación Salud Mental Andalucía
Francisco Javier Vadillo Olmo	Director Gerente Hospital Universitario de Jaén
Francisco José Sánchez Laguna	Coordinador de la Estrategia de Salud Digital de Andalucía (ESDA)
Higinio Flores Tirado	Presidente Sociedad Española de Médicos Generales (Andalucía)
Inmaculada Castejón Zamudio	Asesora Innovación. Secretaría General de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud
Inmaculada López Gutiérrez	Subdirección de Accesibilidad y Gestión de Centros Hospitalarios
Jennifer Ela Martín	Presidenta de la Asociación Endometriosis Andalucía
Jesús Fernández Galán	Director Gerente Hospital Universitario Virgen de la Victoria
José Alarcón Cardona	Director Económico Administrativo y de SSGG. AGS Nordeste de Granada
José Antonio Ortega Domínguez	Director Gerente Hospital Regional Universitario de Málaga
José Cabeza Barrera	Director de Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Clínico San Cecilio
José Enrique Sánchez Basallote	Subdirector Médico del AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra
José María Domínguez Roldán	Coordinador de la Estrategia de Bioética del SSPA
Josefa Vega Lora	Enfermera referente en Humanización. UGC de Ginecología y Patología de Mamas. Hospital Virgen del Rocío
Juan Antonio Córdoba Doña	Jefe de Sección Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital de Jerez
Juan Carlos Maestro Barón	Asesor Técnico del Programa de Salud Mental. Consejería de Salud y Consumo
Juan Manuel González Roldán	NTT DATA
Luis Gabriel Luque Romero	Unidad de Investigación del Distrito Sevilla Norte-Aljarafe
Mª Ángeles Marqués Aranda	Coordinadora Programa de Inspección. Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios
Manuel Ollero Baturone	Director UGC Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío
Manuel Quero Haro	Coordinación Enfermería en Salud Responde
María del Rocío Hernández Soto	Directora Gerente DSAP Aljarafe Sevilla Norte
María Ángeles Huete García	Departamento de Sociología. Universidad Pablo de Olavide
María Asunción Martínez Brocca	Directora del Plan Integral de Diabetes de Andalucía

María Fernández Martínez	Subdirección de Enfermería Salud Responde
María José Pedrosa Martínez	Directora Farmacia Hospitalaria. Hospital Puerto Real
Marina Selas Armenteros	Jefa de Servicio de Accesibilidad del SAS
María Mateo Díaz	SG de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo
Mario Jesús Pérez Díaz	Director Centro de Emergencias 061 de Sevilla
Mercedes Forcada Falcón	Jefa Servicio Calidad y Procesos. Secretaría General Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo
Mercedes Granero Asencio	Directora UGC Neonatología. Hospital Virgen Macarena
Mercedes Salgueira Lazo	Directora UGC Nefrología. Hospital Virgen Macarena
Miguel Eusebio García Linares	Coordinador del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte
Miguel Miller Guerrero	Subdirección Médica Área de Gestión Sanitaria Sur Sevilla
Nicola Lorusso	Coordinador Estrategia de vigilancia y repuesta en salud pública. Consejería de Salud y Consumo
Patricia Martínez Sánchez	Coordinadora del Plan Andaluz de Ictus
Pedro Manuel Castro Cobos	Gerente AGS Sur Córdoba
Pilar Navarro	Directora de Innovación de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria
Rafael Martínez Nogueras	Jefe de Servicio de Medicina Preventiva Hospital de Jaén
Rafael Medinilla Torres	Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Jaén
Reyes López Márquez	Directora UGC Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen Macarena
Rocío de la Rosa Díez	Gerente FANDACE- Daño cerebral sobrevenido
Rocío Pérez González	Directora de Enfermería Hospital Universitario Virgen del Rocío
Rocío Vélez Morales	Jefa de Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud y Consumo
Rosa Álvarez Pérez	Directora Técnica de la Federación Autismo Andalucía
Rosana Patrocinio Polo	Asesora Técnica de Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud y Consumo
Salvador Pérez Cortés	Director de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera
Sandra Flores Moreno	Jefa de Servicio Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen del Rocío
Soledad Delgado Zafra	Directora Médica. AGS Sur de Córdoba. Hospital Infanta Margarita
Soledad Jiménez González	Jefa de Servicio de Atención Socio Sanitaria. Consejería de Salud y Consumo
Susana Rodríguez Gómez	Jefa de Servicio de Planificación. Consejería de Salud y Consumo
Teresa Campos García	Jefa de Servicio de Coordinación. Consejería de Salud y Consumo



Borrador

Anexo 2

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

17. Anexo 2. Proceso metodológico de elaboración de la ESA 2030

Búsqueda documental

- Búsqueda documental de planes y estrategias de salud publicados en web institucionales de comunidades autónomas de España.
- Etiquetado mediante análisis semántico de líneas estratégicas, objetivos y acciones.

Presentación del borrador

12 de abril de 2023

- Presentación a la ViceConsejería de Salud y Consumo del borrador de ejes estratégicos, áreas y acciones ESA 2030 tras el análisis de 14 Planes de Salud autonómicos con 132 ideas estratégicas únicas identificadas.
- Presentación de la propuesta metodológica, cronograma, contenido y alcance.
- Definición del Grupo Director.

Acuerdo de formulación

16 de mayo de 2023

- Acuerdo de 16 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (Boja 94, de 19 de mayo de 2023).

Elaboración del listado de participantes de los grupos de trabajo

03 julio 2023

- Aprobación por la ViceConsejería de Salud y Consumo del listado de participantes a invitar para la elaboración de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.

Nombramiento del Coordinador de la ESA 2030

BOJA 149, de 4 agosto de 2023

- Resolución de 27 de julio de 2023, de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo, por la que se nombra al Coordinador de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.

Misión, visión y valores

16 octubre 2023

- Sesión de trabajo presencial para la definición de la Misión, Visión y Valores de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 y de la Estrategia Digital del SSPA.

Diagnóstico de situación: DAFO

Octubre 2023-marzo 2024

- Elaboración de un cuestionario online para el análisis interno y externo.
- Propósito: recopilar la perspectiva de los diversos actores que conforman el SSPA sobre la situación actual de la salud y la salud digital.

Proceso de validación del cuestionario

- Diseño del cuestionario
- Prueba piloto para identificar problemas de comprensión, sesgos en las preguntas y garantizar la validez y fiabilidad

- 
- Administración del cuestionario
 - Herramienta de implementación: EUsurvey
 - Cumplimentación: marzo 2024
 - Preguntas: 175 afirmaciones en 12 bloques de información
 - Universo: 1500 directivos/jefaturas del SSPA
 - Margen de error 5 % (nivel de confianza 95 %)
 - Muestra necesaria: 317
 - Respuestas obtenidas: 620

Reflexión sobre los Principios Rectores de la ESA 2030

Mayo 2024

- Debate interno del Comité Director de la ESA 2030 sobre los sobre los Principios Rectores y el enfoque general que debe impregnar el documento de planificación.

Definición de objetivos estratégicos y acciones operativas

10 junio 2024

- Jornada participativa en el edificio de gobierno del hospital Virgen del Rocío de Sevilla para la definición de objetivos estratégicos y acciones operativas asociadas a la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
- Participantes: 60 profesionales provenientes de nivel directivo de la administración sanitaria, ámbito académico, profesionales asistenciales, representantes de la ciudadanía y empresas.

Consulta pública

16 julio de 2024

- Resolución de 16 julio de 2024, de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo por la que se acuerda someter a consulta pública previa la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.

Presentación del documento ESA 2030 al Comité Director para su aprobación

29 julio 2024

- Presentación y validación del documento ESA 2030 a nivel del Comité Director.

Memoria económica

Julio – septiembre 2024

- Inclusión en el borrador de la ESA 2030 de la perspectiva económica y presupuestaria y de la proyección presupuestaria hasta 2030.

Ratificación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía

Septiembre 2024

- Elevación de la propuesta de Estrategia de Salud de Andalucía 2030 al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía.

Presentación institucional

Octubre 2024

- Presentación institucional de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a la sociedad.



Borrador

Anexo 3

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

18. Anexo 3. Análisis DAFO

Debilidades

- D1 La limitación de plantillas
D2 La inestabilidad laboral de los profesionales de la salud
D3 La elevada carga asistencial y el agotamiento entre los profesionales
D4 Los modelos de contratos de los profesionales
D5 Incertidumbre en la financiación requerida tras la finalización de los recursos económicos actuales
D6 Las limitaciones presupuestarias en el sistema de salud
D7 La rotación de los profesionales
D8 La retención y atracción de talento en el SSPA
D9 Recursos limitados para impulsar procesos de transformación en la organización
D10 Limitada presencia de profesionales en procesos de diseño y cocreación de servicios
D11 Disminución de la financiación para la provisión de servicios a la población vulnerable
D12 La integración de la investigación con la actividad asistencial
D13 Estructura de gestión burocrática y rígida
D14 Financiación de la investigación
D15 Activos tecnológicos obsoletos
D16 Apoyo institucional y económico a la investigación clínica en el SSPA
D17 El aumento de la demanda de servicios de salud
D18 Cultura y gobernanza de la investigación en el SSPA
D19 Alta dependencia de terceros y externalización del conocimiento en salud digital
D20 Centralización de la investigación a nivel hospitalario
D21 Uso de hardware y software de forma autónoma por los profesionales
D22 La coordinación entre los diferentes niveles de atención
D23 La integración de los espacios sanitario y sociosanitario
D24 Las limitaciones de los sistemas de información para la toma de decisiones
D25 Insuficiente capacitación TIC de profesionales y resistencias al cambio
D26 Sistema asistencial con un enfoque reactivo
D27 Evaluación de la investigación realizada en el SSPA
D28 Instalaciones y recursos suficientes para la atención a la salud en el espacio sociosanitario
D29 Nivel de libertad de los directivos del SSPA para tomar decisiones en su puesto de trabajo
D30 Innovación en el SSPA con impacto en salud
D31 Formas innovadoras de compra pública
D32 Flexibilidad a los cambios de la estructura organizacional del SSPA
D33 Participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas de salud
D34 Las infraestructuras disponibles en los centros de salud y hospitales
D35 Modelo de toma de decisiones de la dirección corporativa del SSPA
D36 El desarrollo y crecimiento de los profesionales del SSPA
D37 La coordinación entre atención primaria y hospitalaria en el SSPA
D38 Capacidad para responder a las necesidades de los ciudadanos por parte de directivos del SSPA
D39 Colaboración intersectorial para mejorar la salud de la ciudadanía
D40 Participación y colaboración de la ciudadanía en las políticas y procesos de diseño de servicios
D41 Acceso a servicios de salud mental y bienestar emocional en todas las etapas de la vida
D42 El impulso a la compra pública innovadora
D43 Capacidad de testeo y experimentación de iniciativas innovadoras
D44 Estrategia de escalabilidad de servicios del SAS
D45 El nivel actual de interoperabilidad de los sistemas de salud
D46 La coordinación entre salud y servicios sociales para atender a pacientes y personas cuidadoras
D47 Autonomía de los responsables de las UGC para cumplir con los objetivos establecidos
D48 La calidad de la información proporcionada por los sistemas de información
D49 La resiliencia (capacidad de adaptarse a los cambios) del SSPA
D50 Capacidad de planificación estratégica y evaluación de los resultados para la mejora
D51 La adaptabilidad de las instalaciones y servicios a las personas mayores
D52 Implicación y colaboración activa de los profesionales del SSPA en el diseño de políticas y servicios
D53 Disponibilidad y capacidad de análisis de datos de salud por los profesionales del SSPA
D54 La satisfacción de los profesionales con su trabajo

Fortalezas

- F1 Impacto de la I+D+i en la mejora del SSPA
F2 Flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades de la ciudadanía por parte del SSPA
F3 Papel crucial de la atención primaria
F4 Uso generalizado de herramientas digitales por la ciudadanía en su día a día
F5 La reorganización que realiza el SSPA para la mejora de la experiencia del paciente
F6 El sistema de salud es transparente en la rendición de cuentas sobre sus resultados
Modelo de integración de la atención temprana entre servicios de salud, servicios sociales y servicios educativos
F7 Modelo definido de indicadores para analizar los resultados asistenciales
F9 El enfoque de "salud en todas las políticas" para abordar los desafíos en la sociedad actual
F10 Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población de Andalucía
El impacto de las actuaciones del SSPA en los entornos, condiciones de vida y resiliencia de la ciudadanía
F11 La gobernanza (transparencia y participación en la toma de decisiones) del SSPA
F13 Las posibilidades de desarrollo y crecimiento de los profesionales del SSPA
F14 La implementación del modelo de certificación de ACSA
F15 Equidad en el SSPA
F16 La orientación del sistema de salud hacia la cronicidad
F17 Identificación y análisis de las necesidades y expectativas de la ciudadanía por parte del SSPA
F18 Las medidas del SSPA para atender la discapacidad
F19 La contribución por parte del SSPA a la creación de entornos más saludables para la población
F20 La personalización de los servicios de salud a las necesidades individuales
F21 Libertad para expresar su opinión en su puesto de trabajo de los directivos del SSPA
F22 La transformación digital y la promoción de la I+D+I
F23 Reputación entre la población del SSPA
F24 Atención sociosanitaria a grupos minoritarios o vulnerables por parte del SSPA
F25 La calidad sanitaria percibida por la ciudadanía
F26 La promoción de la salud en diversos entornos de la vida como el trabajo, la escuela, la comunidad
F27 La promoción de la corresponsabilidad y el autocuidado de los pacientes
F28 Uso de las redes sociales por parte del SSPA para informar y promover la salud
F29 La formación en metodología científica a los residentes
F30 La comprensión y abordaje de los factores determinantes de la salud por parte del SSPA
F31 Accesibilidad a programas y servicios de promoción de la salud
F32 Reducción de inequidades en salud en diferentes grupos de población
F33 Desarrollo integral de niños y jóvenes desde el SSPA
F34 La reducción de las inequidades en salud en diferentes grupos de población
F35 Compromiso de las autoridades sanitarias en incorporar la equidad en todas las políticas
F36 Alianzas con asociaciones de pacientes
F37 Los convenios con las universidades para la formación de residentes y profesionales
F38 La prevención y atención temprana a la población
F39 Nivel de satisfacción de pacientes y sus familias con el SSPA
F40 Capacitación de los directivos del SSPA para ejercer su labor
F41 El apoyo de la alta dirección al impulso a la salud digital y a la transformación digital en salud
F42 Fomento de conductas saludables en todas las etapas de la vida
F43 La continuidad de cuidados en las personas mayores
F44 Políticas actuales para promover estilos de vida saludables
F45 Valor tecnológico de los servicios ofrecidos por el SSPA
F46 La promoción del envejecimiento saludable
F47 Andalucía como referente en Sistemas de Información de Salud a nivel nacional
F48 Las campañas de educación para la prevención de enfermedades relevantes
F49 Las actuaciones del SSPA para reducir la morbilidad en Andalucía
F50 Igualdad en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones desfavorecidas
F51 La multidisciplinariedad en el abordaje de las necesidades y atención a los pacientes
F52 Prevención de la enfermedad y promoción de la salud en todas las etapas de la vida
F53 El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación por parte de los profesionales
El liderazgo en la mejora continua de la atención sanitaria de los responsables de las Unidades de Gestión Clínica

- F55 Cultura del SSPA de colaboración y trabajo en el equipo entre los profesionales
- F56 Prevención, promoción y atención a los niños y jóvenes
- F57 Las medidas del SSPA para la reducir la mortalidad prematura y evitable en Andalucía
- F58 El actual consentimiento informado a los pacientes
- F59 El abordaje de las patologías de alta prevalencia
- F60 El conocimiento de los objetivos y metas que deben alcanzar en su trabajo los profesionales
- F61 Humanización de la asistencia sanitaria en el SSPA
- F62 Atención a la seguridad clínica y a la prevención de eventos adversos
- F63 Respeto a la intimidad y privacidad de los pacientes en el SSPA
- F64 La equidad como área transversal en todas las políticas sanitarias
- F65 Los sistemas de información del SSPA son efectivos en la protección de la privacidad y seguridad de los datos de salud de los pacientes
- F66 Respeto, ética y responsabilidad del SSPA
- F67 La cualificación y formación de los profesionales para garantizar la atención a los pacientes
- F68 El compromiso y vocación de los profesionales del SSPA
- F69 Igualdad de género en el acceso a los servicios de salud

BORRADOR



Amenazas

- | | |
|-----|---|
| A1 | Crisis económica |
| A2 | Infrafinanciación histórica en salud en Andalucía |
| A3 | Los costes farmacéuticos |
| A4 | Descontento generalizado de la ciudadanía con el SSPA |
| A5 | El impacto de la descapitalización profesional sobre la capacidad de respuesta del sistema público de salud |
| A6 | Influencia de la política en la definición de prioridades y asignación de recursos en el ámbito de la salud |
| A7 | Riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a datos sanitarios |
| A8 | El incremento de la demanda de formación continuada sin posibilidad de financiación externa |
| A9 | El marco normativo y jurídico existente limita la autonomía de decisión de los directivos del SSPA |
| A10 | Valor añadido ofrecido por el sector sanitario privado frente al SSPA |
| A11 | Sostenibilidad de la incorporación, mantenimiento y actualización de los sistemas de información |
| A12 | Exigencias de organismos supranacionales en la gestión de fondos |

CORRADOR



Oportunidades

- O1 Competencias digitales de la ciudadanía
Colaboración con el sector sanitario privado para el aumento de la eficiencia y calidad del modelo de salud
- O2 Cambios políticos y de estrategias globales a nivel europeo, nacional, autonómico
- O3 La normativa-legal para retener, atraer e incorporar talento en salud digital
- O4 La colaboración con el sector privado en salud digital
- O5 Recurrencia de la innovación en el debate técnico y político
- O6 Implantación y consolidación de nuevos modelos de atención de la salud
- O7 La innovación en políticas públicas en el SSPA
La colaboración con la ciudadanía, sector privado, agentes de conocimiento y resto de la administración para un SSPA innovador
- O8 Interoperabilidad de los sistemas de información entre administraciones de Andalucía
- O9 La incorporación de la inteligencia artificial para personalización de la atención sanitaria
- O10 La colaboración con la industria farmacéutica y tecnológica en cuestiones de investigación e innovación
- O11 Equidad por un uso heterogéneo de la tecnología
- O12 Tendencias tecnológicas centradas en la disponibilidad de amplias bases y fuentes de datos
Participación y colaboración con los agentes de salud externos al SSPA en las políticas y procesos de diseño de servicios
- O13 Apoyo de la ciudadanía al sistema público de salud
- O14 La inteligencia artificial contribuirá a la toma de decisiones clínicas más precisas y efectivas
- O15 Retorno social de la inversión en salud
- O16 Incremento del número de convocatorias orientadas a financiar proyectos de I+D+i, tanto a nivel nacional como europeo
- O17 Capacidad de gestión del cambio, a raíz de la COVID19
- O18 Los dispositivos wearables para promover un mayor autocuidado y prevención de enfermedades
- O19 El impulso de la administración andaluza a la Transformación Digital por la Agencia Digital de Andalucía
- O20 Aumento de la productividad de los profesionales sanitarios al reducir su carga burocrática mediante la transformación digital
- O21 Explotación de la información y conocimiento generado en el ámbito sanitario
- O22 Uso de herramientas digitales por la ciudadanía en su día a día
Necesidad de la ciudadanía de relacionarse de forma más cercana con el sistema sanitario y sus profesionales
- O23 El acceso de los pacientes a sus imágenes diagnósticas, resultados médicos e historia clínica
- O24 Existencia de iniciativas digitales y tecnológicas de relevancia nacional e internacional
- O25 Las aplicaciones móviles relacionadas con la salud para el manejo de enfermedades y la promoción de hábitos saludables
- O26 Continuidad asistencial entre atención primaria y hospitalaria
- O27 Colaboración en proyectos innovadores con organismos nacionales y autonómicos
- O28 La cultura de cooperación con terceros para fortalecer el trabajo en red y mejorar los servicios de salud
- O29 El impulso a nivel europeo y nacional de la salud digital y de la transformación digital
- O30 La colaboración con otros centros de investigación y de atención asistencial para el intercambio de conocimiento y la mejora de los servicios
- O31 Impulso generalizado a nivel europeo y nacional a la mejora del acceso a la asistencia y salud pública de poblaciones vulnerables
- O32 La simulación clínica como herramienta de aprendizaje para los profesionales de la salud
- O33 El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en el SSPA
- O34 La incorporación de la medicina personalizada en el SSPA
- O35 La implementación de la cirugía robótica en ciertos procedimientos quirúrgicos

Metodología

Con el propósito de garantizar la calidad y validez de los datos recopilados mediante el cuestionario online para el análisis interno y externo del SSPA, se han implementado diversos procedimientos de validación que se detallan a continuación:

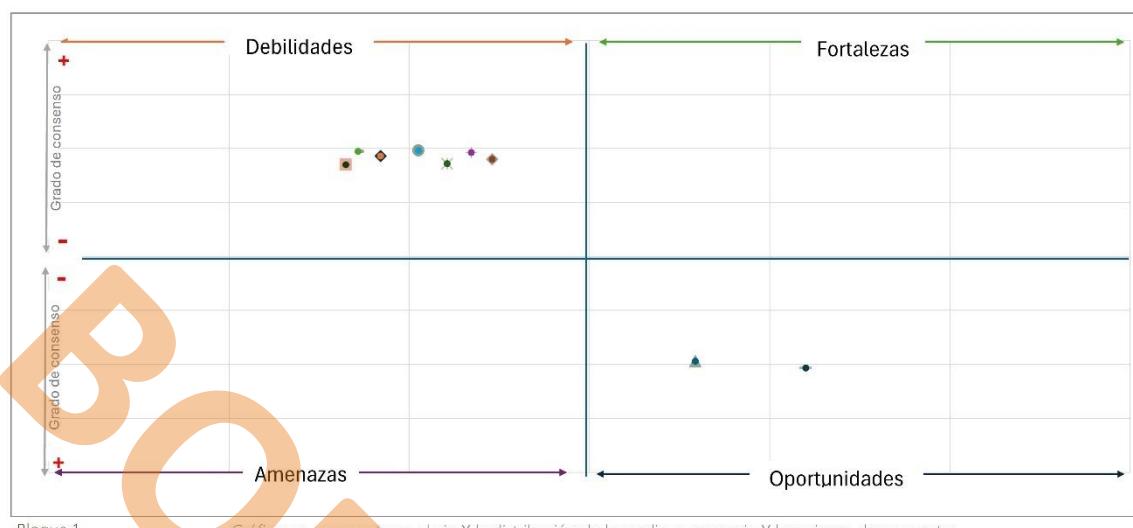
Periodo de trabajo: octubre 2023-marzo 2024

Proceso de validación del cuestionario

- **Diseño de un cuestionario online** para el análisis interno y externo. Durante la fase de diseño, se seleccionaron cuidadosamente los ítems basados en la revisión exhaustiva de la literatura existente y la consulta con expertos. Esta fase se sustentó en un cuidadoso proceso de operacionalización que dio como resultado el cuestionario.
 - Propósito: recopilar la perspectiva de los diversos actores que conforman el SSPA sobre la situación actual de la salud y la salud digital.
- **Prueba piloto** previa a su administración del cuestionario. Una vez completada la primera versión del cuestionario, se llevó a cabo una prueba piloto con un grupo de individuos representativos de la población objetivo. Esta prueba permitió identificar problemas de comprensión, ambigüedad o sesgos en las preguntas.
 - Propósito: poder garantizar tanto la validez como la fiabilidad de las preguntas. Los comentarios y sugerencias recibidos durante esta fase fueron analizados y se realizaron los ajustes necesarios para mejorar el cuestionario.
- **Administración del cuestionario**
 - Herramienta de implementación: EUsurvey
 - Cumplimentación: marzo 2024
 - Preguntas: 175 afirmaciones agrupadas en 12 bloques de información
 - Universo: 1500 directivos y profesionales de referencia del SSPA
 - Margen de error 5 % (nivel de confianza 95 %)
 - Muestra necesaria: 317
 - Respuestas obtenidas: 620
- **Depuración y validación de la base de datos.** Tras la recopilación de los datos a través del cuestionario, se llevó a cabo un análisis para evaluar la calidad de las respuestas, prestando especial atención a la coherencia y consistencia de las mismas. Se identificaron y se examinaron cuidadosamente las respuestas atípicas o inusuales que podrían indicar errores en la recopilación de datos o malentendidos por parte de los encuestados.
 - Además, se realizó un análisis de la tasa de respuesta y de la cantidad de preguntas no respondidas en cada cuestionario. En este sentido, los individuos que no respondieron al cuestionario o tenían una representación muy por debajo de lo esperado, fueron eliminados de la base de datos.
 - Junto a ello, se llevó a cabo un análisis estadístico de las respuestas para detectar patrones o inconsistencias significativas, para identificar posibles errores de entrada de datos y para verificar la consistencia entre las respuestas a diferentes preguntas.
 - Los resultados de este análisis han demostrado que las respuestas de los encuestados son coherentes y consistentes en su mayoría, sin evidencia de respuestas extremadamente atípicas o inusuales que pudieran comprometer la validez de los datos. La baja incidencia de preguntas no respondidas también indica un alto nivel de compromiso y comprensión por parte de los encuestados.

Investigación e innovación

Investigación e innovación

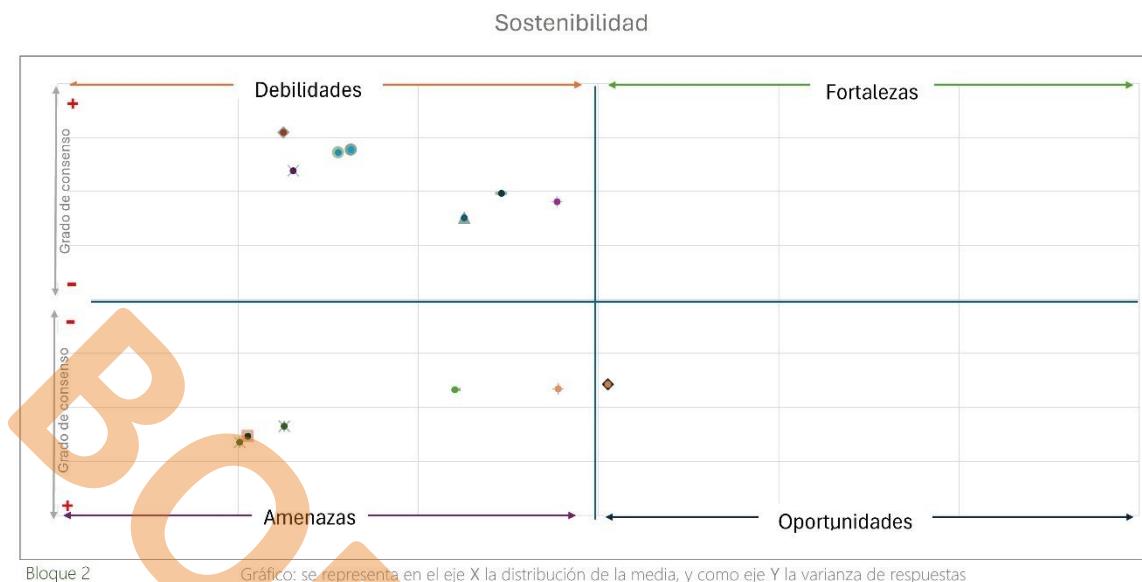


La Investigación e Innovación muestran como **debilidades intermedias** las dificultades de integración de la investigación con la actividad asistencial (D12), la financiación (D14), el apoyo institucional y económico a la investigación clínica (D16) y la gobernanza de la investigación en el SSPA (D18). También se perciben como **debilidades pequeñas** la centralización de la investigación a nivel hospitalario (D20), la escasa evaluación ex post de la investigación realizada en el SSPA (D27) y la valoración del impacto en salud de la innovación realizada en el SSPA (D30).

Respecto a la influencia externa sobre la Investigación y la Innovación se percibe como una **oportunidad limitada** la recurrencia de la innovación en el debate técnico y político (O6) y como una **oportunidad intermedia** el incremento del número de convocatorias orientadas a financiar proyectos de I+D+i (O19).

D12	La integración de la investigación con la actividad asistencial	2,75
D14	Financiación de la investigación	2,86
D16	Apoyo institucional y económico a la investigación clínica en el SSPA	3,07
D18	Cultura y gobernanza de la investigación en el SSPA	3,42
D20	Centralización de la investigación a nivel hospitalario	3,68
D27	Evaluación de la investigación realizada en el SSPA	3,91
D30	Innovación en el SSPA con impacto en salud	4,10
O6	Recurrencia de la innovación en el debate técnico y político	5,98
O19	Incremento del número de convocatorias orientadas a financiar proyectos de I+D+i	7,00

Sostenibilidad



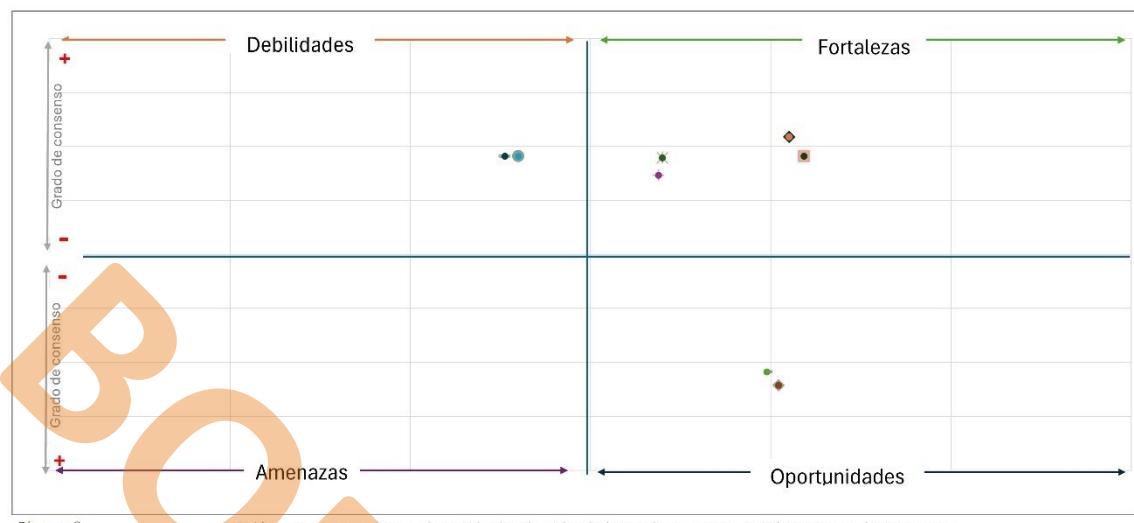
En relación a la **Sostenibilidad** se consideran **amenazas extremas** la crisis económica (A1), la infrafinanciación histórica en salud en Andalucía (A2) y el incremento de los costes farmacéuticos (A3). También influye como una **amenaza intermedia** el incremento de la demanda de formación continuada (A8), y como una **amenaza pequeña** la sostenibilidad de la incorporación, mantenimiento y actualización de los sistemas de información (A11). Por último, como influencia externa se percibe como una **oportunidad pequeña** la colaboración con el sector sanitario privado para el aumento de la eficiencia y calidad del modelo de salud (O2).

Respecto a los factores internos asociados a la Sostenibilidad del SSPA se perciben como **debilidades extremas** la incertidumbre en la financiación requerida tras la finalización de los recursos económicos actuales (D5), y las limitaciones presupuestarias en el sistema de salud (D6). Asimismo, se observan como **debilidades intermedias** la disminución de la financiación para la provisión de servicios a la población vulnerable (D11), la coordinación entre los diferentes niveles de atención asistencial (D22) y los recursos limitados para impulsar los procesos de transformación en la organización (D9).

A1	Crisis económica	1,68
A11	Sostenibilidad de la incorporación, mantenimiento y actualización de los sistemas de información	4,63
A2	Infrafinanciación histórica en salud en Andalucía	1,76
A3	Los costes farmacéuticos	2,09
A8	El incremento de la demanda de formación continuada	3,67
D11	Disminución de la financiación para la provisión de servicios a la población vulnerable	2,71
D22	La coordinación entre los diferentes niveles de atención	3,76
D31	Formas innovadoras de compra pública	4,10
D42	El impulso a la compra pública innovadora	4,62
D5	Incertidumbre sobre la financiación requerida	2,09
D6	Las limitaciones presupuestarias en el sistema de salud	2,18
D9	Recursos limitados para impulsar procesos de transformación en la organización	2,59
O2	Colaboración con el sector sanitario privado	5,09

Participación, Equidad y Humanización

Participación, equidad y humanización



Bloque 3 Gráfico: se representa en el eje X la distribución de la media, y como eje Y la varianza de respuestas

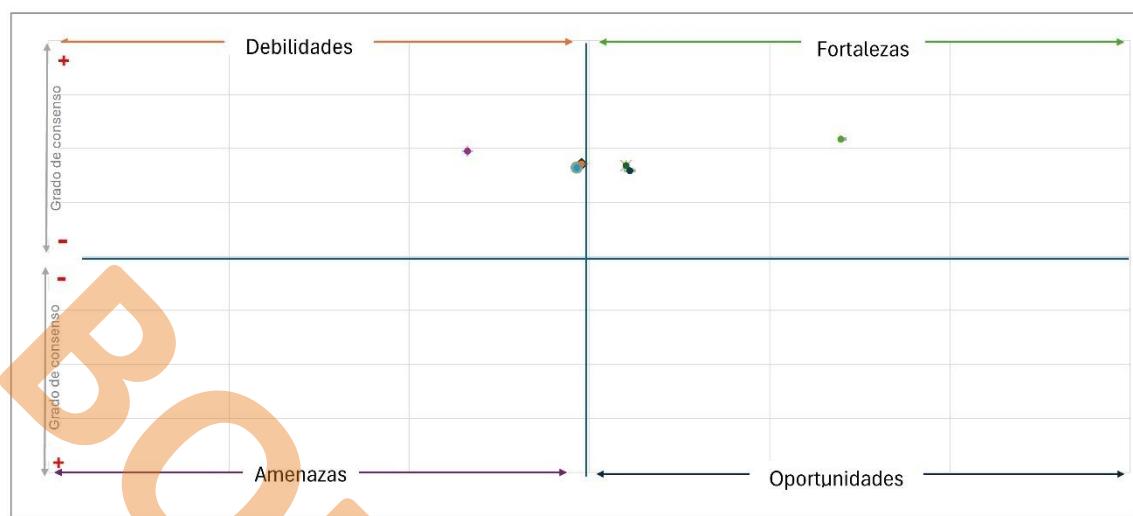
Respecto a la **Participación, Equidad y Humanización** se consideran como **debilidades pequeñas** la escasa participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre las políticas de salud (D33), y el modelo de toma de decisiones de la dirección corporativa del SSPA (D35). También a nivel interno se ven como **fortalezas pequeñas** el nivel de equidad en el SSPA respecto al acceso, atención, investigación y promoción (F15), y la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de la ciudadanía por parte del SSPA (F17). Asimismo, se perciben como **fortalezas intermedias** en el SSPA el nivel de humanización de la asistencia sanitaria (F61), y el respeto a la intimidad y privacidad de los pacientes (F63).

Como factores de influencia externa se perciben como **oportunidades intermedias** la equidad por un uso heterogéneo de la tecnología (O13) y la participación y colaboración con los agentes de salud externos al SSPA (*empresas, otras administraciones, centros de conocimiento*) en los procesos de diseño de los servicios (O15).

D33	Participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas de salud	4,21
D35	Modelo de toma de decisiones de la dirección corporativa del SSPA	4,33
F15	Equidad en el SSPA (acceso, atención, investigación, promoción)	5,63
F17	Identificación y análisis de las necesidades y expectativas de la ciudadanía <i>por parte</i> del SSPA	5,66
F61	Humanización de la asistencia sanitaria en el SSPA	6,84
F63	Respeto a la intimidad y privacidad de los pacientes en el SSPA	6,97
O13	Equidad por un uso heterogéneo de la tecnología	6,63
O15	Participación y colaboración con los agentes de salud externos al SSPA (<i>empresas, otras administraciones, centros de conocimiento</i>) en las políticas y procesos de diseño de servicios	6,74

Transparencia y evaluación

Transparencia y evaluación

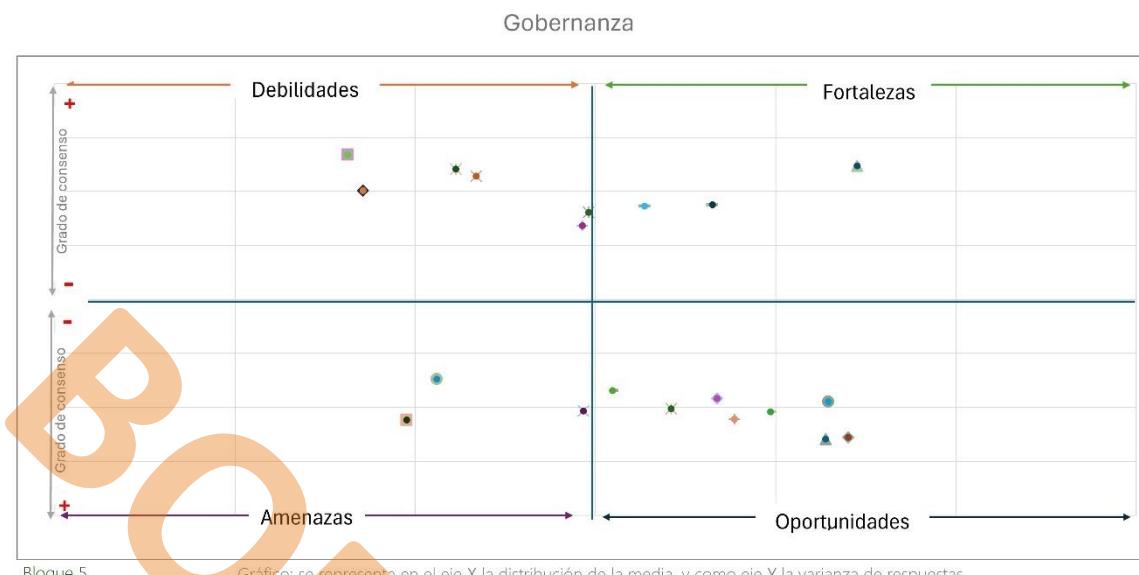


Respecto a los mecanismos de Transparencia y Evaluación en el SSPA se consideran como **debilidades pequeñas** las limitaciones de los sistemas de información para la toma de decisiones (D24), la calidad de la información proporcionada por los actuales sistemas de información (D48) y la capacidad de planificación estratégica y evaluación de los resultados para la mejora de la gobernanza, eficiencia, efectividad e innovación (D50).

También se percibe a nivel interno como **fortalezas limitadas** el nivel de transparencia del sistema de salud en la rendición de cuentas sobre sus resultados (F6), el modelo definido de indicadores para analizar los resultados asistenciales (F8) y la efectividad de los sistemas de información del SSPA sobre la protección de la privacidad y seguridad de los datos de salud de los pacientes (F65).

D24	Las limitaciones de los sistemas de información para la toma de decisiones	3,87
D48	La calidad de la información proporcionada por los sistemas de información	4,88
D50	Capacidad de planificación estratégica y evaluación de los resultados para la mejora de la gobernanza, eficiencia, efectividad e innovación	4,93
F6	El sistema de salud es transparente en la rendición de cuentas sobre sus resultados	5,34
F65	Los sistemas de información del SSPA son efectivos en la protección de la privacidad y seguridad de los datos de salud de los pacientes	7,33
F8	Modelo definido de indicadores para analizar los resultados asistenciales	5,37

Gobernanza



Respecto al modelo de **Gobernanza** del SSPA se observan como factores externos que actúan como **amenazas pequeñas** las exigencias de los organismos supranacionales (A12), y como **amenazas intermedias** el impacto de la descapitalización profesional sobre la capacidad de respuesta del sistema público de salud (A5), así como, la influencia de la política en la definición de las prioridades y en la asignación de los recursos en el ámbito de la salud (A6).

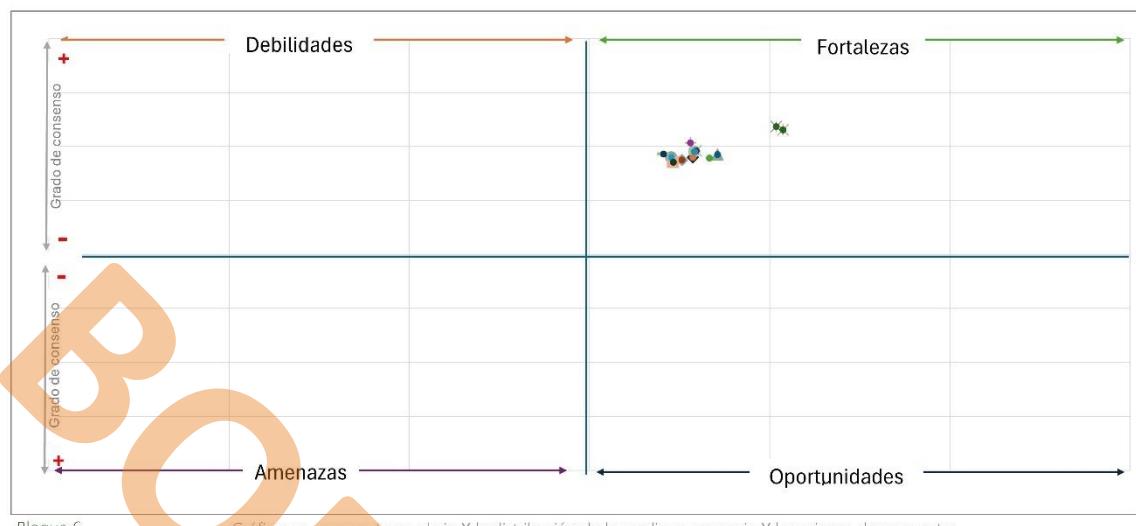
También como factores externos se ven como **oportunidades limitadas** los cambios políticos y de estrategias globales a nivel europeo, nacional y autonómico (O3), la colaboración con el sector privado en salud digital (O5), la innovación en políticas públicas en el SSPA (O8) y la colaboración con la ciudadanía, el sector privado, los agentes de conocimiento y resto de la administración para reforzar un SSPA innovador (O9). Otras oportunidades percibidas como **oportunidades intermedias** son la colaboración con la industria farmacéutica y tecnológica en cuestiones de investigación e innovación (O12), el impulso de la administración andaluza a la transformación digital por la Agencia Digital de Andalucía (O22), el aumento de la productividad de los profesionales sanitarios al reducir su carga burocrática mediante la transformación digital (O23) y la colaboración en proyectos innovadores con organismos nacionales y autonómicos (O31).

Respecto a los factores internos que actúan como **debilidades intermedias** se consideran la limitada presencia de profesionales en procesos de diseño y cocreación de servicios (D10), la existencia de una estructura de gestión burocrática y rígida (D13), el uso de hardware y software de forma autónoma por los profesionales sin aprobación por departamentos de IT (D21) y la existencia de un sistema asistencial con un enfoque reactivo (D26). Por otro lado, como factores internos que se perciben como **fortalezas limitadas** se encuentran el modelo de gobernanza del SSPA respecto a la transparencia y los mecanismos de participación en la toma de decisiones (F12), y el nivel de capacitación de los directivos del SSPA para ejercer su labor (F40). Por último, se valora como **fortaleza intermedia** el respeto, la ética y la responsabilidad del SSPA (F66).

A12	Exigencias de organismos supranacionales en la gestión de fondos	4,89
A5	El impacto de la descapitalización profesional sobre la capacidad de respuesta del sistema público de salud	3,25
A6	Influencia de la política en la definición de prioridades y asignación de recursos en el ámbito de la salud	3,53
D10	Limitada presencia de profesionales en procesos de diseño y cocreación de servicios	2,71
D13	Estructura de gestión burocrática y rígida	2,85
D21	Uso de hardware y software de forma autónoma por profesionales sin aprobación por departamentos de IT	3,71
D26	Sistema asistencial con un enfoque reactivo	3,90
D47	Autonomía de los responsables de las UGC para cumplir con los objetivos establecidos	4,88
D52	Implícacion, predisposición y colaboración activa de los profesionales del SSPA en el diseño de políticas y servicios	4,94
F12	La gobernanza (transparencia y participación en la toma de decisiones) del SSPA	5,45
F40	Capacitación de los directivos del SSPA para ejercer su labor	6,08
F66	Respeto, ética y responsabilidad del SSPA	7,42
O12	La colaboración con la industria farmacéutica y tecnológica en cuestiones de investigación e innovación	6,62
O22	El impulso de la administración andaluza a la Transformación Digital por la Agencia Digital de Andalucía	7,13
O23	Aumento de la productividad de los profesionales sanitarios al reducir su carga burocrática mediante la transformación digital	7,15
O3	Cambios políticos y de estrategias globales a nivel europeo, nacional, autonómico	5,16
O31	Colaboración en proyectos innovadores con organismos nacionales y autonómicos	7,34
O5	La colaboración con el sector privado en salud digital	5,70
O8	La innovación en políticas públicas en el SSPA	6,12
O9	La colaboración con la ciudadanía, sector privado, agentes de conocimiento y resto de la administración para un SSPA innovador	6,29

Autonomía personal, determinantes de la salud y calidad de vida

Autonomía personal, determinantes de la salud y calidad de vida

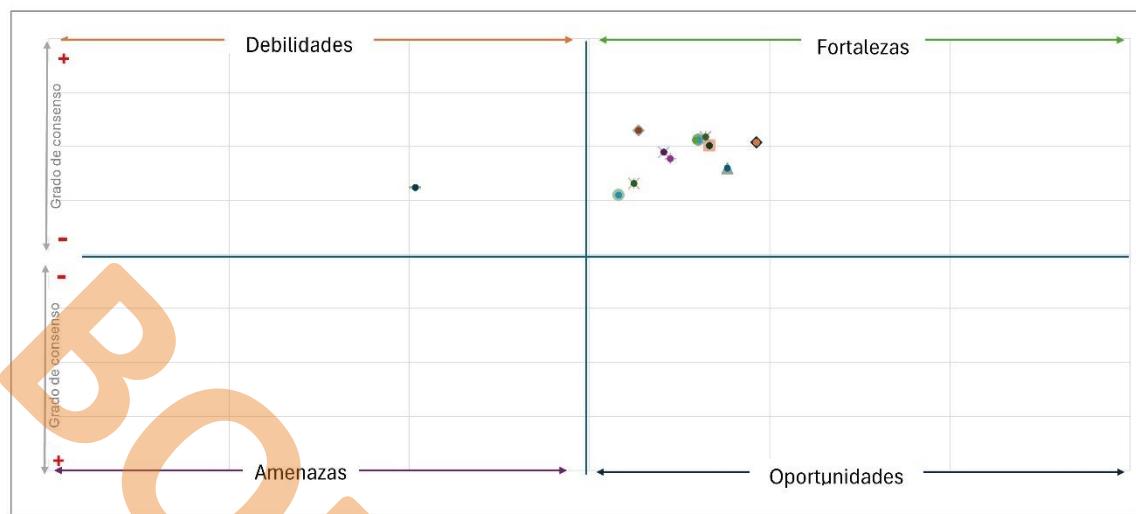


Respecto a la Autonomía Personal, los Determinantes de la Salud y la Calidad de Vida se consideran que son **fortalezas pequeñas** la contribución por parte del SSPA a la creación de entornos más saludables para la población (F19), la calidad sanitaria percibida por la ciudadanía (F25), la promoción de la salud en diversos entornos de la vida como el trabajo, la escuela o la comunidad (F26), la promoción de la corresponsabilidad y el autocuidado de los pacientes (F27), la comprensión y abordaje de los factores determinantes de la salud por parte del SSPA (F30), la accesibilidad a programas y servicios de promoción de la salud (F31), la reducción de inequidades en salud en diferentes grupos de población (F32), la continuidad de cuidados en las personas mayores (F43) y la promoción del envejecimiento saludable (F46). Asimismo, obtienen puntuaciones más elevadas y se perciben como **fortalezas intermedias** las medidas del SSPA para la reducir la mortalidad prematura y evitable (F57) y el abordaje de las patologías de alta prevalencia en nuestra comunidad (F59).

F19	La contribución por parte del SSPA a la creación de entornos más saludables para la población	5,69
F25	La calidad sanitaria percibida por la ciudadanía	5,76
F26	La promoción de la salud en diversos entornos de la vida como el trabajo, la escuela, la comunidad	5,78
F27	La promoción de la corresponsabilidad y el autocuidado de los pacientes	5,86
F30	La comprensión y abordaje de los factores determinantes de la salud por parte del SSPA	5,93
F31	Accesibilidad a programas y servicios de promoción de la salud	5,95
F32	Reducción de inequidades en salud en diferentes grupos de población	5,97
F34	La reducción de las inequidades en salud en diferentes grupos de población	5,99
F43	La continuidad de cuidados en las personas mayores	6,11
F46	La promoción del envejecimiento saludable	6,18
F57	Las medidas del SSPA para la reducir la mortalidad prematura y evitable en Andalucía	6,73
F59	El abordaje de las patologías de alta prevalencia	6,79

Enfoque Comunitario y en personas

Enfoque comunitario y en personas

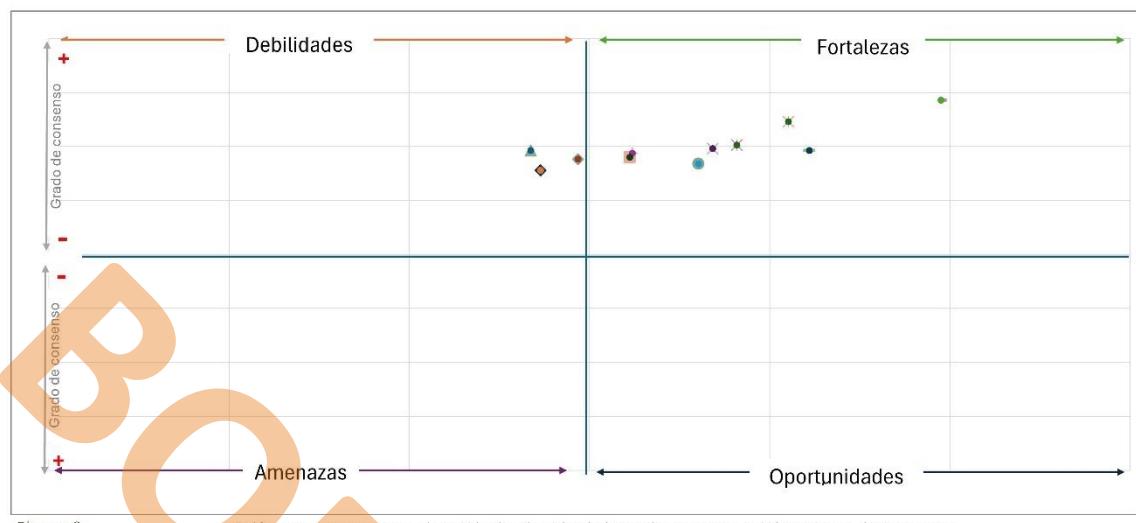


El Enfoque Comunitario y en las Personas presenta como **debilidad moderada** el aumento de la demanda de servicios de salud (D17), y como **fortalezas intermedias** la accesibilidad a los servicios de salud para toda la población de Andalucía (F10) incluyendo las poblaciones desfavorecidas (F50); el impacto de las actuaciones del SSPA en los entornos, condiciones de vida y resiliencia de la ciudadanía (F11), la personalización de los servicios de salud a las necesidades individuales (F20) y la atención sociosanitaria a grupos vulnerables (F24); el papel crucial de la atención primaria (F3), las alianzas con asociaciones de pacientes (F36) y el nivel de satisfacción de estos y sus familias con el SSPA (F39); y los programas de prevención, promoción (F42), atención (F56) y desarrollo integral de niños y jóvenes (F33).

D17	El aumento de la demanda de servicios de salud	3,39
F10	Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población de Andalucía	5,41
F11	El impacto de las actuaciones del SSPA en los entornos, condiciones de vida y resiliencia de la ciudadanía	5,45
F20	La personalización de los servicios de salud a las necesidades individuales	5,69
F24	Atención sociosanitaria a grupos minoritarios o vulnerables por parte del SSPA	5,75
F3	Papel crucial de la atención primaria	5,27
F33	Desarrollo integral de niños y jóvenes desde el SSPA	5,98
F36	Alianzas con asociaciones de pacientes	6,01
F39	Nivel de satisfacción de pacientes y sus familias con el SSPA	6,07
F42	Fomento de conductas saludables en todas las etapas de la vida	6,11
F50	Igualdad en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones desfavorecidas	6,27
F56	Prevención, promoción y atención a los niños y jóvenes	6,54

Salud en todas las políticas y etapas de la vida

Salud en todas las políticas y etapas de la vida



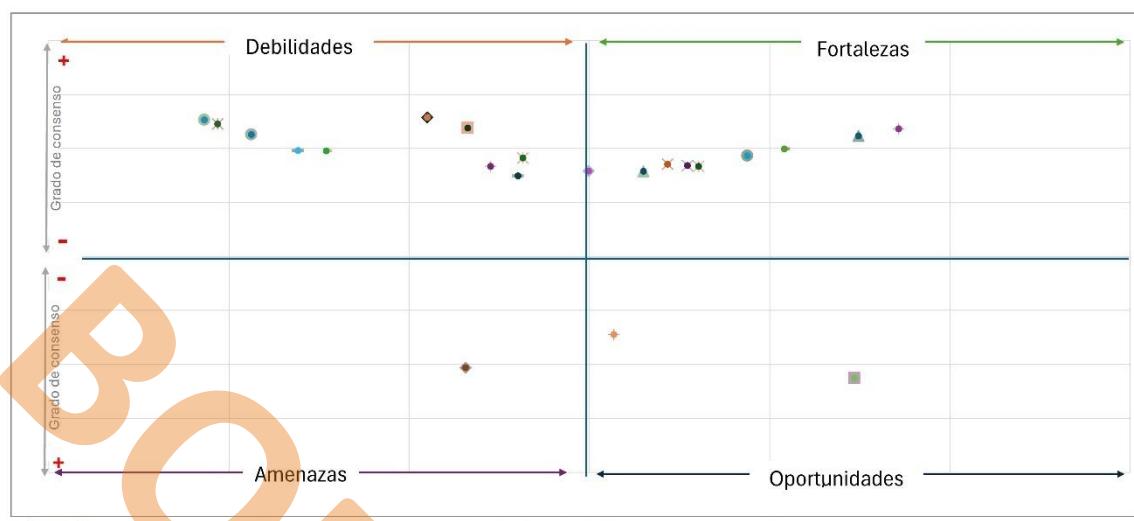
El bloque de análisis de **Salud en Todas las Políticas y etapas de la vida** muestra como **debilidades pequeñas** los niveles de participación de la ciudadanía en el diseño de los servicios de salud (D40), el acceso a servicios de salud mental y bienestar emocional en todas las etapas de la vida (D41) y la resiliencia o capacidad de adaptarse a los cambios del SSPA (D49).

El bloque de Salud en Todas las Políticas y etapas de la vida muestra como **fortalezas pequeñas** el modelo de integración de la atención temprana entre servicios de salud, servicios sociales y servicios educativos (F7), el enfoque de "salud en todas las políticas" para abordar los desafíos en la sociedad actual (F9), el compromiso de las autoridades sanitarias en incorporar la equidad en todas las políticas (F35), las políticas actuales para promover estilos de vida saludables (F44) y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en todas las etapas de la vida (F52). Asimismo, aparecen como **fortalezas intermedias** la atención a la seguridad clínica y a la prevención de eventos adversos (F62) y la equidad como área transversal en todas las políticas sanitarias (F64). Y, por último, la **fortaleza máxima** del SSPA se vincula a la igualdad de género en el acceso a los servicios de salud (F69).

D40	Participación de la ciudadanía en las políticas y procesos de diseño de servicios	4,46
D41	Acceso a servicios de salud mental y bienestar emocional	4,55
D49	La resiliencia (capacidad de adaptarse a los cambios) del SSPA	4,89
F35	Compromiso en incorporar la equidad en todas las políticas	6,01
F44	Políticas actuales para promover estilos de vida saludables	6,14
F52	Prevención de la enfermedad y promoción de la salud en todas las etapas de la vida	6,36
F62	Atención a la seguridad clínica y a la prevención de eventos adversos	6,84
F64	La equidad como área transversal en todas las políticas sanitarias	7,03
F69	Igualdad de género en el acceso a los servicios de salud	8,25
F7	Modelo de integración de la atención temprana entre servicios de salud, servicios sociales y servicios educativos	5,37
F9	El enfoque de "salud en todas las políticas" para abordar los desafíos en la sociedad	5,39

Profesionales sanitarios

Profesionales sanitarios



El análisis de los **Profesionales Sanitarios** muestra en su análisis externo como **amenaza intermedia** el marco normativo y jurídico existente que limita la autonomía de decisión de los directivos del SSPA (A9), y como **oportunidad intermedia** la simulación clínica como herramienta de aprendizaje para los profesionales de la salud (O36).

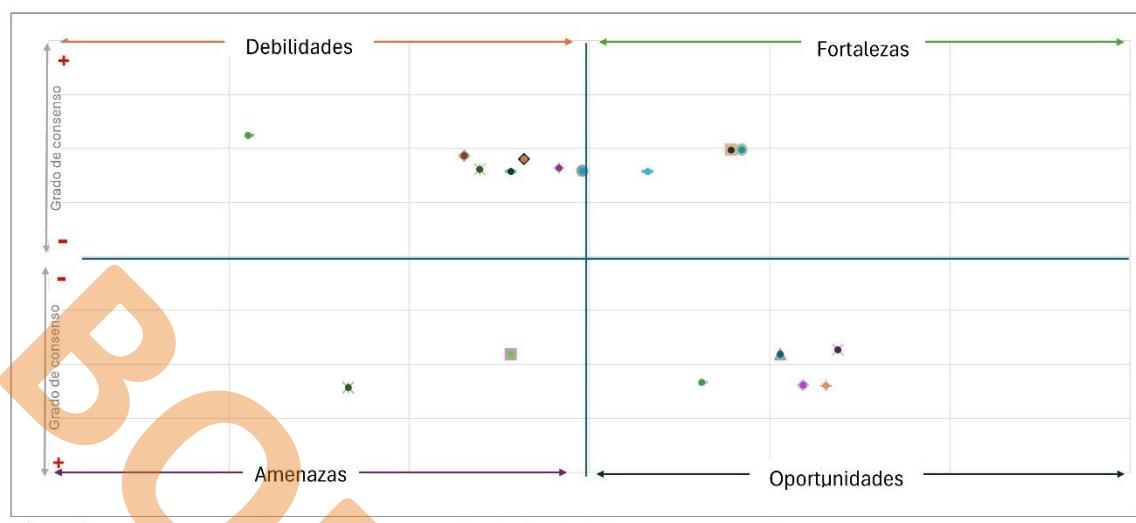
El análisis de los **Profesionales Sanitarios** muestra numerosas debilidades. Como **debilidades extremas** del SSPA aparecen la limitación de plantillas (D1), la inestabilidad laboral de los profesionales de la salud (D2), los modelos de contratos (D4), la elevada rotación de los profesionales (D7) y las limitaciones para la retención y atracción de talento en el SSPA (D8). Las **debilidades intermedias** se asocian a la alta dependencia de terceros y a la externalización del conocimiento en salud digital (D19) y la insuficiente capacitación TIC de los profesionales (D25). Las **debilidades limitadas** del SSPA respecto a los profesionales sanitarios se asocian al nivel de libertad de los directivos del SSPA para tomar decisiones en su puesto de trabajo (D29), la capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de los ciudadanos por parte de los directivos del SSPA (D38) y la satisfacción de los profesionales con su trabajo (D54).

Los factores internos del análisis de los **Profesionales Sanitarios** muestran como **fortalezas pequeñas** las posibilidades de desarrollo y crecimiento de los profesionales del SSPA (F13), los convenios con las universidades para la formación de residentes y profesionales (F37) y la cultura de colaboración y de trabajo en el equipo (F55). Como **fortaleza intermedia** se evalúa el conocimiento de los objetivos y metas que deben alcanzar en su trabajo los profesionales (F60). Y, por último, las **fortalezas máximas** se asocian a la cualificación y formación de los profesionales para garantizar la atención a los pacientes (F67) y el compromiso y vocación de los profesionales del SSPA (F68).

A9	El marco normativo y jurídico existente limita la autonomía de decisión de los directivos del SSPA	3,85
D1	La limitación de plantillas	1,44
D19	Alta dependencia de terceros y externalización del conocimiento en salud digital	3,50
D2	La inestabilidad laboral de los profesionales de la salud	1,56
D25	Insuficiente capacitación TIC de profesionales y resistencias al cambio	3,88
D29	Nivel de libertad de los directivos del SSPA para tomar decisiones en su puesto de trabajo	4,08
D36	El desarrollo y crecimiento de los profesionales del SSPA	4,34
D38	Capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de los ciudadanos por parte de directivos del SSPA	4,39
D4	Los modelos de contratos de los profesionales	1,87
D54	La satisfacción de los profesionales con su trabajo	4,99
D7	La rotación de los profesionales	2,30
D8	La retención y atracción de talento en el SSPA	2,57
F13	Las posibilidades de desarrollo y crecimiento de los profesionales del SSPA	5,50
F21	Libertad para expresar su opinión en su puesto de trabajo de los directivos del SSPA	5,72
F29	La formación en metodología científica a los residentes	5,90
F37	Los convenios con las universidades para la formación de residentes y profesionales	6,01
F55	Cultura del SSPA de colaboración y trabajo en el equipo entre los profesionales	6,46
F60	El conocimiento de los objetivos y metas que deben alcanzar en su trabajo los profesionales	6,80
F67	La cualificación y formación de los profesionales para garantizar la atención a los pacientes	7,49
F68	El compromiso y vocación de los profesionales del SSPA	7,86
O36	La simulación clínica como herramienta de aprendizaje para los profesionales de la salud	7,45
O4	La normativa-legal para retener, atraer e incorporar talento en salud digital	5,22

Calidad de los servicios e intersectorialidad

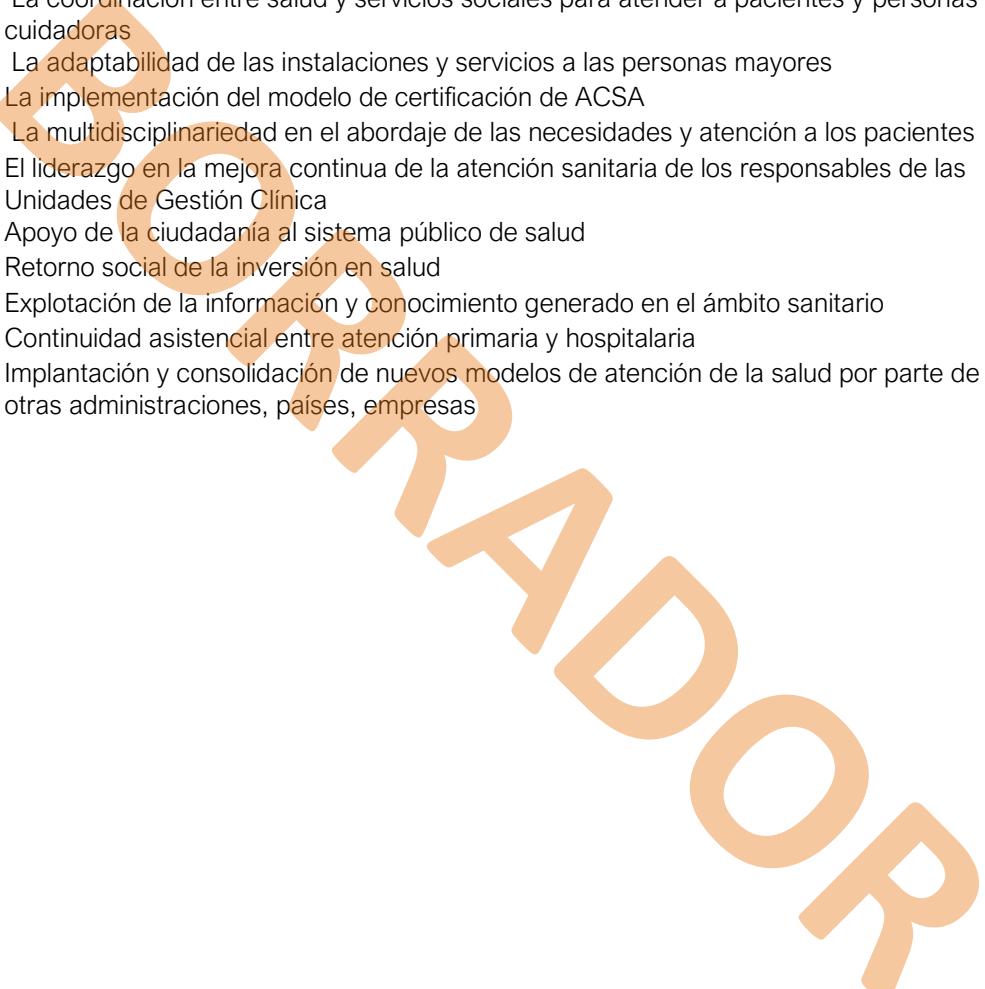
Calidad de los servicios e intersectorialidad



BLOQUE 10 Gráfico: se representa en el eje X la distribución de la media, y como eje Y la varianza de respuestas

Respecto a los factores externos que inciden sobre la **Calidad de los Servicios e Intersectorialidad** en el SSPA se incluyen como **amenazas intermedias** el descontento generalizado de la ciudadanía con el SSPA (A4) y el valor añadido ofrecido por el sector sanitario privado frente al SSPA (A10). Asimismo, como **oportunidades intermedias** se reconocen la implantación y consolidación de nuevos modelos de atención a la salud por parte de otras administraciones, países, empresas (O7), el apoyo de la ciudadanía al sistema público de salud (O16), el retorno social de la inversión en salud (O18), la explotación de la información y el conocimiento generado en el ámbito sanitario (O24) y la continuidad asistencial entre atención primaria y hospitalaria (O30).

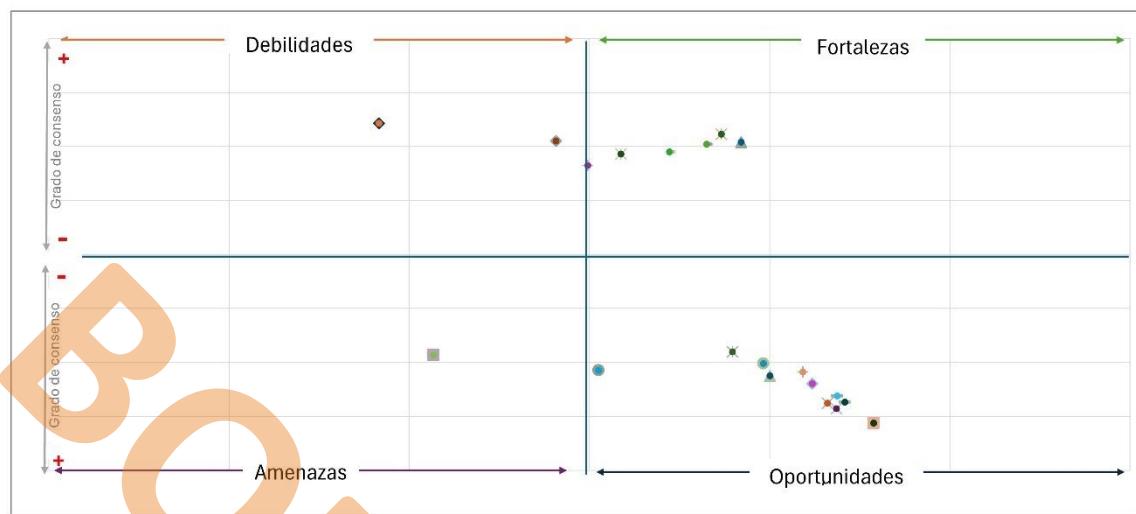
En cuanto a los factores internos que inciden sobre la Calidad de los Servicios e Intersectorialidad se observan como **debilidad extrema** del SSPA la elevada carga asistencial y el agotamiento entre los profesionales (D3), y como **debilidades intermedias** la integración de los espacios sanitario y sociosanitario (D23), las instalaciones y recursos para la atención a la salud en el espacio sociosanitario (D28), las infraestructuras disponibles en los centros de salud y hospitales (D34), el nivel de colaboración intersectorial para mejorar la salud de la ciudadanía (D39), la escasa coordinación entre salud y servicios sociales para atender a pacientes y personas cuidadoras (D46) y la adaptabilidad de las instalaciones y servicios a las personas mayores (D51).



A10	Valor añadido ofrecido por el sector sanitario privado frente al SSPA	4,27
A4	Descontento generalizado de la ciudadanía con el SSPA	2,77
D23	La integración de los espacios sanitario y sociosanitario	3,84
D28	Instalaciones y recursos suficientes para la atención a la salud en el espacio sociosanitario	3,99
D3	La elevada carga asistencial y el agotamiento entre los profesionales	1,84
D34	Las infraestructuras disponibles en los centros de salud y hospitales	4,27
D39	Colaboración intersectorial para mejorar la salud de la ciudadanía	4,39
D46	La coordinación entre salud y servicios sociales para atender a pacientes y personas cuidadoras	4,72
D51	La adaptabilidad de las instalaciones y servicios a las personas mayores	4,94
F14	La implementación del modelo de certificación de ACSA	5,54
F51	La multidisciplinariedad en el abordaje de las necesidades y atención a los pacientes	6,31
F54	El liderazgo en la mejora continua de la atención sanitaria de los responsables de las Unidades de Gestión Clínica	6,41
O16	Apoyo de la ciudadanía al sistema público de salud	6,76
O18	Retorno social de la inversión en salud	6,98
O24	Explotación de la información y conocimiento generado en el ámbito sanitario	7,18
O30	Continuidad asistencial entre atención primaria y hospitalaria	7,30
O7	Implantación y consolidación de nuevos modelos de atención de la salud por parte de otras administraciones, países, empresas	6,04

Transformación digital

Transformación digital

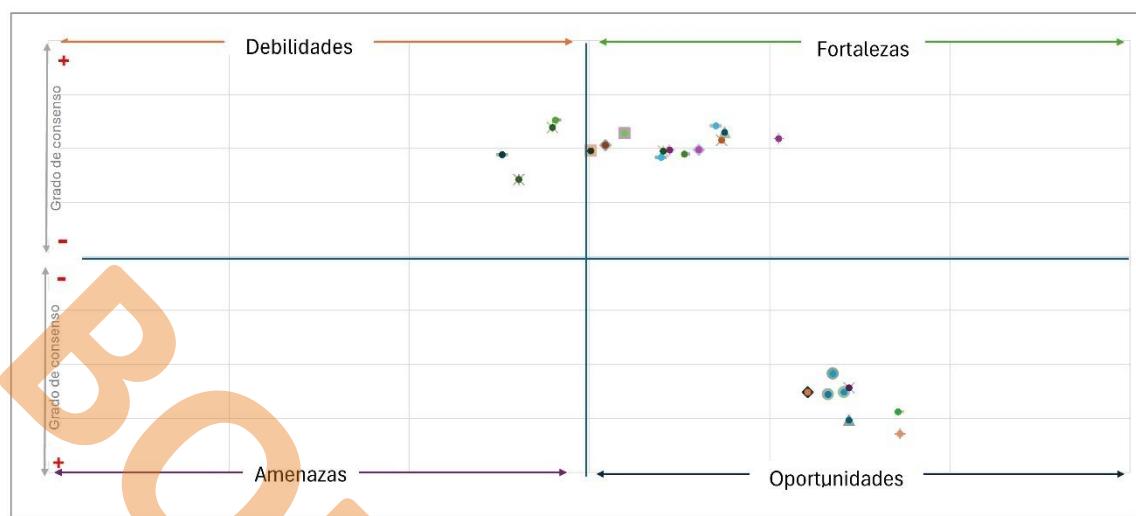


El análisis de la Transformación Digital muestra como **amenaza intermedia** el riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a los datos sanitarios (A7), y como **oportunidades limitadas** las competencias digitales de la ciudadanía (O1), la interoperabilidad de los sistemas de información entre administraciones de Andalucía (O10), la incorporación de la inteligencia artificial para personalización de la atención sanitaria (O11) y las tendencias tecnológicas centradas en la disponibilidad de amplias bases y fuentes de datos (O14). Además, se observan como **oportunidades intermedias** la contribución de la inteligencia artificial a la toma de decisiones clínicas (O17); el uso de los dispositivos wearables (O21), de herramientas digitales (O25) y de aplicaciones móviles relacionadas con la salud (O29); las iniciativas digitales y tecnológicas de relevancia nacional e internacional (O28), el impulso europeo y nacional a la salud digital y a la transformación digital (O33) y el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en el SSPA (O37).

A7	Riesgo elevado de brechas de seguridad digital asociadas a datos sanitarios	3,56
D15	Activos tecnológicos obsoletos	3,05
D45	El nivel actual de interoperabilidad de los sistemas de salud	4,69
D53	Disponibilidad y capacidad de análisis de datos de salud por los profesionales del SSPA	4,98
F22	La transformación digital y la promoción de la I+D+	5,74
F4	Uso generalizado de herramientas digitales por la ciudadanía en su día a día	5,29
F41	El apoyo de la alta dirección al impulso a la salud digital y a la transformación digital en salud	6,08
F47	Andalucía como referente en Sistemas de Información de Salud a nivel nacional	6,22
F53	El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación por parte de los profesionales como apoyo a su trabajo	6,40
O1	Competencias digitales de la ciudadanía	5,08
O10	Interoperabilidad de los sistemas de información entre administraciones de Andalucía	6,32
O11	La incorporación de la inteligencia artificial para personalización de la atención sanitaria	6,61
O14	Tendencias tecnológicas centradas en la disponibilidad de amplias bases y fuentes de datos (big data)	6,67
O17	La inteligencia artificial contribuirá a la toma de decisiones clínicas más precisas y efectivas	6,97
O21	Los dispositivos wearables para promover un mayor autocuidado y prevención de enfermedades	7,06
O25	Uso de herramientas digitales por la ciudadanía en su día a día	7,20
O28	Existencia de iniciativas digitales y tecnológicas de relevancia nacional e internacional	7,28
O29	Las aplicaciones móviles relacionadas con la salud para el manejo de enfermedades y la promoción de hábitos saludables	7,29
O33	El impulso a nivel europeo y nacional de la salud digital y de la transformación digital	7,36
O37	El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en el SSPA	7,63

Orientación del sistema sanitario

Orientación del sistema sanitario



BLOQUE 12

Gráfico: se representa en el eje X la distribución de la media, y como eje Y la varianza de respuestas

El análisis de la Orientación del Sistema Sanitario muestra como **debilidades intermedias** la flexibilidad a los cambios de la estructura organizacional del SSPA (D32), el nivel de coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria (D37), la capacidad de testeo y experimentación de iniciativas innovadoras (D43) y la estrategia de escalabilidad de servicios del SAS (D44).

Asimismo, como **fortalezas intermedias** se observan el impacto de la I+D+i en la mejora del SSPA (F1), la orientación del sistema de salud hacia la cronicidad (F16), a la atención a la discapacidad (F18) y a la atención temprana a la población (F38); la adaptabilidad a las necesidades de la ciudadanía (F2), la reputación del sistema sanitario público entre la población (F23) y el valor tecnológico de los servicios ofrecidos por el SSPA (F45); las campañas de educación para la prevención de enfermedades relevantes (F48) (F28) y las actuaciones para reducir la morbilidad en Andalucía (F49). Además, como **oportunidades intermedias** se identifican la capacidad de gestión del cambio, a raíz de la COVID19 (O20), el acceso de los pacientes a sus imágenes diagnósticas, resultados médicos e historia clínica (O27), la cultura de cooperación con terceros (O32) (O34), y el impulso a la mejora del acceso a la asistencia y salud pública de poblaciones vulnerables (O35). Por último, como **oportunidades máximas** se identifican la incorporación de la medicina personalizada en el SSPA (O38) y la implementación de la cirugía robótica en ciertos procedimientos quirúrgicos (O39).

D32	Flexibilidad a los cambios de la estructura organizacional del SSPA	4,19
D37	La coordinación entre atención primaria y hospitalaria en el SSPA	4,35
D43	Capacidad de testeo y experimentación de iniciativas innovadoras	4,66
D44	Estrategia de escalabilidad de servicios del SAS	4,69
F1	Impacto de la I+D+i en la mejora del SSPA	5,01
F16	La orientación del sistema de salud hacia la cronicidad	5,66
F18	Las medidas del SSPA para atender la discapacidad	5,68
F2	Flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades de la ciudadanía por parte del SSPA	5,15
F23	Reputación entre la población del SSPA	5,74
F28	Uso de las redes sociales por parte del SSPA para informar y promover la salud	5,88
F38	La prevención y atención temprana a la población	6,01
F45	Valor tecnológico de los servicios ofrecidos por el SSPA	6,17
F48	Las campañas de educación para la prevención de enfermedades relevantes	6,22
F49	Las actuaciones del SSPA para reducir la morbilidad en Andalucía	6,25
F5	La reorganización que realiza el SSPA para la mejora de la experiencia del paciente	5,33
F58	El actual consentimiento informado a los pacientes	6,75
O20	Capacidad de gestión del cambio, a raíz de la COVID19	7,02
O26	Necesidad de la ciudadanía de relacionarse de forma más cercana con el sistema sanitario y sus profesionales	7,21
O27	El acceso de los pacientes a sus imágenes diagnósticas, resultados médicos e historia clínica	7,25
O32	La cultura de cooperación con terceros para fortalecer el trabajo en red y mejorar los servicios de salud	7,36
O34	La colaboración con otros centros de investigación y de atención asistencial para el intercambio de conocimiento y la mejora de los servicios	7,40
O35	Impulso generalizado a nivel europeo y nacional a la mejora del acceso a la asistencia y salud pública de poblaciones vulnerables	7,40
O38	La incorporación de la medicina personalizada en el SSPA	7,85
O39	La implementación de la cirugía robótica en ciertos procedimientos quirúrgicos	7,87



Borrador

Anexo 4

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030



19. Anexo 4. Memoria económica

La presente memoria económica se establece en virtud de lo establecido en la Ley 3/2004, de 28 de diciembre, de medidas tributarias, administrativas y financieras, en lo que respecta a la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económica-financiera en referencia a la propuesta de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030.

La Estrategia de Salud de Andalucía 2030 es el contrato estratégico para el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía, por lo que se categoriza como documento de referencia para todas las administraciones, entidades y servicios cuyas actuaciones inciden en la salud de las personas de nuestra comunidad.

Análisis del presupuesto 2025

El importe del proyecto de Presupuesto en Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2025 asciende a 15.247,32 millones de euros, lo que supone el 31,22% del Presupuesto total de la Junta de Andalucía, para ese año y un crecimiento respecto a 2024 del 6,92% (en total, 986,36 millones de euros más).

De este proyecto de Presupuesto de Salud y Consumo para 2025, se pueden destacar los siguientes aspectos:

- El presupuesto para gastos de personal asciende a 7.140,91 millones de euros, lo que supone el 47,07% del total de recursos. La dotación presupuestaria se incrementa con respecto a 2024 en 346,91 millones de euros.
- La dotación para los gastos corrientes en bienes y servicios, excluidos los gastos en conciertos, asciende a 4.155,77 millones de euros. Esto significa un 27,39% del presupuesto y un aumento del 8,44% respecto al ejercicio. Destacan en este capítulo las partidas de gasto relacionadas con farmacia hospitalaria con 1.633,97 millones de euros y con el material sanitario con 1.125,85 millones de euros.
- La dotación para gastos en conciertos sanitarios asciende a 501,89 millones de euros (el 3,31% del presupuesto), con un incremento del 21,51% respecto al ejercicio anterior al objeto de ajustarse a la evolución real de estos gastos.
- La dotación para gastos en conciertos sociales asciende a 59,66 millones de euros, un 0,39% del total del presupuesto, incrementándose un 1,67% respecto al presupuesto de 2024. Con ese presupuesto se pretende atender a las necesidades que se cubren a través de los conciertos sociales suscritos con asociaciones, fundaciones y otras entidades el ámbito de lo social, en materia de atención temprana y de atención de las adicciones.
- El presupuesto para transferencias corrientes, que asciende a 2.734,65 millones de euros, aumenta respecto al ejercicio anterior en un 8,07%. El incremento se observa, fundamentalmente, en el programa 41G (Prestaciones Complementarias y Farmacéuticas), que lo hace en un 8,21%. Aunque también hay aumentos en los programas 41C (Atención Sanitaria) y 12S (Dirección y Servicios Generales). A la vez, disminuyen los créditos de los programas 31B (Plan sobre adicciones), 41D (Salud Pública) y 41K (Política de Calidad y Modernización). En ese incremento no se han tenido en cuenta las transferencias previstas realizar a favor del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, que aumentan en 5,68 millones respecto a 2024, hasta alcanzar los 76,64 millones de euros.
- Con todo lo anterior, el Presupuesto para gasto corriente, que supone el 96,23% del presupuesto sanitario total, con el que se cubre el grueso de las necesidades de





atención sanitaria a la población andaluza, en definitiva, se incrementa en un 7,07% respecto a 2024, para garantizar la adecuada atención a la demanda sanitaria.

- Las operaciones de capital ascienden a 572,23 millones de euros, un 3,77% del presupuesto total, lo que supone un incremento respecto al ejercicio anterior de un 3,00%. Con este importe se pretende financiar las obras y equipamientos estratégicos en materia sanitaria en su anualidad 2025 y, asimismo, atender a los compromisos adquiridos en ejercicios anteriores en este capítulo, que tendrán su impacto en 2025.

Consejería de Salud y Consumo

El proyecto de Presupuesto de 2025 para la Consejería de Salud y Consumo asciende a 242,04 millones de euros, lo que supone un incremento del 1,32% respecto a los créditos inicialmente previstos para el ejercicio 2024.

Si se analizan las fuentes de financiación, puede comprobarse que de ese total:

- El 97,09% corresponde a actuaciones autofinanciadas.
- El 1,47% se financia a partir de fondos europeos.
- El 1,44% lo constituyen las transferencias finalistas del Estado.

El proyecto de Presupuesto de la Consejería 2025 presenta la siguiente distribución por Capítulos:

- Se destinan a gastos de personal 99,01 millones de euros, aumentando su importe respecto al presupuesto inicial del ejercicio 2024 en un 1,18%. Este aumento del gasto de personal se debe, fundamentalmente, al Programa 41D “Salud Pública”.
- Los gastos corrientes en bienes y servicios (sin tener en cuenta los conciertos), ascienden a 10,87 millones de euros, un incremento de 315 mil euros respecto al ejercicio anterior, con el fin de ajustarse a la política de contención de gastos por parte la Consejería de Salud y Consumo.
- La asistencia realizada mediante conciertos sanitarios (la prestación de asistencia dental y podológica) se mantiene respecto al 2024 con 7,88 millones de euros.
- La dotación para gastos en conciertos sociales (atención temprana, fundamentalmente) asciende a 59,66 millones de euros, un 24,65% del presupuesto, incrementándose respecto al 2024 en un 1,67%.
- Las transferencias corrientes ascienden a 60,67 millones de euros, lo que supone un aumento respecto al presupuesto 2024 del 1,78%. Esto es debido al mayor importe de las transferencias previstas realizar a favor de FAISEM. Por otra parte, disminuyen las subvenciones en materia de adicciones y las aportaciones de este capítulo IV del Programa 41D (Salud Pública).
- Las operaciones de capital ascienden a 3,92 millones de euros, el 1,62% del presupuesto total y suponen un decremento de 0,37 millones de euros respecto al ejercicio anterior, debido, fundamentalmente, a la disminución de la financiación europea (fondos de FEDER).

Servicio Andaluz de Salud

El proyecto de Presupuesto para el Servicio Andaluz de Salud asciende a 14.870,68 millones de euros, lo que supone un incremento del 7,05% respecto a las dotaciones del ejercicio anterior.

Del proyecto de Presupuesto para el Servicio Andaluz de Salud se pueden destacar los siguientes aspectos:

- El gasto de personal asciende a 7.009,74 millones de euros, el 47,14% del total, disminuyendo en 0,84 puntos porcentuales su peso respecto al ejercicio 2024. La propuesta de gastos en capítulo 1 tiene por objeto la consolidación de la estructura del personal del SAS.
- En gasto de bienes corrientes y servicios, sin conciertos, farmacia hospitalaria ni transporte sanitario se emplearán 2.304,09 millones de euros, el 15,49% del total, aumentando su peso respecto al volumen total de recursos, y experimentando un incremento de los créditos del 7,07%.
- La dotación para farmacia hospitalaria es de 1.633,97 millones de euros, lo que representa un incremento del 10,44% respecto al ejercicio anterior, así como un incremento de su peso respecto al volumen total de recursos de 0,34 puntos porcentuales.
- La dotación para conciertos es de 494,01 millones de euros, lo que supone un incremento del 21,93% respecto al ejercicio anterior, incrementando su peso respecto al volumen total de recursos de esta agencia, el cual pasa del 2,92% en 2024 al 3,32% en 2025. Del total para 2025, 305,99 millones de euros se destinan a dar cobertura presupuestaria a los conciertos hospitalarios con entidades privadas, lo que supone un incremento del 30,97% respecto a 2024.
- La dotación para transportes sanitarios es de 192,09 millones de euros, lo que supone un incremento del 10,38% respecto al ejercicio anterior.
- La dotación para gastos financieros es de 5,50 millones de euros, lo que supone un decremento de los recursos en 0,37 millones de euros respecto al ejercicio anterior.
- La dotación para gastos de Farmacia es de 2.576,63 millones de euros. Esta dotación supone un incremento de recursos del 8,51% respecto al ejercicio anterior.
- Las operaciones de capital ascienden a 562,09 millones de euros, el 3,78% del total de recursos de la agencia. La dotación de créditos para 2025 supone un incremento del 3,02% respecto al ejercicio anterior.
- De los programas presupuestarios que gestiona el Servicio Andaluz de Salud, el que tiene una mayor dotación de recursos es el Programa 41C, Atención Sanitaria, con 11.749,57 millones de euros (el 79,01% del total), el cual ha disminuido su peso sobre el total de los recursos en 0,31 puntos porcentuales. En este Programa se incluye toda la actividad asistencial, tanto la prestada con medio propios, como la realizada a través de los conciertos sanitarios. Le sigue en importancia cuantitativa el Programa 41G, de Prestaciones Complementarias y Farmacéuticas, con 2.654,41 millones de euros. Entre ambos programas suman el 96,86% del total de recursos del presupuesto del Servicio Andaluz de Salud.

La estimación del presupuesto 2025 en atención primaria (AP) y especializada (AE) se distribuye por Capítulos de manera siguiente basado en el criterio de gasto-consumo SAS:

- Capítulo 1: El 71,28% se considera atención especializada y el 28,72% atención primaria.
- Capítulo 2: El 90,06 % se considera atención especializada y el 9,94 % atención primaria.
- Capítulo 4: El 3,39 % se considera atención especializada y el 96,91 % atención primaria.
- Capítulo 6: El 71,26 % se considera atención especializada y el 28,74 % atención primaria.



Proyección presupuestaria ESA 2030

Para este análisis se toma como referencia la consignación presupuestaria con la que ha contado la Consejería de Salud en los ejercicios 2019 al 2025. Si tenemos en cuenta la evolución del gasto en salud los últimos siete ejercicios presupuestarios, se observa que el incremento medio del gasto asciende a una cifra de 6,95%.

ESTADO DE GASTOS PERIODO 2019 - 2025						
PRESUPUESTO AÑO / %						
2019/2018	2020/2019	2021/2020	2022/2021	2023/2022	2024/2023	2025/2024
7,73%	4,27%	6,36%	9,58%	10,85%	2,95%	6,92%

De cara al camino a seguir en los próximos ejercicios, la evolución del gasto en salud estará sujeta a la propia actividad de la economía de la Comunidad Autónoma de Andalucía desde el punto de vista de los ingresos y de las necesidades asistenciales que demande la ciudadanía en el periodo de referencia. En este sentido conviene señalar, que tanto la Consejería de Salud como el resto de actores implicados en la ejecución de políticas sectoriales que tengan impacto en la Salud deberán atender a las directrices y compromisos marcados por cada una de las instituciones a las que se encuentren adscritas.

Las implicaciones esenciales de las previsiones de la ESA 2030 en otras áreas de la administración andaluza responden al reto de mantener y mejorar la salud de la ciudadanía desde la consideración de las personas como eje central de actuación de todas las políticas.

La ESA 2030 orienta la actuación de otros agentes y facilita la acción coordinada intersectorial para aumentar la efectividad de las políticas públicas en la mejora de la salud y el bienestar de la ciudadanía de Andalucía. De hecho, la ESA 2030 pretende mejorar la coordinación y colaboración interinstitucional con todos los agentes y en todos los niveles, de cara a asegurar la salud en todas las políticas.

En conclusión, la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 supone un gasto añadido no estimado en los ejercicios presupuestarios 2025-2030 de la Consejería de Salud y Consumo, y del Servicio Andaluz de Salud; no así, en los programas presupuestarios de las diferentes Consejerías participantes, y que habrá que materializar en una planificación y coordinación de los diferentes programas vinculados para aumentar la efectividad de las políticas públicas dirigidas a la mejora de la salud y el bienestar de la ciudadanía de Andalucía.



Borrador

Anexo 5

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

20. Anexo 5. Plan de comunicación

Objetivo

Dar a conocer a los distintos agentes intervinientes los objetivos estratégicos y acciones planificadas en la ESA 2030, así como los resultados alcanzados en la implantación de dicha estrategia.

Propósito

Una difusión activa desde el nivel institucional de los contenidos de la ESA 2030 en una fase inicial de presentación a todos los grupos de interés, un repositorio multiplataforma de los contenidos de la estrategia, y un seguimiento y evaluación continua de su grado de cumplimiento son factores críticos de éxito que facilitarán mantener la ESA 2030 como un instrumento de gestión y un marco de referencia en el ámbito de la salud en Andalucía durante los próximos años.

Análisis del público

Interno: Gerencias y Direcciones asistenciales de Hospitales, Atención Primaria, UGC y profesionales.

Externo: otras Consejerías de la Junta de Andalucía, administración local y estatal; entidades y asociaciones de pacientes y personas usuarias, otras entidades prestadoras de servicios sanitarios, sociedades científicas, colegios profesionales y agentes sociales y económicos.

Mensaje

Será necesario elaborar el mensaje adecuado para cada público destinatario.

Comunicación interna

El plan de comunicación interna favorecerá la participación e interrelación de cada uno de los integrantes del SSPA para que las acciones y los resultados se vean reflejados también en el exterior.

Comunicación externa

El plan de comunicación externa definirá las herramientas que se utilizarán para llegar al público objetivo, así como los canales de comunicación offline y online para hacer llegar el mensaje correcto en cada situación.

Difusión y comunicación

La estrategia de difusión y comunicación se llevará a cabo de forma integral, desde [1] la presentación institucional inicial de la ESA 2030 a los diferentes agentes clave a nivel provincial hasta [2] la presentación anual de resultados en un ejercicio de rendición de cuentas en el Parlamento de Andalucía.

En este sentido, la difusión utilizará distintos soportes para alcanzar el target objetivo: (a) formato PDF y EPUB de la ESA 2030 en versiones completa y resumida para profesionales sanitarios, tanto en español como en inglés, (b) formato PDF y EPUB de la ESA 2030 en versión resumida para la ciudadanía, tanto en español como en inglés, (c) vídeo divulgativo, (d) cuadro de mando de indicadores en soporte multiplataforma, y (e) soportes digitales (página web, blog, newsletters, redes sociales).



Borrador

Anexo 6

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

21. Anexo 6. Infraestructuras y recursos SAS

Dotación tecnológica en funcionamiento 2024			
Acelerador lineal	61	RMN	58
Angiógrafo digital	70	Gamma cámara	8
Equipos de braquiterapia	12	Litotriptor por ondas de choque	38
Bombas de telecobaltoterapia	1	Mamógrafos	76
Densitómetros óseos no portátiles	32	Neuronavegador	17
Equipos de hemodiálisis	687	SPECT (*)	27
TAC	116	Salas de Hemodinámica	46
PET	14	Respiradores Ventilación Mecánica Invasiva	2035

* Incluye dispositivos de gammacámara que cuenten con SPECT

Centros Sanitarios en funcionamiento 2024	
Centros Hospitalarios	33
Hospitales de Alta Resolución (HAR)	20
Centros Hospitalarios Concertados	5
Centros de Emergencias Sanitarias (CES 061)	9
Centros de Transfusión, Tejidos y Células	8
Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)	374 (*)
Centros de Atención Primaria (CAP)	1514 (**)

(*) de los 374, hay 17 SUAP equipos móviles

(**) incluye consultorios locales y auxiliares

Infraestructura de centros hospitalarios 2024	
Camas de hospitalización instaladas (#)	15.588
Quirófanos instalados (*)	560
Paritorios (**)	143

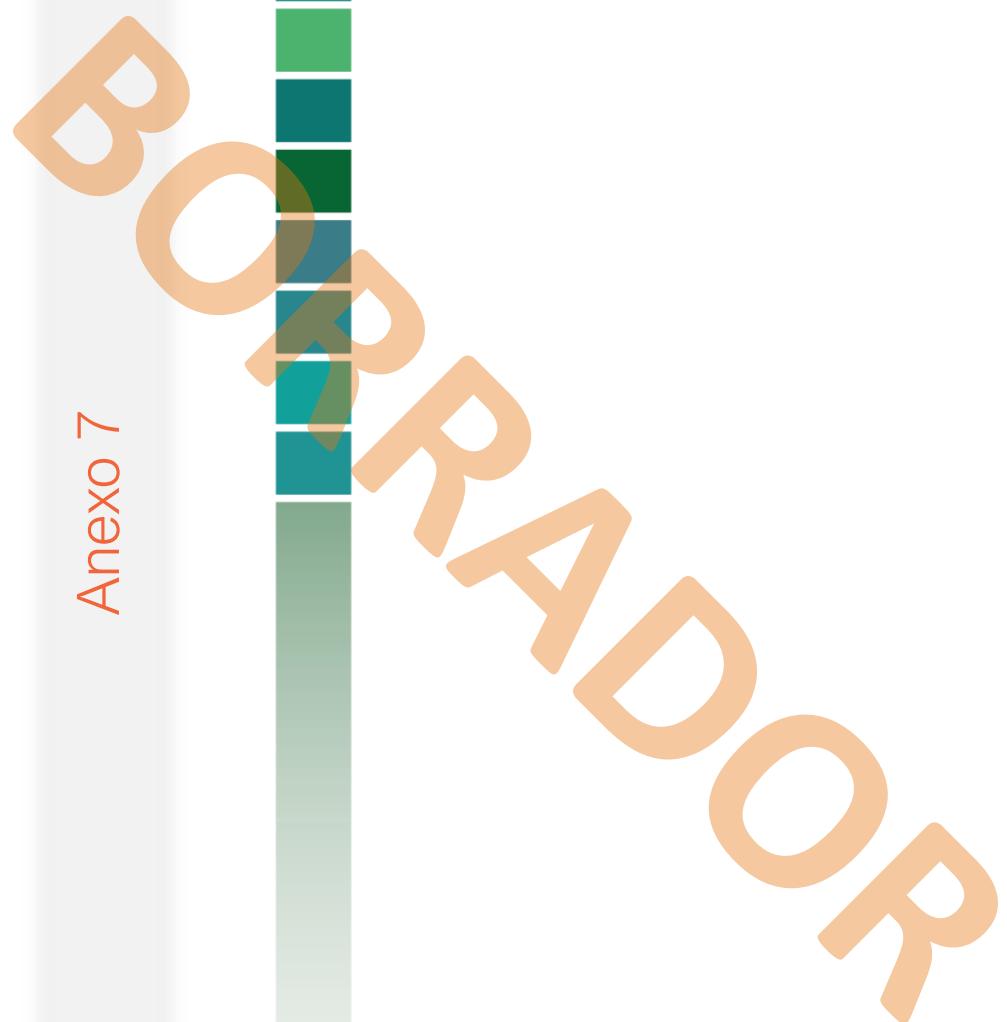
(#) Fuente: INFOWEB (camas)

Se han excluido las camas de la Comunidad Terapéutica, del Plan de Contingencia y camas de puestos neonatales

(*) Encuesta a Centros Plan de Navidad 2024 (quirófanos), (**) Paritorios 2023

Recursos humanos (*)					
Licenciados Sanitarios	31.547	Diplomados Sanitarios	38.203	Otros RRHH	52.276
FEA	13.535	Enfermeros Hospital	25.189	Formación Profesional Técnico Superior	6.386
Medico Familia EBAP	7.436	Enfermeros EBAP/DA	9.097	Formación Profesional Técnico Grado Medio	20.116
Licenciados Sanitarios en Formación	5.876	Matronas	1.351	Personal de Gestión	14.101
Medico Familia SCCU	2.217	Fisioterapeutas	1.367	Personal de Mantenimiento	2.629
Pediatras EBAP	1.021	Diplomados Sanitarios en Formación	566	Personal Hostelería, Servicios y Atención Social	14.044
Veterinarios	566	Terapeutas Ocupacionales Hospital	158		
Farmacéuticos	315	Enfermero Salud Mental	292		
Odontólogos	266	Técnicos Especialista Logofoniatría	61		
Otro Personal Facultativo	126	Terapeutas Ocupacionales EBAP/DA	67		
Farmacéuticos de AP	130	Enfermero del trabajo	55		
Epidemiólogos de AP	58				

(*) Recursos Humanos Servicio Andaluz de Salud (febrero 2025): 127.025 profesionales



Borrador

Anexo 7

Salud
Andalucía ESTRATEGIA 2030

22. Anexo 7. Bibliografía y referencias

- Aaron, S. D., Boulet, L. P., Reddel, H. K., & Gershon, A. S. (2018). Underdiagnosis and Overdiagnosis of Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(8), 1012-1020. <https://doi.org/10.1164/rccm.201804-0682CI>
- Acebal Blanco, M. M., & Alba Conejo, E. (2011). *Cáncer de mama: Proceso asistencial integrado (3ª ed.)*. Consejería de Salud. <https://tinyurl.com/27rlf64c>
- Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2023-2027, No. BOJA 216, 10 de noviembre de 2023 (2023). <https://rb.gy/o1d1y7>
- Acuerdo de 9 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía (AVISTA), No. BOJA nº89 (2023). <https://rb.gy/hetgae>
- Acuerdo de 12 de junio de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Estrategia Conjunta frente a la Resistencia a los Antimicrobianos en Andalucía 2023-2027, No. BOJA nº113 (2023). <https://rb.gy/kdclxm>
- Acuerdo de 29 de enero de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de las actuaciones realizadas por parte de la Consejería de Salud y Consumo en el marco de la Estrategia de Cáncer en Andalucía (2024). <https://tinyurl.com/25cdtcba>
- Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, No. BOJA 86. 6 de mayo de 2024 (2024). <https://tinyurl.com/2xhejjmy>
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. (2022). *La población andaluza ante las drogas XV*. Junta de Andalucía. <https://tinyurl.com/29ncobb2>
- Alfageme, I., de Lucas, P., Ancochea, J., Miravitles, M., Soler-Cataluña, J. J., García-Río, F., Casanova, C., Rodríguez González-Moro, J. M., Cosío, B. G., Sánchez, G., & Soriano, J. B. (2019). Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: Resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN. *Archivos de Bronconeumología*, 55(1), 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.05.011>
- Álvarez-Díaz, J. A. (2020). The necessary gender perspective for the analysis of health problems. *Cirugia y Cirujanos*, 88(3), 383-388. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>
- Amini, M., Zayeri, F., & Salehi, M. (2021). Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: Results from global burden of disease study 2017. *BMC Public Health*, 21(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10429-0>
- Amo Alfonso, M., & Rodríguez, M. (2010). *Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud*. Consejería de Salud. <https://rb.gy/vu5c97>
- Arora, M., ElSayed, A., Beger, B., Naidoo, P., Shilton, T., Jain, N., Armstrong-Walenczak, K., Mwangi, J., Wang, Y., Eisélé, J.-L., Pinto, F. J., & Champagne, B. M. (2022). The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures. *Global Heart*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.5334/gh.1132>
- Asher, M. I., García-Marcos, L., Pearce, N. E., & Strachan, D. P. (2020). Trends in worldwide asthma prevalence. *The European Respiratory Journal*, 56(6), 2002094. <https://doi.org/10.1183/13993003.02094-2020>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Ballester Brage, L., & Orte Socías, C. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales* (Primera edición). Octaedro.
- Basagaña, X., Sunyer, J., Zock, J. P., Kogevinas, M., Urrutia, I., Maldonado, J. A., Almar, E., Payo, F., Antó, J. M., & Spanish Working Group of the European Community Respiratory Health Survey. (2001). Incidence of asthma and its determinants among adults in Spain. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164(7), 1133-1137. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.164.7.2012143>
- Benito-Lozano, J., López-Villalba, B., Arias-Merino, G., Posada de la Paz, M., & Alonso-Ferreira, V. (2022). Diagnostic delay in rare diseases: Data from the Spanish rare diseases patient registry. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02530-3>

- Bodryzlova, Y., Moullec, G., & Kelly, M. P. (2024). The Dynamic Model of Health Assets: A model development. *Global Health Promotion*, 17579759241248624. <https://doi.org/10.1177/17579759241248624>
- BOJA nº 23 de 03/02/2022. (2022, febrero 3). *Orden de 28 de enero de 2022, por la que se actualiza el Anexo I del Decreto 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.* <https://juntadeandalucia.es/boja/2022/23/1>
- Bölte, S., Neufeld, J., Marschik, P. B., Williams, Z. J., Gallagher, L., & Lai, M.-C. (2023). Sex and gender in neurodevelopmental conditions. *Nature Reviews. Neurology*, 19(3), 136-159. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00774-6>
- Bonekamp, N. E., Cruisjen, E., Geleijnse, J. M., Winkels, R. M., Visseren, F. L. J., Morris, P. B., & Koopal, C. (2024). Diet in secondary prevention: The effect of dietary patterns on cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular disease: a systematic review and network meta-analysis. *Nutrition Journal*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12937-024-00922-8>
- Borrell, C., Palencia, L., Muntaner, C., Urquia, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 31-48. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002>
- Castillo Sánchez, P., & Márquez Calderón, S. (2021). *Diferencias en la mortalidad entre Andalucía y España: 1980-2018*. Consejería de Salud y Familias. <http://hdl.handle.net/10668/3285>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2023). *Calidad de los servicios públicos (XIV)*. Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio>
- Chang, J. T., Anic, G. M., Rostron, B. L., Tanwar, M., & Chang, C. M. (2021). Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(4), 635-642. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa156>
- Child Mind Institute. (2016). *Children's Mental Health Report*. Child Mind Institute. <https://tinyurl.com/2y329mm4>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). [Health promotion based on assets: How to work with this perspective in local interventions?]. *Gaceta Sanitaria*, 30 Suppl 1, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. <https://tinyurl.com/2crkhouq>
- Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad. (2023a). *Demografía. Informe OIA-A 2023*. Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad. <https://tinyurl.com/23z9vlaw>
- Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad. (2023b). *Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía Oficina Técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027*. Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad. <https://tinyurl.com/2c3unokf>
- Consejería de Salud. (2005). *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. <https://tinyurl.com/2y8lvx3s>
- Consejería de Salud. (2012a). *Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. <https://tinyurl.com/23pfj9e7>
- Consejería de Salud. (2012b). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016*. Consejería de Salud y Consumo. <https://lc.cx/Ze8vLO>
- Consejería de Salud. (2021). *Plan Andaluz de Oncología. Informe situación cáncer de colon en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. <https://tinyurl.com/284t9gfb>
- Consejería de Salud y Consumo. (2023a). *Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía y Encuesta Andaluza de Salud*. Junta de Andalucía. <https://tinyurl.com/26t6pcht>
- Consejería de Salud y Consumo. (2023b). *Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía*. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. <https://tinyurl.com/27quqm3a>
- Consejería de Salud y Consumo. (2023c). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo. <https://tinyurl.com/2d3gtvfh>
- Consejería de Salud y Consumo. (2023d). *Plan Integral de Diabetes de Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo. <https://tinyurl.com/27gybbex>

- Consejería de Salud y Consumo. (2023e). *Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de Andalucía: Instrucciones para profesionales 2023*. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. <https://tinyurl.com/2b5sogeq>
- Consejería de Salud y Consumo. (2024a). *Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía 2024-2030 [Sevilla]* Consejería de salud y Consumo, 2024. <https://rb.gy/tp19ez>
- Consejería de Salud y Consumo. (2024b). Informe de vacunación COVID-19 en Andalucía. *Informe de vacunación COVID-19 en Andalucía*. <https://tinyurl.com/28c5xe7e>
- Consejería de Salud y Consumo. (2025). *Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad: 2025-2028*. Consejería de Salud y Consumo. <https://lc.cx/Ze8vLO>
- Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Lama Herrera, C., Jiménez González, S., & Reyes Alcázar, V. (2024). *Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria*. <https://tinyurl.com/29zfr2wl>
- Consejería de Salud y Familias. (2021). *Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2025*. Consejería de Salud y Familias. <https://tinyurl.com/2y6q6zw3>
- Consejería de Salud y Familias. (2022). *Informe de las intervenciones Psicoeducativas 2022*. Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. <https://tinyurl.com/2bhxkxft>
- Cuviello, A., Raisanen, J. C., Donohue, P. K., Wiener, L., & Boss, R. D. (2021). Initiating Palliative Care Referrals in Pediatric Oncology. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 81-89.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.008>
- Cuviello, A., Yip, C., Battles, H., Wiener, L., & Boss, R. (2021). Triggers for Palliative Care Referral in Pediatric Oncology. *Cancers*, 13(6), 1419. <https://doi.org/10.3390/cancers13061419>
- DGSPYOF. (2024). *Calendario de Vacunaciones Andalucía 2024. Instrucción DGSPYOF-1/2024*. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud. <https://tinyurl.com/2dlr7ql9>
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre «Garantizar una solidaridad europea firme para los pacientes con enfermedades raras», Comité Económico y Social Europeo (2023). <https://tinyurl.com/2xjt4hwn>
- Ding, C., O'Neill, D., Bell, S., Stamatakis, E., & Britton, A. (2021). Association of alcohol consumption with morbidity and mortality in patients with cardiovascular disease: Original data and meta-analysis of 48,423 men and women. *BMC Medicine*, 19(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02040-2>
- Domingo Ribas, C., Sogo Sagardia, A., Prina, E., Sicras Mainar, A., Sicras Navarro, A., & Engroba Teijeiro, C. (2020). Late Breaking Abstract—Prevalence, characterization and costs of severe asthma in Spain (BRAVO 1). *Epidemiology*, 4639. <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2020.4639>
- EClinicalMedicine, null. (2021). Social prescribing: Addressing societies holistic health-care needs. *EClinicalMedicine*, 42, 101243. <https://doi.org/10.1016/j.eclimn.2021.101243>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2018). *Informe Salud y Género en Andalucía*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://rb.gy/9swfpn>
- European Commission. (1999). *PROGRAMME OF COMMUNITY ACTION ON RARE DISEASES (1999 – 2003) Decision No 1295/99/EC of the European Parliament and of the Council of 29 April 1999 (O.J. n°L 155 of 22.06.1999, p. 1)*. <https://tinyurl.com/2dmn8cpl>
- European Commission. (2007). *Declaration on «Health in All Policies»*. European Commission. <https://tinyurl.com/2dhjwwq>
- European Commission. (2008a). *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES. Las enfermedades raras: Un reto para Europa [{SEC(2008)2713} / {SEC(2008)2712}]*. <https://tinyurl.com/22jkxkb>
- European Commission. (2008b). *European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-Level Conference Together for Mental Health and Wellbeing*. <https://tinyurl.com/2a34qnbf>
- European Commission. (2019). *Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Informe anual de 2019 sobre la aplicación de los instrumentos de la Unión Europea para la financiación de la acción exterior en 2018* (No. COM(2019) 604 final). <https://tinyurl.com/2c9855lx>
- European Commission. (2020). *Una Unión de igualdad: Estrategia de igualdad de género 2020-2025. Conclusiones del Consejo sobre el género en el desarrollo en 2015* (No. COM(2020) 152 final). <https://tinyurl.com/26wavp6e>
- European Commission. (2024). *Joint Action on Antimicrobial Resistance and Associated Infections*. <https://eu-jamrai.eu/>

- European Commission, & Directorate-General for Communications Networks, C. (2021). *Study on eHealth, interoperability of health data and artificial intelligence for health and care in the European Union – Final study report. Lot 2, Artificial Intelligence for health and care in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/doi/10.2759/506595>
- EUROSTAT. (2024). *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex*. EUROSTAT (2024). <https://tinyurl.com/29szyz9n>
- FAO; WHO; WOAH; UNEP. (2024). *Plan de acción conjunto «Una sola salud» (2022-2026)*. FAO; WHO; World Organisation for Animal Health (WOAH) (founded as OIE); UNEP; <https://doi.org/10.4060/cc2289es>
- FEDEAFES. (2017). *Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. <https://tinyurl.com/24bcpjz3>
- Fernández-Miranda, J. J., Pascual-Pastor, F., Díaz-Fernández, S., Navarro, D., & Manzanares, J. (2022). Differences in Substance Use Disorders and Other Mental Disorders in Mental Health and Addiction Settings: Sociodemographic, Clinical, Drug Treatment, and Gender Differences. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00989-6>
- Fraisl, D., See, L., Estevez, D., Tomaska, N., & MacFeely, S. (2023). Citizen science for monitoring the health and well-being related Sustainable Development Goals and the World Health Organization's Triple Billion Targets. *Frontiers in Public Health*, 11, 1202188. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1202188>
- Gaeta, M., Campanella, F., Gentile, L., Schifino, G. M., Capasso, L., Bandera, F., Banfi, G., Arpesella, M., & Ricci, C. (2017). European cardiovascular mortality over the last three decades: Evaluation of time trends, forecasts for 2016. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*, 29(3), 206-217. <https://doi.org/10.7416/ai.2017.2148>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Garrido Hernández, J., & Márquez Calderón, S. (2022). *Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: diferencias entre Andalucía y España*. Consejería de Salud y Familias. <https://tinyurl.com/28w26p6d>
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Gibbs, J., Gaskin, E., Ji, C., Miller, M. A., & Cappuccio, F. P. (2021). The effect of plant-based dietary patterns on blood pressure: A systematic review and meta-analysis of controlled intervention trials. *Journal of Hypertension*, 39(1), 23-37. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002604>
- Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(1), 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2012). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)* (Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: UETS 2011/6). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo. <https://tinyurl.com/2cv79ubo>
- Gyles, C. (2016). One Medicine, One Health, One World. *The Canadian Veterinary Journal*, 57(4), 345-346.
- Hall, K. S., Hyde, E. T., Bassett, D. R., Carlson, S. A., Carnethon, M. R., Ekelund, U., Evenson, K. R., Galuska, D. A., Kraus, W. E., Lee, I.-M., Matthews, C. E., Omura, J. D., Paluch, A. E., Thomas, W. I., & Fulton, J. E. (2020). Systematic review of the prospective association of daily step counts with risk of mortality, cardiovascular disease, and dysglycemia. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00978-9>
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet (London, England)*, 392(10156), 1461-1472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)

- Instituto Andaluz de Administración Pública. (2020). *Guía práctica para la planificación y evaluación participativas de las políticas públicas. La participación transversal*. Instituto Andaluz de Administración Pública. <https://rb.gy/eec63u>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2009). *Proyección de población de Andalucía por ámbitos subregionales 2009-2035*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <https://tinyurl.com/22q36kel>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2018a). *Encuesta social 2018. Hogares y medio ambiente en Andalucía*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <https://tinyurl.com/27vtlkns>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2018b). *Proyección de la población activa de Andalucía 2018-2040*. IECA. <https://tinyurl.com/24qtk3hp>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2021). *Sistema de Información de Mortalidad por Causas de Andalucía. Indicadores de mortalidad por causas*. IECA. <https://tinyurl.com/26wy4557>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2022a). *Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía*. IECA. <https://lc.cx/GG0LNi>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2022b). *Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Andalucía*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <https://tinyurl.com/283lha8p>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2023a). *Informe Estadístico Anual de Causas de Mortalidad en Andalucía*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <https://tinyurl.com/23zqmnt3>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2023b). *Sistema de Información Demográfica de Andalucía SIDEMA. Esperanza de vida a los 65 años según sexo (desde 1906)*. IECA. <https://tinyurl.com/29vc3yme>
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Satisfacción global con la vida*. Recuperado 13 de marzo de 2024, de <https://lc.cx/KaX0Eg>
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *Estadística de suicidio en España*. INE. <https://lc.cx/thc928>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022a). *Abandono educativo temprano de la población de 18 a 24 años por CCAA y periodo*. INE. <https://tinyurl.com/27n7u55f>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022b). *Proyecciones de población de España 2022-2072 (Resultados por comunidades autónomas: serie 2022-2037)*. INE. <https://tinyurl.com/26x229va>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022c). *Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma (4247)*. INE. <https://tinyurl.com/24mvnbr9>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023a). *Censo de Población. 1 de enero de 2023*. Instituto Nacional de Estadística. <https://tinyurl.com/2yfnmk2c>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023b). *Población de 25-64 años por grupo de edad, comunidad autónoma, sexo, nivel de formación y periodo [Explotación de las variables educativas de la encuesta de población activa]*. INE. <https://tinyurl.com/23jlgxdk>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Encuesta de Condiciones de Vida 2023. Renta anual neta media por persona y unidad de consumo por comunidades autónomas*. Instituto Nacional de Estadística. <https://tinyurl.com/26yscmga>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2023). *Climate Change 2021 – The Physical Science Basis: Working Group I Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (1.ª ed.)*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009157896>
- Janson, C., Anto, J., Burney, P., Chinn, S., de Marco, R., Heinrich, J., Jarvis, D., Kuenzli, N., Leynaert, B., Luczynska, C., Neukirch, F., Svanes, C., Sunyer, J., Wijst, M., & European Community Respiratory Health Survey II. (2001). The European Community Respiratory Health Survey: What are the main results so far? *European Community Respiratory Health Survey II. The European Respiratory Journal*, 18(3), 598-611. <https://doi.org/10.1183/09031936.01.00205801>
- Junta de Andalucía. (2022). *Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo* (No. BOJA Extraordinario nº 28). Junta de Andalucía. <https://juntadeandalucia.es/boja/2022/528/5>
- Khan, M., Adil, S. F., Alkhathlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M., & Khan, S. T. (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 26(1), 39. <https://doi.org/10.3390/molecules26010039>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daemans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L.

- R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet. Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Labrique, A., Vasudevan, L., Mehl, G., Rosskam, E., & Hyder, A. A. (2018). Digital Health and Health Systems of the Future. *Global Health, Science and Practice*, 6(Suppl 1), S1-S4. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00342>
- Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N. J. R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. N., Baldé, A. B., Bertollini, R., Bose-O'Reilly, S., Boufford, J. I., Breysse, P. N., Chiles, T., Mahidol, C., Coll-Seck, A. M., Cropper, M. L., Fobil, J., Fuster, V., Greenstone, M., Haines, A., ... Zhong, M. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet (London, England)*, 391(10119), 462-512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0)
- Lanzi, A. M., Ellison, J. M., & Cohen, M. L. (2021). The «Counseling+» Roles of the Speech-Language Pathologist Serving Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Dementia From Alzheimer's Disease. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(5), 987-1002. https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00295
- Lisón Loriente, V. R., Murillo Pardo, B., Generelo Lanaspa, E., & García Bengoechea, E. (2025). [Long-term effects of an assets-based, co-created physical activity intervention on health-related quality of life in older adults]. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 60(1), 101537. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101537>
- López, M., Saavedra, F. J., López, A., & Laviana, M. (2016). Prevalence of Mental Health problems in sentenced men in prisons from Andalusia (Spain). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 76-84.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
- Mackenzie, L., Covill, N., Ostroff, M. L., & Ostroff, J. L. (2021). Summarizing the 2021 Updated GOLD Guideline for COPD. *US Pharmacist*, 46(7), 30-36.
- Marešová, P., Dolejš, J., & Kuca, K. (2018). Call for a Uniform Strategy of Collecting Alzheimer's Disease Costs: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 63(1), 227-238. <https://doi.org/10.3233/JAD-171028>
- Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J., & Formiga, F. (2018). [Map of Alzheimer's disease and other dementias in Spain. MapEA Project]. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 53(1), 26-37. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
- McQueen, D. V. (Ed.). (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: Structures, actions and experiences*. WHO, Regional Off. for Europe. <https://tinyurl.com/22n8u3q3>
- Ministerio de Cultura y Deportes. (2022). *Encuesta de Hábitos Deportivos en España*. <https://tinyurl.com/23lqhyae>
- Ministerio de Sanidad. (2009). *Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de junio de 2009*. Ministerio de Sanidad y Política Social. <https://tinyurl.com/2xs65es>
- Ministerio de Sanidad. (2017). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Ministerio de Sanidad. <https://tinyurl.com/262bmy5d>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del SNS*. Ministerio de Sanidad. <https://tinyurl.com/28wvcata>
- Ministerio de Sanidad. (2022a). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026* (No. Versión v. 2021 11 25). <https://rb.gy/psetk4>
- Ministerio de Sanidad. (2022b). *Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España. Actualización nº 11*. Ministerio de Sanidad. <https://tinyurl.com/28vmpeny>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Esperanzas de vida en España, 2021*. Ministerio de Sanidad. <https://tinyurl.com/2d3jvtwt>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. <https://tinyurl.com/23v5xyvl>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2014). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://tinyurl.com/2ypf3occ>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://tinyurl.com/24t2mk78>
- Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. (2022). *Plan Estratégico de Salud y Medioambiente (PESMA) 2022-2026*. Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. <https://tinyurl.com/2bekhry2>
- Moneshwaran, S., Macrin, D., & Kanagathara, N. (2024). An unprecedented global challenge, emerging trends and innovations in the fight against COVID-19: A comprehensive review. *International Journal of Biological Macromolecules*, 267(Pt 1), 131324. <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2024.131324>
- Moreno, Ramos, P., & Rivera, F. (2020). *Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía*. Ministerio de Sanidad. <https://tinyurl.com/22mycu4l>
- Muiesan, M. L., Salvetti, M., Rosei, C. A., & Paini, A. (2016). Gender Differences in Antihypertensive Treatment: Myths or Legends? *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention: The Official Journal of the Italian Society of Hypertension*, 23(2), 105-113. <https://doi.org/10.1007/s40292-016-0148-1>
- Ng, M., Freeman, M. K., Fleming, T. D., Robinson, M., Dwyer-Lindgren, L., Thomson, B., Wollum, A., Sanman, E., Wulf, S., Lopez, A. D., Murray, C. J. L., & Gakidou, E. (2014). Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA*, 311(2), 183-192. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284692>
- Nguengang Wakap, S., Lambert, D. M., Olynyk, A., Rodwell, C., Gueydan, C., Lanneau, V., Murphy, D., Le Cam, Y., & Rath, A. (2020). Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: Analysis of the Orphanet database. *European Journal of Human Genetics: EJHG*, 28(2), 165-173. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), & Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 1994-2023 (ESTUDES 1994-2023)*. <https://surl.li/lrtmsw>
- OMS. (2024). *Revised draft of the negotiating text of the WHO Pandemic Agreement, 13th March 2024. A/INB/9/3*. Disponible en: [Https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb9/A_inb9_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb9/A_inb9_3-en.pdf)(No. A/INB/9/3). <https://tinyurl.com/22x7wnrd>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://rb.gy/lslpm1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La OMS publica las primeras directrices sobre intervenciones de salud digital*. <https://rb.gy/h2qfg0>
- Orphanet. (2023). *The rare disease and orphan drug database bridging healthcare and research [Orphanet Activity Report]*. <https://tinyurl.com/244ruvhb>
- Pereira Vega, A., Sánchez Ramos, J. L., Maldonado Pérez, J. A., Sánchez Rodríguez, I., Gil Muñoz, F. L., & García Jiménez, D. (2008). [Asthma incidence in Huelva, Spain at 2 stages of life: Childhood and young adulthood]. *Archivos de Bronconeumología*, 44(9), 464-470.
- Pérez-Wilson, P., Marcos-Marcos, J., Morgan, A., Eriksson, M., Lindström, B., & Álvarez-Dardet, C. (2021). «A synergy model of health»: An integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promotion International*, 36(3), 884-894. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa084>
- Pieretti, S., Di Giannuario, A., Di Giovannandrea, R., Marzoli, F., Piccaro, G., Minosi, P., & Aloisi, A. M. (2016). Gender differences in pain and its relief. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 52(2), 184-189. https://doi.org/10.4415/ANN_16_02_09
- Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Makaruk, H., Könsgen, N., Neuhaus, A. L., & Semwal, M. (2020). Exercise/physical activity and health outcomes: An overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1724. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3>
- Powell-Wiley, T. M., Poirier, P., Burke, L. E., Després, J.-P., Gordon-Larsen, P., Lavie, C. J., Lear, S. A., Ndumele, C. E., Neeland, I. J., Sanders, P., St-Onge, M.-P., & American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; and Stroke Council. (2021). Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 143(21), e984-e1010. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000973>
- Proyección de la Población de Andalucía, Provincias y Ámbitos Subregionales 2016-2070. (s. f.). Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <https://tinyurl.com/2d5wj9fv>

- Raji, S. A., & Demehin, M. O. (2023). «Long walk to 2030»: A bibliometric and systematic review of research trends on the UN sustainable development goal 3. *Dialogues in Health*, 2, 100132. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100132>
- Recomendación del Consejo de 8 de junio de 2009 relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras, No. (2009/C 151/02) (5 de junio de 2009). <https://tinyurl.com/2yp2lmc9>
- Reglamento (CE) No 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 1999 sobre medicamentos, No. DO L 18 de 22.1.2000 (2000). <https://tinyurl.com/28h9c69v>
- Rexrode, K. M., Madsen, T. E., Yu, A. Y. X., Carcel, C., Lichtman, J. H., & Miller, E. C. (2022). The Impact of Sex and Gender on Stroke. *Circulation Research*, 130(4), 512-528. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319915>
- Rezaei, N., Ashkevarian, S., Fathi, M. K., Hanaei, S., Kolahchi, Z., Ladi Seyedian, S.-S., Rayzan, E., Sarzaeim, M., Vahed, A., Mohamed, K., Momtazmanesh, S., Moradian, N., Pirkoohi, Z. R., SameEIFAR, N., Yousefpour, M., Sargoli, S., Adiban, S., Vahed, A., Yazdanpanah, N., ... Saghzadeh, A. (2021). Introduction on Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic: The Global Challenge. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1318, 1-22. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63761-3_1
- Rodríguez de Vera Gómez, P., Mayoral Sánchez, E., Vilches Arenas, Á., Ravé García, R., de la Cal Ramírez, M., Umpierrez, G., & Martínez-Brocca, M. A. (2024). Population-Based Study on the Implementation of Flash Glucose Monitoring and Severe Hypoglycemia in Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 26(12), 951-959. <https://doi.org/10.1089/dia.2024.0201>
- Romanello, M., Napoli, C. di, Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., Walawender, M., Ali, Z., Ameli, N., Ayeb-Karlsson, S., Beggs, P. J., Belesova, K., Berrang Ford, L., Bowen, K., Cai, W., Callaghan, M., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., Cross, T. J., ... Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: The imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet (London, England)*, 402(10419), 2346-2394. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)
- Ronksley, P. E., Brien, S. E., Turner, B. J., Mukamal, K. J., & Ghali, W. A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d671. <https://doi.org/10.1136/bmj.d671>
- Ruiz-Baena, J., Gallastegui Calvache, E., Romero-Aroca, P., López-Gálvez, M., Estrada, M., & Vivanco-Hidalgo, R. (2023). *Efectividad y seguridad del cribado sistemático de la retinopatía diabética mediante oftalmología con retinografía digital y cámara no midriática de 45°* (Informes, estudios e investigación/Ministerio de Sanidad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Madrid: Ministerio de Sanidad. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <https://tinyurl.com/26l4sx3u>
- Ruiz-Cantero, M. T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., & Peiró, A. M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: From research to health care. *Farmacia Hospitalaria: Órgano Oficial De Expresión Científica De La Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria*, 44(3), 109-113. <https://doi.org/10.7399/fh.11394>
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). [Gender bias in treatment]. *Gaceta Sanitaria*, 18 Suppl 1, 118-125. <https://doi.org/10.1157/13062260>
- Sánchez, A., Contreras, A., Corrales, J. C., & de la Fe, C. (2022). En el principio fue la zoonosis: One Health para combatir esta y futuras pandemias. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36, S61-S67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.012>
- Sánchez-Cantalejo, C., Cabrera-León, A., & Ruiz-Jiménez, B. (2022). *Infancia y adolescencia: Análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud* (No. (EAS2015/16)). Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Shah, R., & Newcomb, D. C. (2018). Sex Bias in Asthma Prevalence and Pathogenesis. *Frontiers in Immunology*, 9, 2997. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02997>
- Shan, Z., Li, Y., Baden, M. Y., Bhupathiraju, S. N., Wang, D. D., Sun, Q., Rexrode, K. M., Rimm, E. B., Qi, L., Willett, W. C., Manson, J. E., Qi, Q., & Hu, F. B. (2020). Association Between Healthy Eating Patterns and Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Internal Medicine*, 180(8), 1090-1100. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2176>
- Simal Hernández, P., Guiu-Guia, J., & Hernández Meléndez, T. (2021). Logros y retos en la atención del ictus en España: Desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-2030. *Revista Española de Salud Pública*, 95. <https://tinyurl.com/26l5z28x>

- Sobrino Armas, C., Hernán García, M., & Cofiño, R. (2018). [What we mean when we talk about «community health». SESPAS Report 2018]. *Gaceta Sanitaria, 32 Suppl 1*, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (s. f.). *GEMA 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma*. <https://www.separ.es/gema-53-asma>
- Soriano, J. B., Alfageme, I., Miravitles, M., de Lucas, P., Soler-Cataluña, J. J., García-Río, F., Casanova, C., Rodríguez González-Moro, J. M., Cosio, B. G., Sánchez, G., & Ancochea, J. (2021). Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Archivos De Bronconeumología, 57*(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.07.024>
- Sotos Prieto, M., Guillen, M., Sorlí, J. V., Asensio, E. M., Gillem Sáiz, P., González, J. I., & Corella, D. (2011). [Meat and fish consumption in a high cardiovascular risk Spanish Mediterranean population]. *Nutricion Hospitalaria, 26*(5), 1033-1040. <https://doi.org/10.1590/S0212-16112011000500017>
- Stern, J., Pier, J., & Litonjua, A. A. (2020). Asthma epidemiology and risk factors. *Seminars in Immunopathology, 42*(1), 5-15. <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00785-1>
- Stroke Alliance for Europe. (2018). *ICTUS: Plan de actuación en Europa 2018-2030*. Stroke Alliance for Europe. <https://tinyurl.com/26hgdlns>
- The Diplomatic Service of the European Union. (2020). *Plan de acción de la UE en materia de género (PAG) III: una agenda ambiciosa para la igualdad de género y la capacitación de las mujeres en la acción exterior de la UE*. European Commission. <https://rb.gy/gtunc5>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Seventieth session of the General Assembly on 25 Sept 2015* (No. UN (2015) A/RES/70/1). <https://tinyurl.com/yxhxk4p2>
- UN General Assembly. (2021). *Addressing the challenges of persons living with a rare disease and their families: Resolution / adopted by the General Assembly UN. General Assembly (76th sess. : 2021-2022)*. <https://tinyurl.com/28r8ev3y>
- Vicente, E., Pruneda, L., & Ardanaz, E. (2020). [Paradox of rarity: About the percentage of population affected by rare diseases]. *Gaceta Sanitaria, 34*(6), 536-538. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.012>
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Angelantonio, E. D., Franco, O. H., Halvorsen, S., Richard Hobbs, F. D., Hollander, M., ... ESC Scientific Document Group. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Revista Espanola De Cardiologia (English Ed.), 75*(5), 429. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.04.003>
- Wallis Gómez, V. (2022, agosto). *Cuidados paliativos pediátricos: ¿Quiénes y cuándo? Primera Mesa Redonda en Cuidados Paliativos Pediátricos*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8530156.pdf>
- WHO. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <https://tinyurl.com/y2hmsv58>
- WHO. (2023). *Influenza (Seasonal)*. <https://tinyurl.com/umr22lm>
- WHO and the Government of South Australia. (2010). *The Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a shared governance for health and well-being* [Health promotion international, 25(2), 258-260]. WHO and the Government of South Australia. <https://cutt.ly/Sw4pUN9S>
- WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. (s. f.). Recuperado 19 de mayo de 2022, de <https://covid19.who.int>
- WHO Regional Office for Europe. (2021). *WHO regional technical briefing: Strengthening palliative care in the WHO European Region. Meeting report: Virtual meeting hosted by the WHO Regional Office for Europe*. WHO Regional Office for Europe. <https://tinyurl.com/2b9q4d7m>
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion: First international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986*. World Health Organization. <https://tinyurl.com/yeubxq5s>
- World Health Organization. (2005). *Fifty-Eighth World Health Assembly*. World Health Organization. <https://tinyurl.com/2xhssoo3>
- World Health Organization. (2011). *Mental Health*. <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
- World Health Organization. (2013a). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General*

