áreadegestiónsanitariaserraníademálaga

PERFIL LOCAL DE SALUD

RONDA

ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA
SERRANÍA DE MÁLAGA

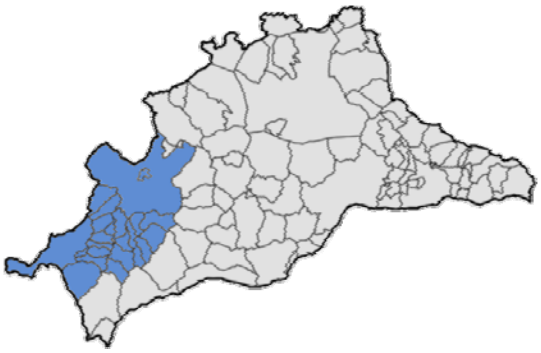
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA

Perfil Local de Salud

Ronda es un municipio español perteneciente a la comunidad autónoma de Andalucía, situada en el noroeste de la provincia de Málaga. Es la cabeza del partido judicial homónimo y la capital de la comarca de la Serranía de Ronda.

En el año 2009 contaba con 36.827 habitantes, que la convierten en el segundo municipio más poblado del interior de la provincia tras Antequera. Su término municipal se extiende sobre una meseta conocida como depresión de Ronda y por las sierras que la circundan. Tiene una superficie de 481,31 km² y una densidad de población de 76,51 hab/km².

Ronda tiene su origen en la *Arunda* romana que se constituiría a partir de asentamientos ibéricos existentes. Los visigodos le dieron continuidad hasta la llegada de los musulmanes, quienes consolidaron su papel de cabecera comarcal y su entidad urbana. Su emplazamiento facilitó la defensa de la ciudad y la puso en una situación estratégica para dominar los pasos y caminos hacia la Baja Andalucía. Esto y la disponibilidad de tierras aptas para la agricultura le concedieron finalmente una importancia histórica notable.



La ciudad se asienta sobre una meseta cortada por un profundo tajo excavado por el río Guadalevín, al que asoman los edificios de su centro histórico, lo que confiere a la ciudad una panorámica pintoresca que, unida a la variedad de monumentos que posee, a su entorno natural y a su cercanía a los grandes centros del turismo de masas del la Costa del Sol, ha convertido a Ronda en un centro turístico notable. La cornisa del tajo y el puente que lo salva son la imagen por antonomasia de la ciudad.

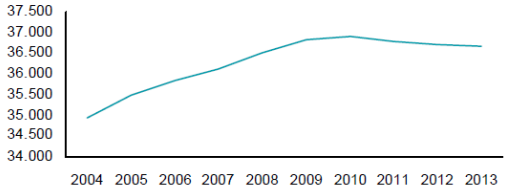
Wikipedia: http://es.wikipedia.org/wiki/Ronda_%28M%C3%A1laga%29

Comarca a la que pertenece:	Comarca de Serranía de Ronda
Superficie municipal (Km²)	481
Densidad de población 2013 (Hab / Km²)	76
Núcleos de población 2013	8
Altitud del nucleo principal (m)	723
Población 2013 (01/01/2013)	36.665
Población extranjera 2013 (01/01/2013)	1.733

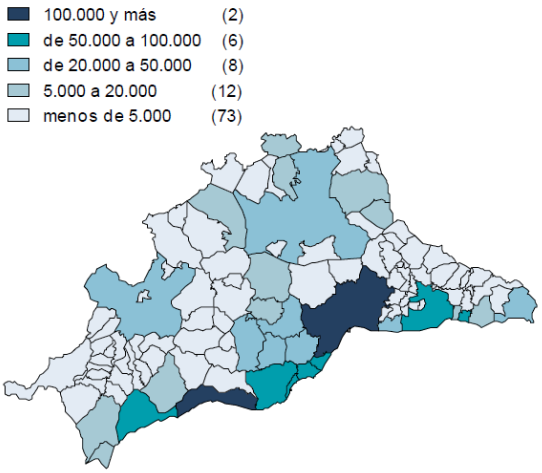
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).

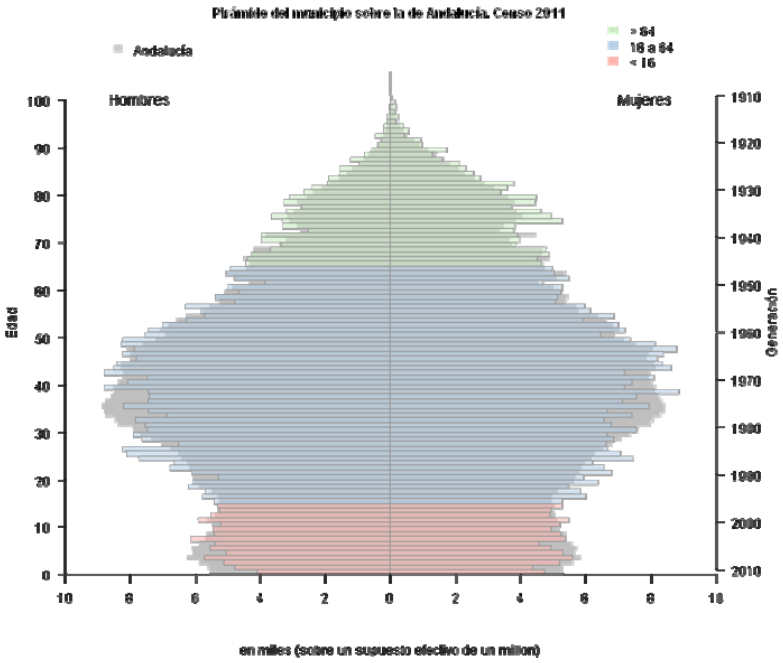
Evolución de la población

Año	Hombres	Mujeres	Total
2004	17.399	17.549	34.948
2005	17.725	17.787	35.512
2006	17.868	17.968	35.836
2007	17.998	18.124	36.122
2008	18.152	18.380	36.532
2009	18.124	18.703	36.827
2010	18.082	18.827	36.909
2011	18.007	18.786	36.793
2012	17.924	18.774	36.698
2013	17.915	18.750	36.665



Población por municipios





Índices	Valor
Masculinidad	112,3422
Envejecimiento	99,3569
Dependencia	47,6883
Estructura de la población activa	79,3507
Reemplazamiento de la población activa	67,5276
Número de hijos por mujer fecunda	20,1827
Índice generacional de ancianos	236,0274
Tasa general de fecundidad	4,1159
Edad media	39,1079
Edad mediana	37,5394

Indicadores demográficos

Indicadores demográficos	Municipio	Provincia
Dependencia	47,5 %	47,5 %
Envejecimiento	16,7 %	16,1 %
Juventud	93,1 %	100,2 %
Maternidad	19,1 %	21,5 %
Tendencia	87,9 %	94,4 %
Reemplazo	126,9 %	107,7 %

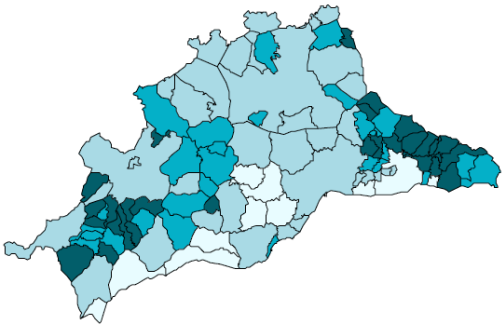
Dependencia	((Pob. <15 + Pob. >64) /Pob. de 15 a 64) X 100
Envejecimiento	(Pob. >64 / Pob. total) X 100
Juventud	(Pob. <15 / Pob. >64) X 100
Maternidad	(Pob. 0 a 4 / Pob.Mujeres 15 a 49) X 100
Tendencia	(Pob. 0 a 4 / Pob. 5 a 9) X 100
Reemplazo	(Pob. 20 a 29 / Pob. 55 a 64) X 100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Dato a 01/01/2013.

Porcentaje de población mayor de 64 años

% Población mayor de 64 años en el municipio	16,68	%
% Población mayor de 64 años en la provincia	16,09	%

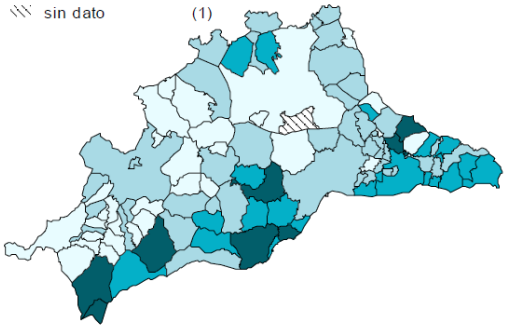
- 25% y más (29)
- del 20 al 25% (27)
- del 15 al 20% (35)
- menos 15% (10)



Crecimiento de la población de 2003 a 2013

% Crecimiento de la población en el municipio	4,35	%
% Crecimiento de la población en la provincia	20,23	%

- 50% y más (8)
- del 25 al 50% (21)
- del 0 al 25% (41)
- disminución de la población (30)
- sin dato (1)



Población extranjera

	Total	%
Españoles	34.932	95,3
Extranjeros	1.733	4,7

% Población extranjera en la provincia	17,9	%

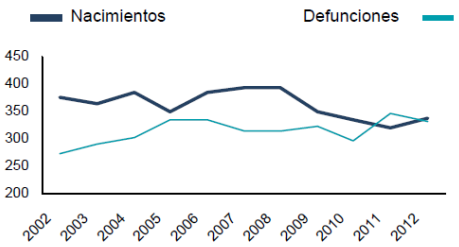
Población extranjera por continentes

	Total	%
Europa	953	55,0
África	292	16,8
America	387	22,3
Asia	101	5,8
Oceanía y apatridas	0	0,0

Movimiento natural de la población

	2008	2009	2010	2011	2012
Nacimientos	394	351	335	321	338
Defunciones	314	324	298	346	333
Crecimiento vegetativo	80	27	37	-25	5
Matrimonios	174	122	107	109	101
Tasa Bruta de Natalidad (‰)	10,7	9,5	9,1	8,7	9,2
Tasa Bruta de Mortalidad (‰)	8,6	8,8	8,1	9,4	9,1
Tasa Bruta de Nupcialidad (‰)	4,7	3,3	2,9	3,0	2,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).



Paro 2013 (media anual)*

Sexo	**5.027**	**100%**
Hombres	2.424	48,2
Mujeres	2.603	51,8
Edad	**5.027**	**100%**
Menores de 25 años	542	10,8
Entre 25 y 45 años	2.392	47,6
Mayores de 45 años	2.093	41,6
Sector	**5.027**	**100%**
Agricultura	180	3,6
Industria	443	8,8
Construcción	977	19,4
Servicios	2.777	55,2
Sin empleo anterior	650	12,9

*Nota: Al tratarse de media anual, por cuestiones de redondeo, puede que la suma de los datos parciales no coincida con el total de parados.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Variación intercensal absoluta	Variación intercensal relativa	% Pobl. Extranjera	Edad media	% Población 65 y más años	% Población 85 y más años	% Población 15 y menos años
Ronda	2.005	5,8%	4,2%	40,5	16,5%	2,0%	16,7%
TOTAL MÁLAGA	**307.791**	**23,9%**	**15,4%**	**40,0**	**15,3%**	**1,6%**	**17,3%**

FUENTE: IECA. Explotación de los Censos de Población y Viviendas del INE. 2014

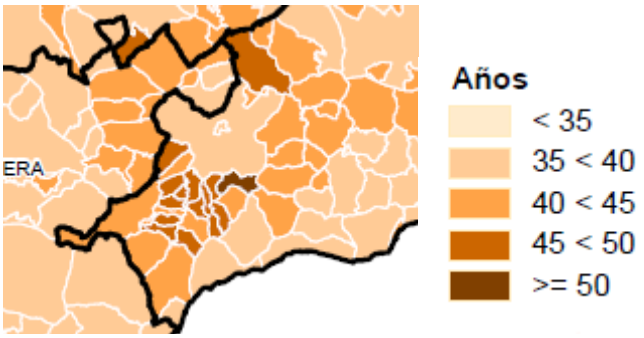
Entorno físico

Extensión superficial. 2013	**481,3**
Altitud sobre el nivel del mar. 2013	**722**
Número de núcleos que componen el municipio. 2012	**8**

Población

Población total. 2013	**36.665**	Número de extranjeros. 2012	1.725
Población. Hombres. 2013	**17.915**	Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2012	**Reino Unido**
Población. Mujeres. 2013	**18.750**	Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2012	**15,13**
Población en núcleo. 2012	**34.771**	Emigraciones. 2012	**1.074**
Población en diseminado. 2012	**1.927**	Inmigraciones. 2012	**1.081**
Porcentaje de población menor de 20 años. 2012	**21,37**	Nacidos vivos por residencia materna. 2012	**338**
Porcentaje de población mayor de 65 años. 2012	**16,48**	Defunciones por lugar de residencia. 2012	**333**
Incremento relativo de la población. 2012	**6,46**	Matrimonios por lugar donde fijan la residencia. 2012	**100**

Edad media de la población por municipios en Andalucía. 2011



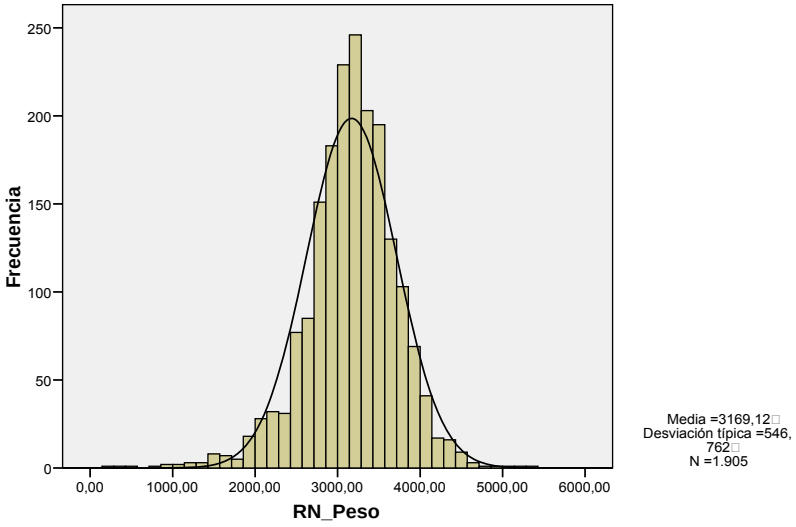
Centros sanitarios (m²/habitante)	1,24	0,29
Número de centros sanitarios	9	140
Ambulatorios	3	6
Centro de salud	0	31
Consultorio local	3	96
Centros de urgencia	2	2
Hospitales	1	3
Otros centros sanitarios	0	2

Indicadores de la población infantil, Ronda (2008 - 2013)

Nacimientos últimos cinco años
995 niños: 50,46%
977 niñas: 49,54%

Peso al nacer
< 2500 g: 176: 9,24%
> 2500 g: 1729: 90.76%

Media del peso al nacer	3169,1244
Mediana	3190,0000
Moda	3500,00



Vacunaciones durante 2013

Captación de nacidos en 2013: 99.7%

Primovacunación (6 primeros meses de vida): 99.2%

Primera de Triple Vírica (12 meses): 99.7%

Vacunación completa (hasta los 15 meses): 98.6%

Segunda de Triple Vírica (3 años): 96.8%

Vacunación escolar: dTpa de los seis años: 95.4%

Vacunación escolar: dT de los 14 años: 88.4%

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

Tasa De Participación:	85,79	x 100
Tasa De Captación:	86,35	x 100
Recuperación de Información:	93,72	x 100
Tasa de Derivación:	19,31	x 100
Tasa de Detección:	3,23	x 1000

Indicadores de Morbilidad y de Mortalidad

Casos declarados de Enfermedades 2013

Total	**40**
DISENTERIA	0
TUBERCULOSIS	5
BRUCELOSIS	3
LISTERIOSIS	1
TOSFERINA	2
ENF. MENINGOCOCICA	2
MENINGITIS ASEPTICA	8
SARAMPION	0
HEPATITIS A	0
HEPATITIS B	3
HEPATITIS C	3
PAROTIDITIS	0
F.EXANTEMATICA MED	3
LEISHMANIASIS	2
SIFILIS	3
INFECC. GONOCOCICA	4
MENINGITIS BACT OTRA	2
LEGIONELLOSIS	0

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 2001 – 2010

TASA BRUTA DE IVE POR 1.000 MUJERES DE 15 A 44 AÑOS. AGS Serranía de Málaga. Tasa

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tasa	5.31	5.61	5.87	6.93	6.07	4.43	7.19	7.25	6.79	8.12

Fuente: Consejería de Salud 2012

INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS (PQI). 2007 - 2011

Los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI) hacen referencia a las admisiones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios, que, según sugiere la evidencia, podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad, o cuya gravedad podría haber sido menor si los pacientes hubiesen sido atendidos antes o tratados de forma más apropiada (1). Hay factores que pueden provocar un ingreso y que están fuera del control directo del sistema sanitario, como son el nivel sociocultural de la población o el incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes; otros factores que condicionan los ingresos por las patologías a las que hacen referencia los PQI, son los criterios de ingreso y la cartera de servicios de los Hospitales según la bibliografía.

• Se analizó para cada PQI su comportamiento por grupos de edad y sexo en comparación al conjunto del AGS Serranía de Málaga. Se priorizarán aquellos PQI que estén más desviados en relación al conjunto del AGS Serranía de Málaga. Inicialmente estaba pautado realizar la comparación con respecto al conjunto de Andalucía, pero estos datos no fueron suministrados, pudiendo ser ello posible para un futuro análisis.

• Se analizaron los PQI por grandes grupos de causas. Los grandes grupos de causas escogidos son los siguientes:

- Enfermedad Respiratoria Crónica:
  - PQI 5: EPOC.
  - PQI 15: asma en el adulto.
- Enfermedad Cardiovascular:
  - PQI 7: HTA
  - PQI 8: insuficiencia cardiaca congestiva.
  - PQI 13: angina sin procedimientos.
- Diabetes:
  - PQI 1: complicaciones agudas de la diabetes.
  - PQI 3: complicaciones crónicas de la diabetes.
  - PQI 14: diabetes descontrolada.
  - PQI 16: amputación extremidad inferior en pacientes diabéticos.

Se calcularon tasas específicas por grupos de edad y sexo. El numerador de las tasas específicas estarán formados por la suma de los “ingresos” (“PQI 1”, “PQI 2”, etc.) de

cada PQI de los años 2007, 2008, 2009, 2010. Se ha considerado apropiado sumar los ingresos de los 4 años para darle mayor estabilidad a las tasas. Los denominadores de las tasas específicas es la suma de la población de los grupos de edad y sexo de 18-44, 45-64 y mayores de 65 años. Las fuentes de información de los denominadores es la BDU a 31 de Diciembre de 2006, 2007, 2008, 2009. Los indeterminados se repartieron de forma proporcional por edad y sexo.

Se considera que se presenta un desvío con respecto a la media del conjunto del Área Sanitaria, cuando el límite inferior del intervalo de confianza es mayor o igual a la unidad, siendo estadísticamente significativo, es decir, p valor ≤ p 0.05 si Li del IC $_{95\%}$ ≥1. La población de referencia utilizada para este estudio es el conjunto del Área Sanitaria por no disponer de datos para la comparación. En una posterior evaluación se utilizará como referencia a la media andaluza.

Razones estandarizadas por ZBS ajustadas por edad y sexo tomando como población de referencia al conjunto del AGS Serranía de Málaga.

Nota: Las celdas sombreadas corresponden a aquellos PQI por grupo de edad y sexo que están significativamente por encima del promedio del conjunto del AGS Serranía de Málaga para ese grupo de edad y sexo (Límite inferior de la RE mayor o igual a 1).

Grupo Enfermedad Respiratoria Crónica

Razón estandarizada con IC $_{95\%}$					
PQI	Sexo	Grupo de edad (años)	Ronda		
			RE	LI	LS
		Grupo 18-44			
PQI5	H		1,25	-0,23	2,73
	M		0,00	0,00	0,00
PQI15	H		0,00	0,00	0,00
	M		0,90	0,26	1,55
		Grupo 45-64			
PQI5	H		0,73	0,51	0,95
	M		0,91	0,43	1,39
PQI15	H		0,64	0,10	1,18
	M		1,21	0,71	1,71
		Grupo ≥ 65			
PQI5	H		0,96	0,87	1,05
	M		1,28	1,03	1,53
PQI15	H		1,17	0,86	1,48
	M		1,09	0,87	1,31

PQI 5: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
PQI 15: Asma en el adulto

Grupo Enfermedad Cardiovascular

Razón estandarizada con IC 95%						
PQI	**Sexo**	**Grupo de edad (años)**	**Ronda**			
			RE	**RE**	**LI**	**LS**
		Grupo 18-44				
PQI7	H		0,00	0,00	0,00	0,00
	M		13,23	0,00	0,00	0,00
PQI8	H		0,00	1,25	-0,23	2,73
	M		0,00	1,20	-0,29	2,69
PQI13	H		0,00	1,25	0,69	1,81
	M		0,00	0,00	0,00	0,00
		Grupo 45-64				
PQI7	H		0,00	1,28	0,20	2,36
	M		1,59	0,91	0,57	1,25
PQI8	H		2,21	0,99	0,78	1,19
	M		3,40	0,65	0,44	0,85
PQ13	H		2,43	0,73	0,58	0,88
	M		0,00	0,91	0,57	1,25
		Grupo ≥ 65				
PQI7	H		0,00	0,89	0,58	1,21
	M		2,04	0,85	0,55	1,15
PQI8	H		0,81	1,07	1,01	1,13
	M		1,24	0,95	0,87	1,02
PQI13	H		1,00	0,94	0,85	1,02
	M		0,71	1,09	0,98	1,21

PQI 7: Hipertensión
PQI 8: Insuficiencia cardíaca congestiva
PQI 13: Angina sin procedimientos

Grupo Diabetes

Razón estandarizada con IC 95%					
PQI	**Sexo**	**Grupo de edad (años)**	**Ronda**		
			RE	**LI**	**LS**
		Grupo 18-44			
PQI1	H		1,12	0,68	1,57
	M		1,20	0,59	1,81
PQI3	H		1,25	0,20	2,29
	M		0,80	0,10	1,50
PQI14	H		1,25	0,20	2,29
	M		1,20	-0,29	2,69
PQI16	H		0,00	0,00	0,00
	M		0,00	0,00	0,00
		Grupo 45-64			
PQI1	H		1,02	0,59	1,45
	M		1,21	0,57	1,85
PQI3	H		1,06	0,66	1,47
	M		1,21	0,42	2,00
PQI14	H		1,28	0,51	2,04
	M		0,00	0,00	0,00

PQI16	H		1,10	0,72	1,47
	M		0,00	0,00	0,00
		Grupo ≥ 65			
PQI1	H		1,07	0,70	1,45
	M		1,28	0,86	1,69
PQI3	H		0,89	0,78	1,01
	M		1,06	0,78	1,35
PQI14	H		0,00	0,00	0,00
	M		1,28	0,51	2,05
PQI16	H		0,89	0,70	1,09
	M		1,15	0,82	1,48

PQI 1: Complicaciones agudas de la diabetes
PQI 3: Complicaciones crónicas de la diabetes
PQI 14: Diabetes descontrolada
PQI 16: Amputación de extremidad inferior en pacientes diabéticos

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (Mortalidad prematura). Tendencia 1981 - 2009

RONDA

APVP: ordenadas de mayor a menor. Contribuye a superar los APVP, con respecto a la media andaluza, al conjunto del AGS.

Mujeres	Hombres
1. Suicidios y lesiones auto infligidas 2. Accidentes de tráfico 3. ECV 4. Enfermedad isquémica del corazón	1. Accidentes de tráfico 2. Suicidios y lesiones auto infligidas 3. Cáncer de pulmón 4. Enfermedad isquémica del corazón

Tendencia creciente significativa de la tasa específica de mortalidad (se muestran los grupos de edad y por sexo con dicha tendencia), con respecto a la tasa promedio andaluza

Patología	Sexo	Grupo de edad
Cáncer de colon, recto y ano	H	45 – 64
		65 - 74
	M	45 – 64
		65 – 74

VIH	M	45 – 64

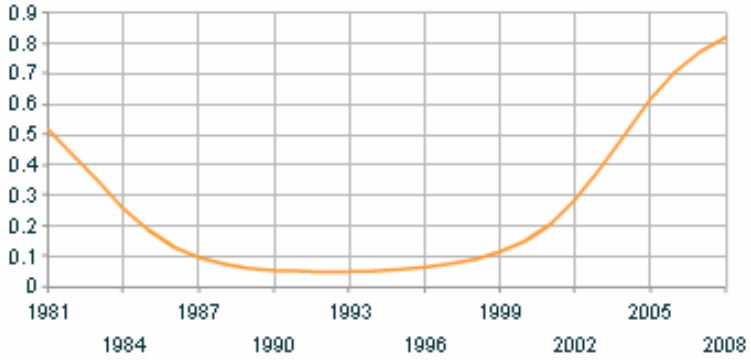
Exceso de mortalidad significativo (se muestran los grupos de edad y por sexo con dicha tendencia), con respecto a la tasa promedio española. La tendencia se refiere al período del estudio que va de 1981 a 2009.

Patología	Sexo	Grupo de edad (años)	Valor de exceso (1)	Tasa (2)	Razón de tasas (3)	Observaciones
Cáncer de colon, recto y ano	H	65-74	0.82	15.0	1.29	Sin exceso de mortalidad significativo, pero tendencia positiva significativa
Diabetes	M	45-64	0.98	0.67	2.36	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
	H	65-74	0.87	6.49	1.46	Tendencia no significativa.
	M	65-74	0.98	5.12	1.79	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
Alzheimer	M	65-74	0.94	3.48	1.97	Exceso desde 1998. Tendencia no significativa.
Enfermedad isquémica del corazón	M	65-74	0.99	12.9	1.61	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
Enfermedad cerebro vascular	H	45-64	0.97	3.55	1.55	Exceso desde 1986. Tendencia no significativa.

		65-74	0.94	18.0	1.35	Exceso desde 1985. Tendencia no significativa.
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	H	45-64	0.98	1.95	1.94	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
Cirrosis	H	15-44	0.91	0.56	1.77	Tendencia no significativa.
		45-64	0.94	4.78	1.46	Tendencia no significativa.
		65-74	0.91	8.65	1.47	Tendencia no significativa.
Accidentes de tráfico	M	15-44	0.92	0.66	2.11	Tendencia no significativa.
Suicidios	H	15-44	0.997	1.82	2.05	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
	M	15-44	0.98	0.61	2.43	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.
	H	45-64	0.99	2.69	2.07	Exceso desde 1981. Tendencia no significativa.

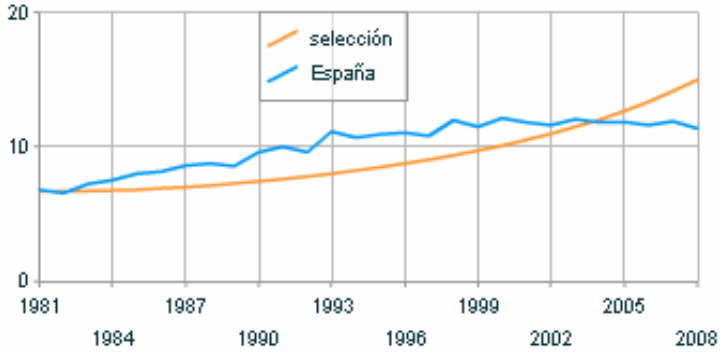
Ronda

Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano: razón de tasas significativa, hombres, 65-74 años (2008): 0.82



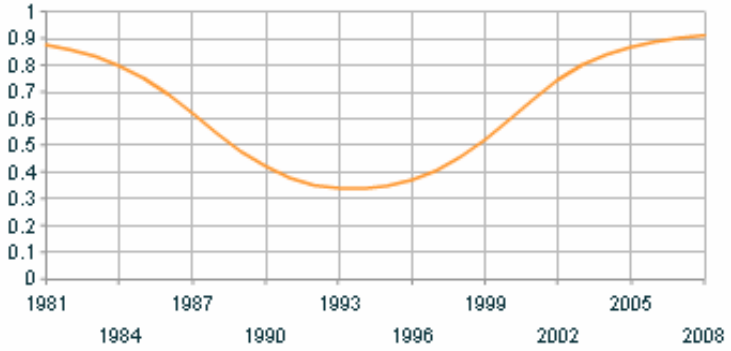
Ronda

Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano: tasa, hombres, 65-74 años (2008): 15 defunciones por 10.000 habitantes



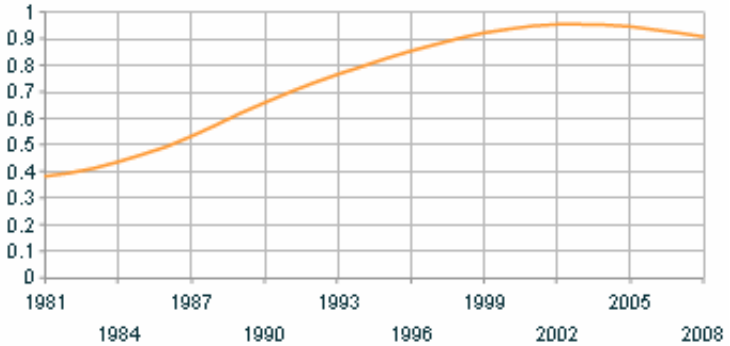
Ronda

Mortalidad por cirrosis: razón de tasas significativa, hombres, 15-44 años (2008): 0.91



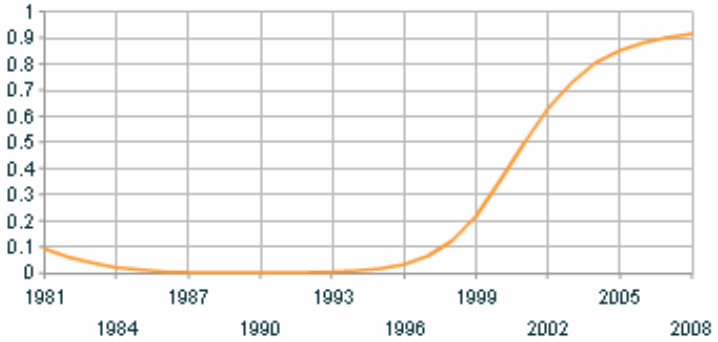
Ronda

Mortalidad por cirrosis: razón de tasas significativa, hombres, 65-74 años (2008): 0.91

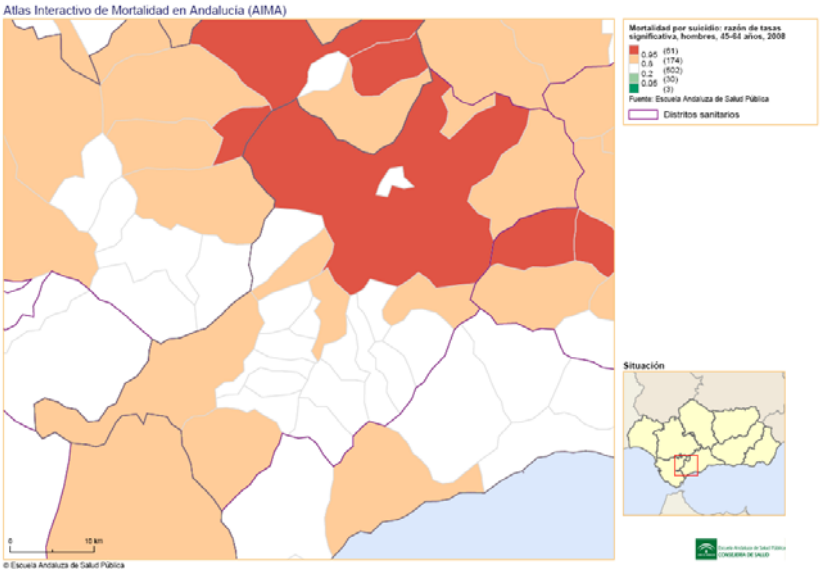


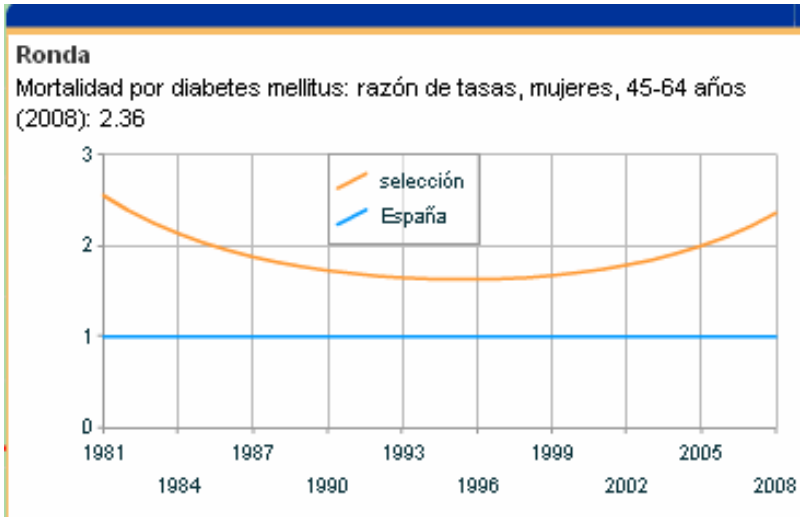
Ronda

Mortalidad por accidentes de tráfico: razón de tasas significativa, mujeres, 15-44 años (2008): 0.92



Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA)



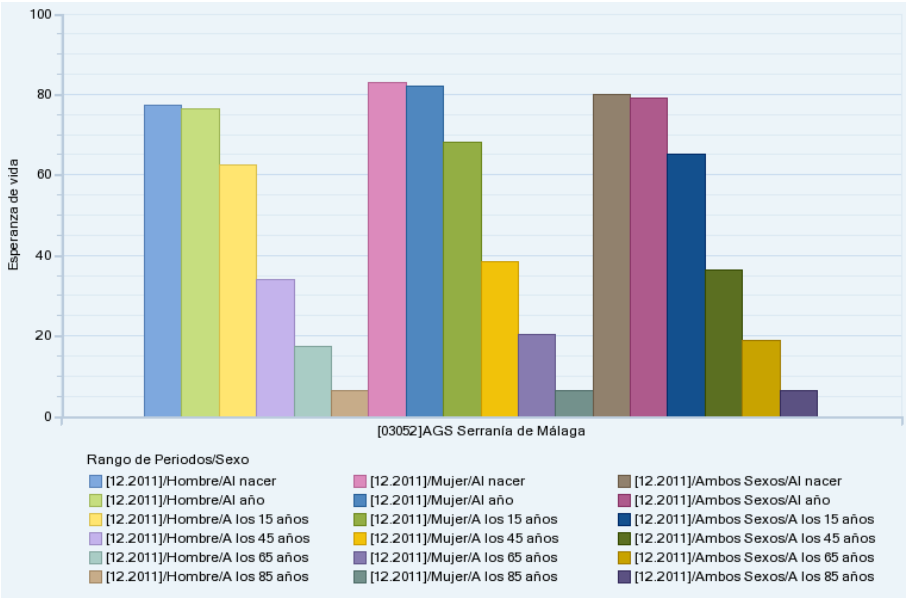


Municipio RONDA: Priorización de las causas según métodología definida

- Suicidios y lesiones autoinfligidas
    - Exceso de mortalidad significativo en mujeres de 15-44 años y en hombres de 15-44 años y de 45-64 años
- Enfermedad isquémica del corazón
    - Exceso de mortalidad significativo en mujeres de 75-84 años
- Diabetes:
    - Exceso de mortalidad significativo en mujeres de 45-64 y de 65-74 años
- ECV
    - Exceso de mortalidad significativo en hombres de 45-64 y de 65-74 años
- Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores
    - Exceso de mortalidad significativo en hombres de 45-64 años

Esperanza de vida al nacer y a los 65 años. Ronda. 2011

Hombre	Hombre	Mujer	Mujer
Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años
Esperanza de vida	Esperanza de vida	Esperanza de vida	Esperanza de vida
77,21	17,32	82,95	20,24



Esperanza de vida (EV) y Años de vida saludable (AVS) al nacer y a los 65 años por sexo. España, 2006 y 2011.

	EV		AVS	
	2006	2011	2006	2011
Al nacer				
Ambos sexos	81,1	82,3	63,0	66,4
Hombres	77,8	79,3	63,0	67,0
Mujeres	84,3	85,3	62,9	65,9
A los 65 años				
Ambos sexos	20,0	20,9	11,4	12,1
Hombres	17,8	18,7	11,5	12,4
Mujeres	21,9	22,8	11,4	11,9

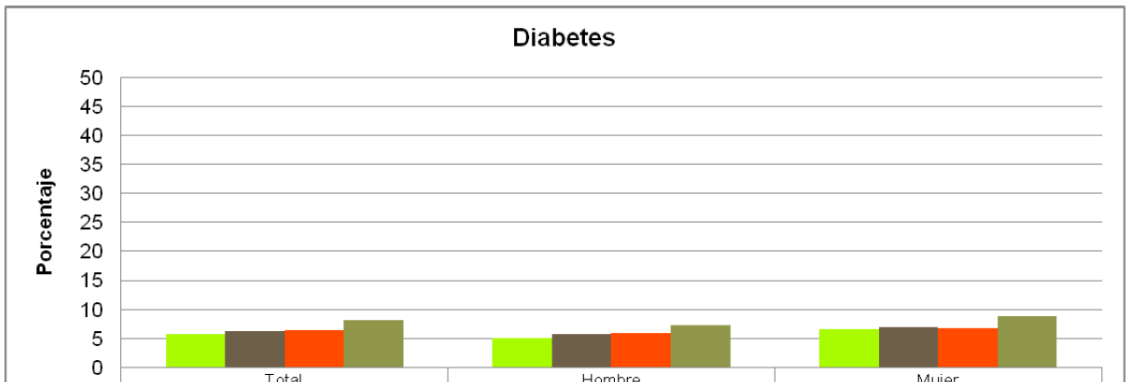
Esperanza de vida (EV) y Años de vida saludable (AVS) al nacer, por comunidad autónoma. España, 2006 y 2011.

	EV		AVS	
	2006	2011	2006	2011
España	81,1	82,3	63,0	66,4
Andalucía	79,8	81,0	63,1	65,0

Esperanza de vida (EV) y Años de vida saludable (AVS) a los 65 años, por comunidad autónoma. España, 2006-2011.

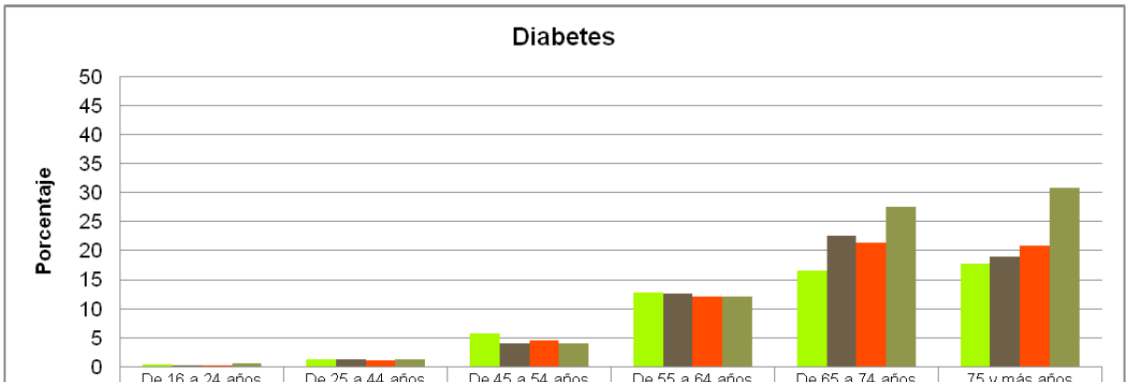
	EV		AVS	
	2006	2011	2006	2011
España	20,0	20,9	11,4	12,1
Andalucía	18,8	19,7	11,3	10,3

Datos de la Encuesta Nacional de Salud



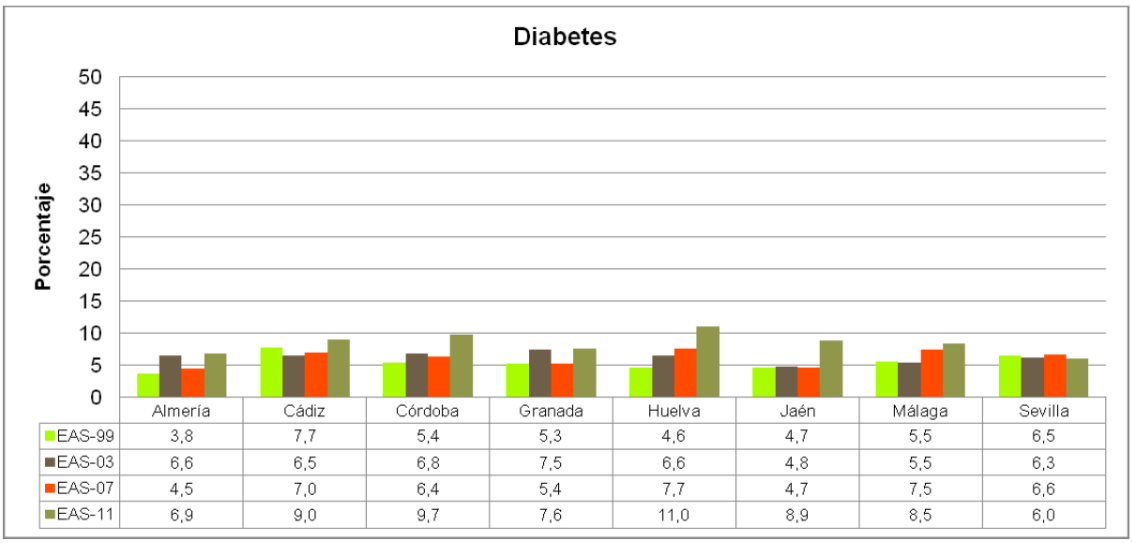
	Total	Hombre	Mujer
EAS-99	5,8	5,0	6,6
EAS-03	6,3	5,6	6,9
EAS-07	6,4	6,0	6,8
EAS-11	8,1	7,4	8,8

Ilustración 49. Prevalencia de personas diabéticas por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



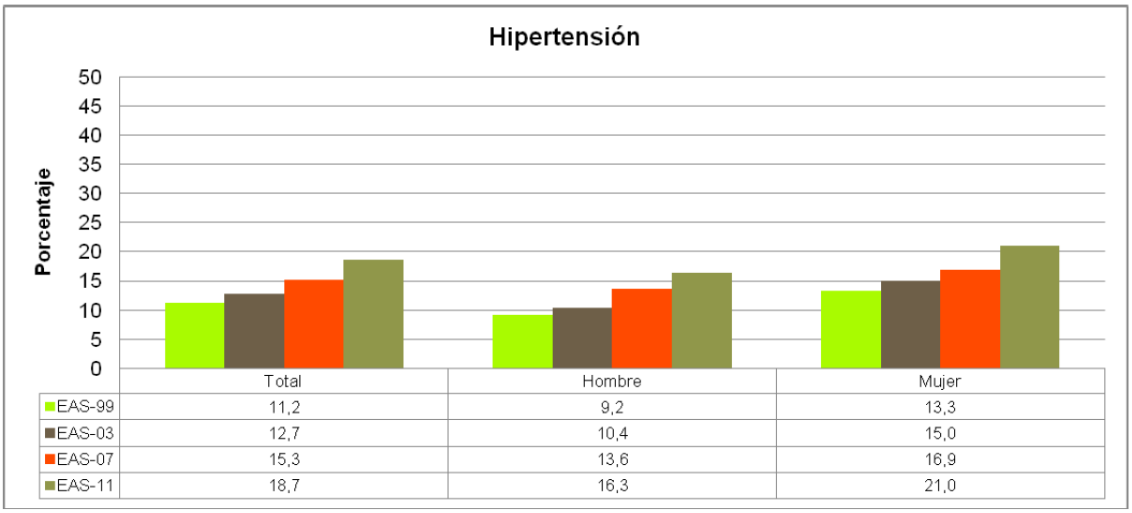
	De 16 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	75 y más años
EAS-99	0,4	1,3	5,8	12,8	16,6	17,8
EAS-03	0,3	1,2	4,1	12,5	22,6	18,9
EAS-07	0,1	1,0	4,5	12,1	21,4	20,8
EAS-11	0,6	1,3	4,1	12,0	27,6	30,8

Ilustración 50. Prevalencia de personas diabéticas por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



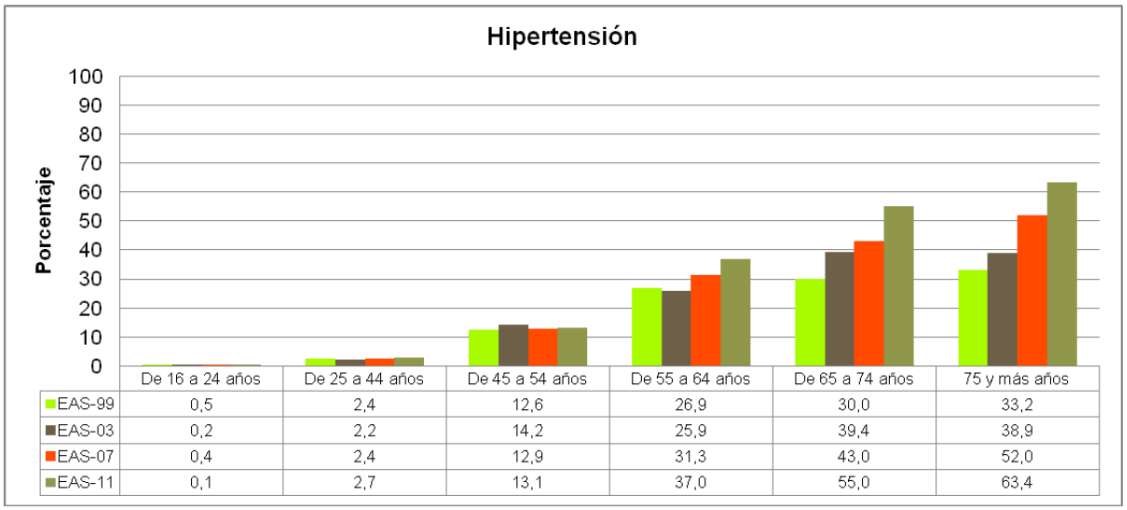
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
EAS-99	3,8	7,7	5,4	5,3	4,6	4,7	5,5	6,5
EAS-03	6,6	6,5	6,8	7,5	6,6	4,8	5,5	6,3
EAS-07	4,5	7,0	6,4	5,4	7,7	4,7	7,5	6,6
EAS-11	6,9	9,0	9,7	7,6	11,0	8,9	8,5	6,0

Ilustración 51. Prevalencia de personas diabéticas por provincia. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



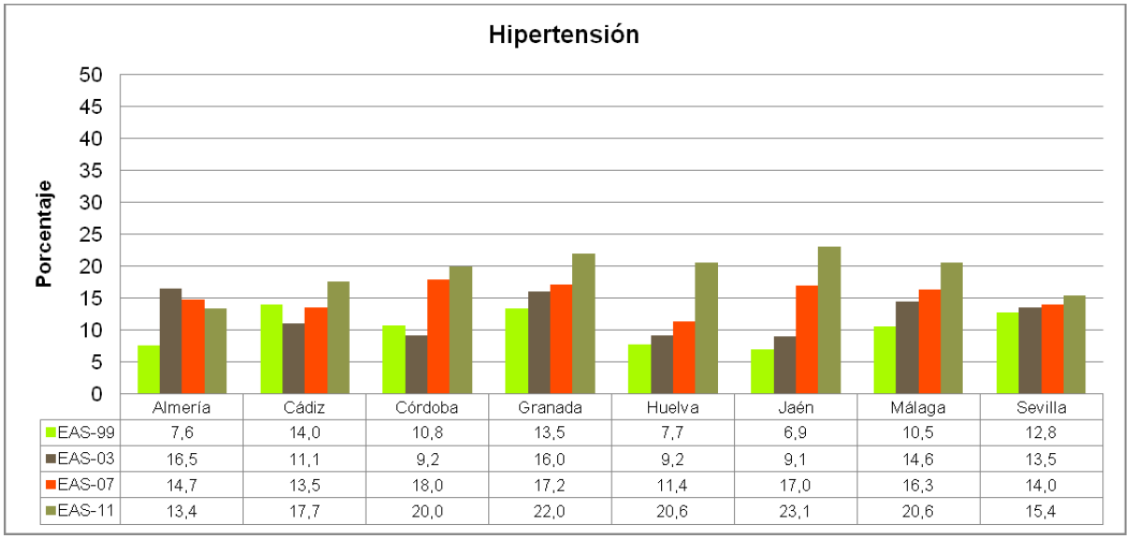
	Total	Hombre	Mujer
EAS-99	11,2	9,2	13,3
EAS-03	12,7	10,4	15,0
EAS-07	15,3	13,6	16,9
EAS-11	18,7	16,3	21,0

Ilustración 55. Prevalencia de personas hipertensas por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



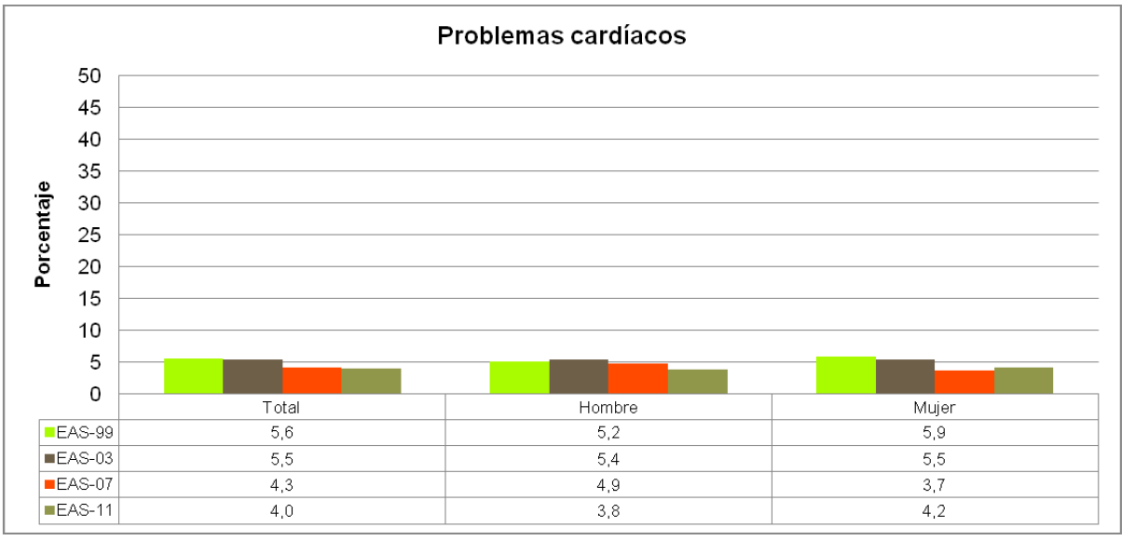
	De 16 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	75 y más años
EAS-99	0,5	2,4	12,6	26,9	30,0	33,2
EAS-03	0,2	2,2	14,2	25,9	39,4	38,9
EAS-07	0,4	2,4	12,9	31,3	43,0	52,0
EAS-11	0,1	2,7	13,1	37,0	55,0	63,4

Ilustración 56. Prevalencia de personas hipertensas por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



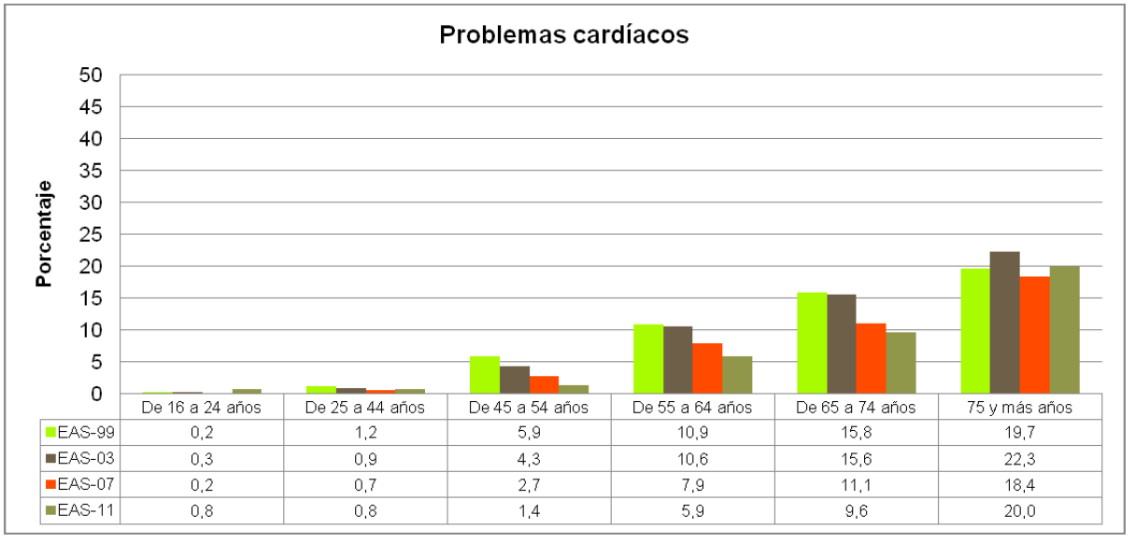
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
EAS-99	7,6	14,0	10,8	13,5	7,7	6,9	10,5	12,8
EAS-03	16,5	11,1	9,2	16,0	9,2	9,1	14,6	13,5
EAS-07	14,7	13,5	18,0	17,2	11,4	17,0	16,3	14,0
EAS-11	13,4	17,7	20,0	22,0	20,6	23,1	20,6	15,4

Ilustración 57. Prevalencia de personas hipertensas por provincia. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



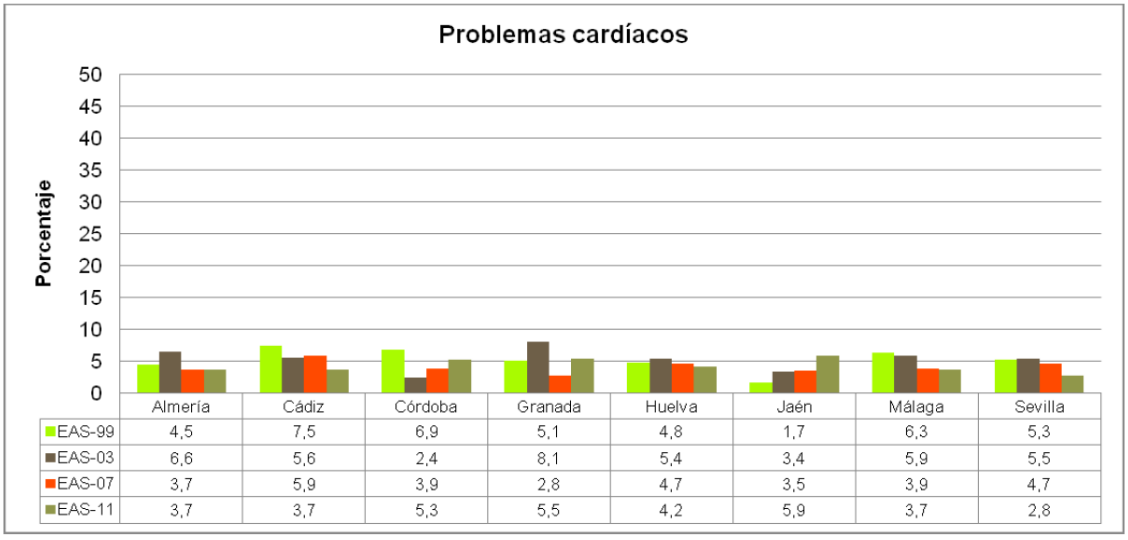
	Total	Hombre	Mujer
EAS-99	5,6	5,2	5,9
EAS-03	5,5	5,4	5,5
EAS-07	4,3	4,9	3,7
EAS-11	4,0	3,8	4,2

Ilustración 67. Prevalencia de personas con problemas cardiacos por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



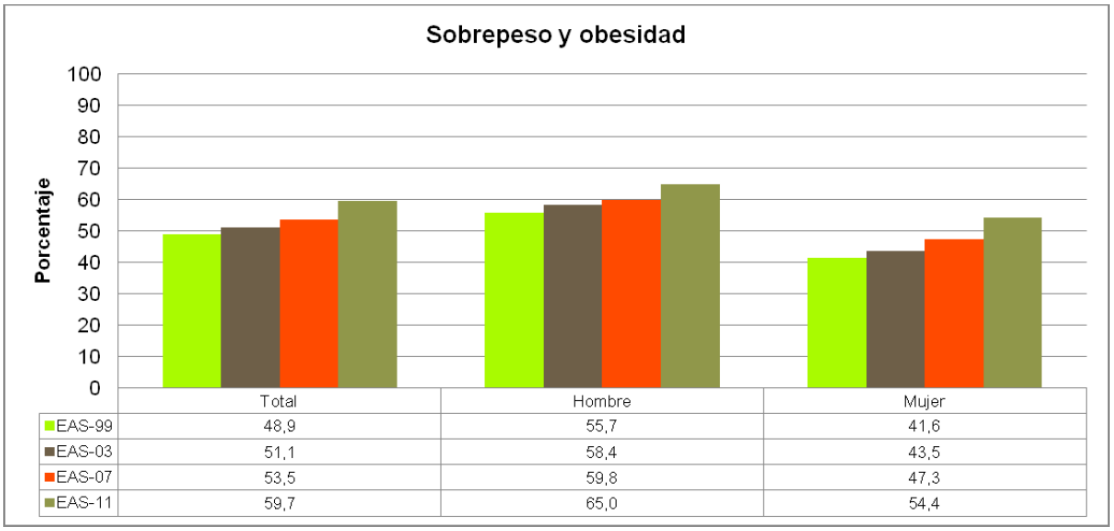
	De 16 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	75 y más años
EAS-99	0,2	1,2	5,9	10,9	15,8	19,7
EAS-03	0,3	0,9	4,3	10,6	15,6	22,3
EAS-07	0,2	0,7	2,7	7,9	11,1	18,4
EAS-11	0,8	0,8	1,4	5,9	9,6	20,0

Ilustración 68. Prevalencia de personas con problemas cardiacos por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



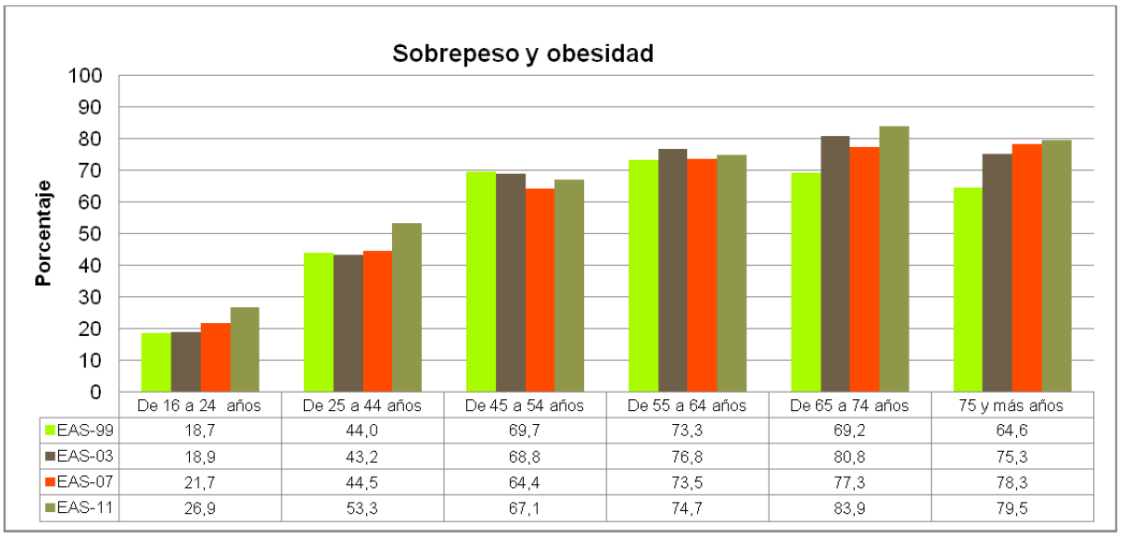
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
EAS-99	4,5	7,5	6,9	5,1	4,8	1,7	6,3	5,3
EAS-03	6,6	5,6	2,4	8,1	5,4	3,4	5,9	5,5
EAS-07	3,7	5,9	3,9	2,8	4,7	3,5	3,9	4,7
EAS-11	3,7	3,7	5,3	5,5	4,2	5,9	3,7	2,8

Ilustración 69. Prevalencia de personas con problemas cardiacos por provincia. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



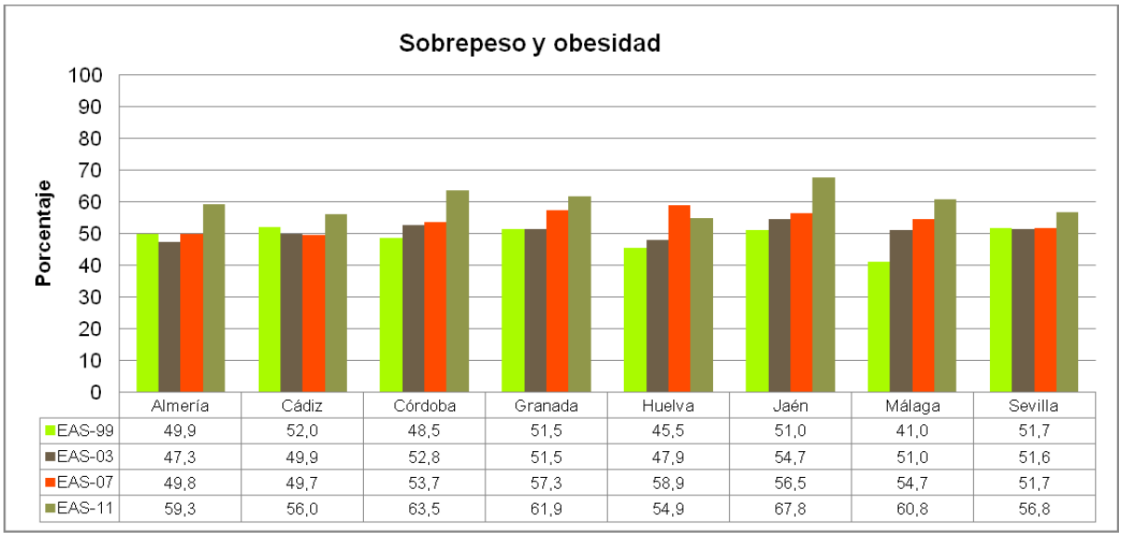
	Total	Hombre	Mujer
EAS-99	48,9	55,7	41,6
EAS-03	51,1	58,4	43,5
EAS-07	53,5	59,8	47,3
EAS-11	59,7	65,0	54,4

Ilustración 135. Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normopeso (sobrepeso más obesidad) por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



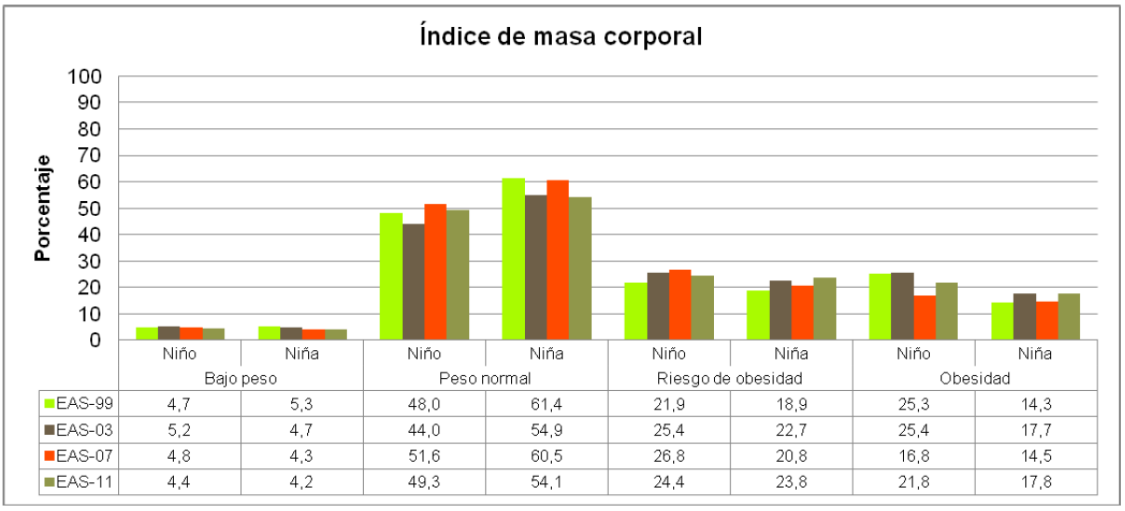
	De 16 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	75 y más años
EAS-99	18,7	44,0	69,7	73,3	69,2	64,6
EAS-03	18,9	43,2	68,8	76,8	80,8	75,3
EAS-07	21,7	44,5	64,4	73,5	77,3	78,3
EAS-11	26,9	53,3	67,1	74,7	83,9	79,5

Ilustración 136. Porcentaje de trabajadoras con índice de masa corporal superior al normopeso (sobrepeso más obesidad) por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



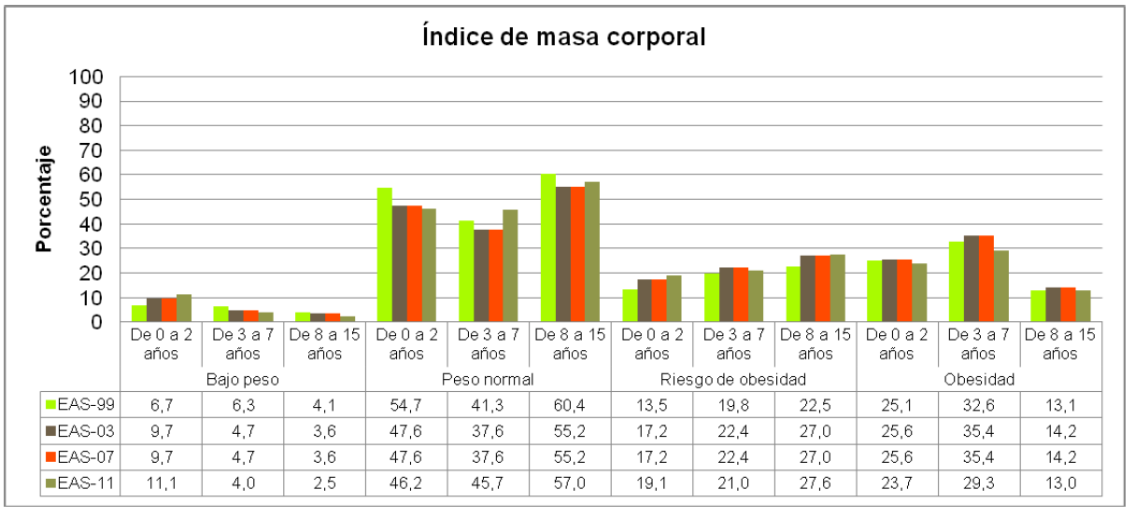
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
EAS-99	49,9	52,0	48,5	51,5	45,5	51,0	41,0	51,7
EAS-03	47,3	49,9	52,8	51,5	47,9	54,7	51,0	51,6
EAS-07	49,8	49,7	53,7	57,3	58,9	56,5	54,7	51,7
EAS-11	59,3	56,0	63,5	61,9	54,9	67,8	60,8	56,8

Ilustración 137. Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normopeso (sobrepeso más obesidad) por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



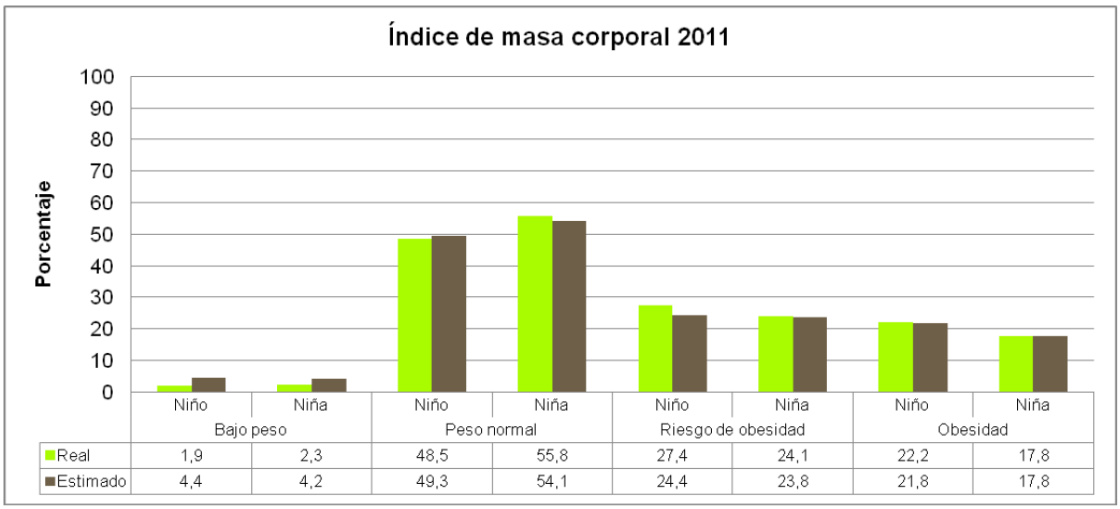
	Bajo peso		Peso normal		Riesgo de obesidad		Obesidad	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
EAS-99	4,7	5,3	48,0	61,4	21,9	18,9	25,3	14,3
EAS-03	5,2	4,7	44,0	54,9	25,4	22,7	25,4	17,7
EAS-07	4,8	4,3	51,6	60,5	26,8	20,8	16,8	14,5
EAS-11	4,4	4,2	49,3	54,1	24,4	23,8	21,8	17,8

Ilustración 347. Frecuencias de relación entre el peso y la altura por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



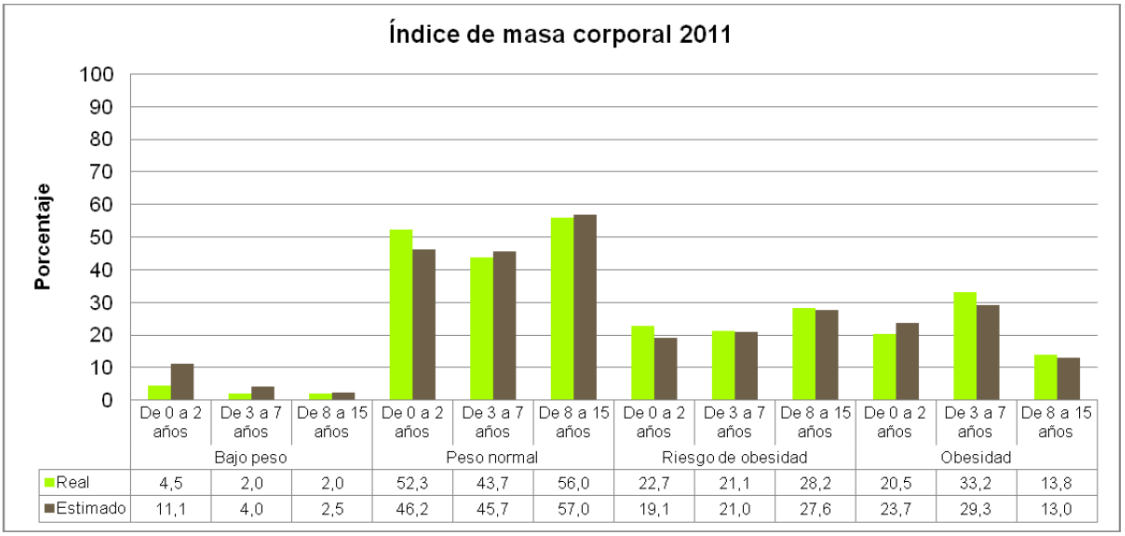
	Bajo peso			Peso normal			Riesgo de obesidad			Obesidad		
	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años
EAS-99	6,7	6,3	4,1	54,7	41,3	60,4	13,5	19,8	22,5	25,1	32,6	13,1
EAS-03	9,7	4,7	3,6	47,6	37,6	55,2	17,2	22,4	27,0	25,6	35,4	14,2
EAS-07	9,7	4,7	3,6	47,6	37,6	55,2	17,2	22,4	27,0	25,6	35,4	14,2
EAS-11	11,1	4,0	2,5	46,2	45,7	57,0	19,1	21,0	27,6	23,7	29,3	13,0

Ilustración 348. Frecuencias de relación entre el peso y la altura por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



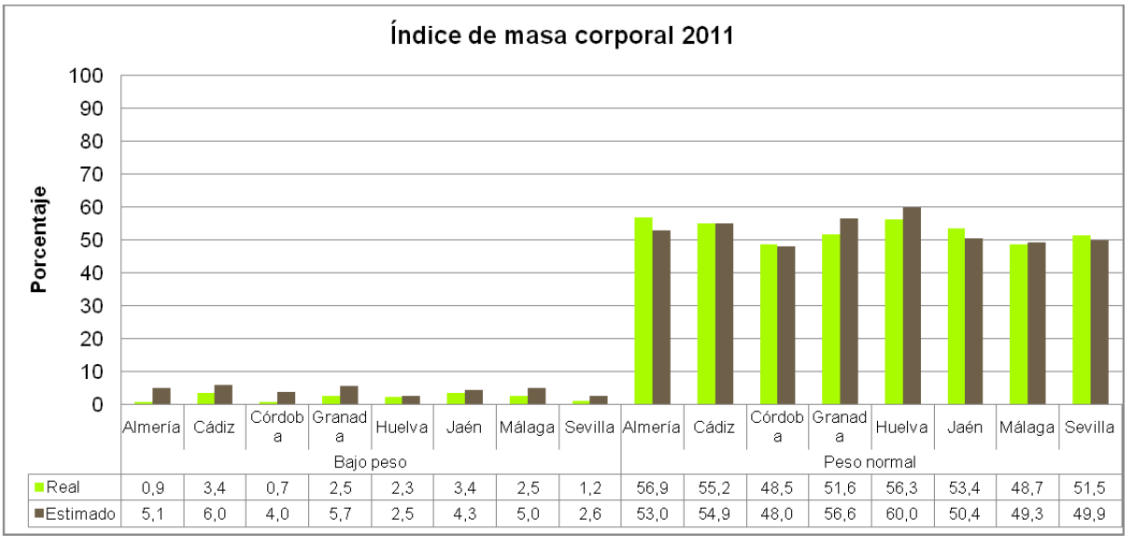
	Bajo peso		Peso normal		Riesgo de obesidad		Obesidad	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
Real	1,9	2,3	48,5	55,8	27,4	24,1	22,2	17,8
Estimado	4,4	4,2	49,3	54,1	24,4	23,8	21,8	17,8

Ilustración 353. Frecuencias de relación entre el peso y la altura real y estimada por sexo. Andalucía. Año 2011.



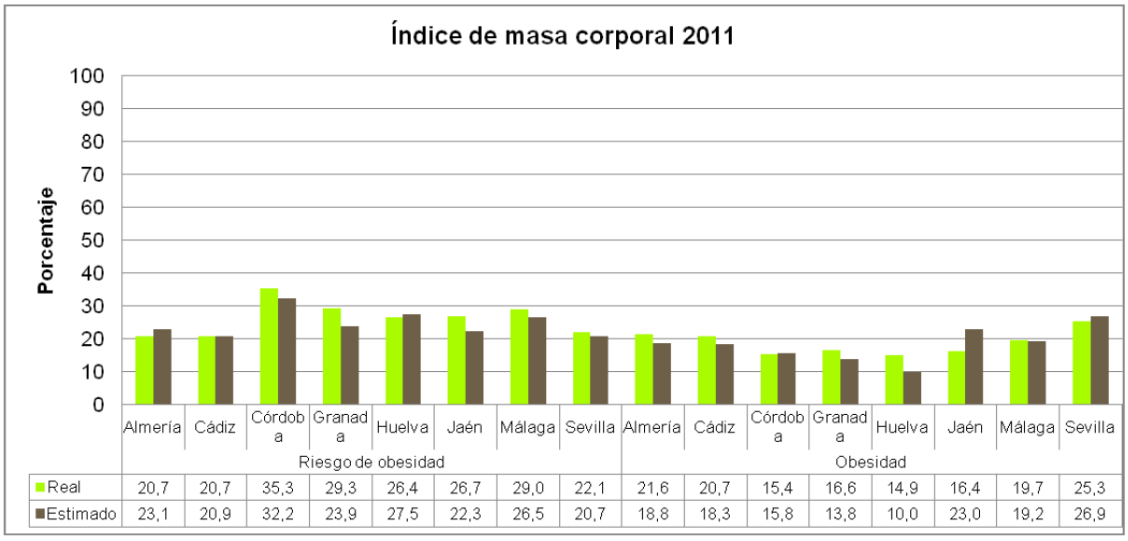
	Bajo peso			Peso normal			Riesgo de obesidad			Obesidad		
	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años	De 0 a 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 15 años
Real	4,5	2,0	2,0	52,3	43,7	56,0	22,7	21,1	28,2	20,5	33,2	13,8
Estimado	11,1	4,0	2,5	46,2	45,7	57,0	19,1	21,0	27,6	23,7	29,3	13,0

Ilustración 354. Frecuencias de relación entre el peso y la altura real y estimada por edad. Andalucía. Año 2011.



	Bajo peso								Peso normal							
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Real	0,9	3,4	0,7	2,5	2,3	3,4	2,5	1,2	56,9	55,2	48,5	51,6	56,3	53,4	48,7	51,5
Estimado	5,1	6,0	4,0	5,7	2,5	4,3	5,0	2,6	53,0	54,9	48,0	56,6	60,0	50,4	49,3	49,9

Ilustración 355. Frecuencias de relación entre el peso y la altura real y estimada por provincias. Andalucía. Año 2011.



	Riesgo de obesidad								Obesidad							
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Real	20,7	20,7	35,3	29,3	26,4	26,7	29,0	22,1	21,6	20,7	15,4	16,6	14,9	16,4	19,7	25,3
Estimado	23,1	20,9	32,2	23,9	27,5	22,3	26,5	20,7	18,8	18,3	15,8	13,8	10,0	23,0	19,2	26,9

Ilustración 356. Frecuencias de relación entre el peso y la altura real y estimada por provincias. Andalucía. Año 2011.

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA.

(Los datos se refieren a la población andaluza excepto en aquellos casos en los que se especifica que son referidos a la población española)

1. TABAQUISMO

Consumo de tabaco:

- Fuma diariamente: 36.1%

Consumo de tabaco según sexo:

- Fuma diariamente: 39.5% hombres y 32.5% mujeres

Consumo de tabaco según edad:

- Fuma diariamente:

Edad						
12-13	14-15	16-20	21-24	25-35	35-44	45-64
1.1 %	11.9 %	33.7 %	41.8 %	40.8 %	39%	35.1 %

Consumo de tabaco por sexo y edad en población adolescente:

- Fuma diariamente:

Sexo		Edad			
Hombre	Mujer	11-12	13-14	15-16	17-18
7 %	9.1 %	0.1 %	1.7 %	10.3 %	17.1 %

2. CONSUMO DE ALCOHOL

Consumo de alcohol:

- Último año: 74%
- Último mes: 58%
- Consumo diario: 8.9%

Consumo de alcohol según sexo y edad:

Consumo	Sexo	Edad

	Hombre	Mujer	12-13	14-15	16-20	21-24	25-34	35-44	45-64
Último año	80.6 %	67.2 %	9.2 %	48.6%	82 %	84.7%	81.8%	75.4%	71.7%
Último mes	67.8%	48 %	4 %	24.5%	63 %	67.3%	66.7%	56.3%	58.3%
A diario	14.2 %	3.4 %	0 %	0 .4 %	0.9 %	2.6 %	5.5 %	8 %	16.7%

Consumo de alcohol por sexo y edad en población adolescente:

Consumo	Sexo		edad			
	Hombre	Mujer	11-12	13-14	15-16	17-18
Todos los días	2 %	0.8 %	0.4 %	1 %	1.6 %	2.2 %
Todas las semanas	16.4 %	13.3 %	0.4 %	4.3 %	16.8%	34.4%
Todos los meses	11 %	13.1 %	0.6 %	5.3 %	17.8%	23.1 %

- La prevalencia más elevada de consumo de riesgo en población general se encuentra en el grupo de edad de 21 a 24 años y es mayor en hombre que en mujeres.

3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Cannabis:

- Consumo en el último mes: 8.5 %
- Consumo en los últimos 6 meses: 9.8 %
- Consumo según sexo en los últimos 6 meses: hombres-14 %, mujeres- 5.5%
- Consumo según sexo y edad en población adolescente (consumir 10 o más veces en el último año):

	15-16 años	17-18 años
Hombre	6.9 %	9 %
Mujer	5.9 %	7.5 %

Cocaína:

- Consumir alguna vez en la vida: 6 %
- Las prevalencias son notablemente más altas entre los hombres que entre las mujeres, tanto en consumo de prueba, esporádico y reciente.
- Prevalencia más alta respecto a la edad: consumo alguna vez en la vida- entre 25 y 34 años, consumo más reciente- entre 21 y 24 años.

Éxtasis y MDMA:

- Consumo alguna vez en la vida: 3.1 %
- Consumo en el último mes. 0.3 %
- El consumo está más extendido en hombres que en mujeres
- El consumo en el último mes presenta su prevalencia más alta en el grupo de 16- 20 años

Alucinógenos:

- Consumo alguna vez en la vida: 2.7 %
- Consumo en el último mes: muy reducido
- El consumo está más extendido en hombres que en mujeres
- El consumo en el último mes presenta su prevalencia más alta en el grupo de 25-34 años

Anfetaminas:

- Consumo alguna vez en la vida: 2.7 %
- El consumo está algo más extendido en hombres que en mujeres
- El consumo alguna vez en la vida presenta su prevalencia más alta en el grupo de 25-34 años.

Tranquilizantes (uso terapéutico):

- Consumo alguna vez en la vida: 11.4 %
- Consumo en el último año: 6.4 %
- El consumo está algo más extendido en mujeres que en hombres
- La prevalencia se incrementa con la edad.

Inhalables, GHB o “éxtasis líquido”:

- Consumo muy poco extendido y de marcado carácter ocasional
- Mayor consumo en hombres que en mujeres

Heroína:

- La prevalencia se mantiene de forma estable por debajo del 1%
- Mayor consumo en hombres que en mujeres

Hipnóticos y somníferos:

- Consumo alguna vez en la vida: 6.2 %
- Consumo en el último año: 4.2 %
- El consumo está algo más extendido en mujeres que en hombres
- La prevalencia se incrementa con la edad.

4. ALIMENTACIÓN

- el 59,7% de la población mayor de 16 años tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad),
- El peso superior al normal es mayor en los hombres (65%) que en las mujeres (54,4%).
- A medida que aumenta la edad, aumenta el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad.
- A medida que aumentan los niveles de estudios, ingresos y clase social, disminuye el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad

- Más de un 24% de los niños menores de 16 años están en situación de riesgo de obesidad y un 21,8% tienen obesidad. Las niñas tienen índices ligeramente inferiores, un 23,8% con riesgo de obesidad y un 17,8% con obesidad.

5. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

- El 26,8% de la población andaluza mayor de 16 años declara practicar ejercicio físico en su tiempo libre
- Las mujeres (31,1%) tienen una vida más sedentaria que los hombres (22,3%).
- A medida que aumenta la edad, aumenta la proporción de personas con trabajos o actividades habituales sedentarias, al igual que la vida sedentaria en el tiempo libre
- En general, el porcentaje de adolescentes que realiza actividad física 7 días a la semana es marcadamente menor en las chicas (13,8%) que en los chicos (28,3%).
- Se observa un descenso destacado en dichos porcentajes asociado a la edad. El descenso de la actividad física diaria ocurre en ambos sexos, manteniéndose a lo largo de todas las adolescencia siendo mayor el porcentaje de chicos que hacen actividad física sobre las chicas

6. HIGIENE BUCODENTAL

- Un 27,6% de la población andaluza mayores de 16 años acudieron al dentista en los últimos 6 meses, siendo el 30,2% mujeres y el 24,9% hombres.
- Las personas con edades comprendidas entre 16 y 24 años tuvieron el porcentaje más elevado de asistencia al dentista (33,8%), reduciéndose este porcentaje según avanza la edad, observando el mínimo valor para las personas mayores de 75 años (11,7%).
- Respecto a la población menor de 16 años, el porcentaje de niñas que tuvieron una higiene bucodental a diario es 78,4%, frente a un 74,7% de niños.
- El porcentaje de menores cuya higiene bucodental es diaria aumenta cuanto mayor es la edad, pasando de un 51,2% de 0 a 2 años a un 82,1% de 8 a 15 años

7. CONDUCTA SEXUAL

- En general, en la población española, los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres.
- La edad media de inicio para los hombres y las mujeres es de 17-18 años,
- Se incrementa el uso de anticonceptivos hasta el 75% para ambos sexos respecto a las parejas estables que es de un 50,4% para los hombres y un 55,5% para las mujeres.
- El uso del preservativo masculino es el método más utilizado, seguido de la píldora.
- Un 22,2% de los hombres y un 18,6% de las mujeres no se protegen de las ITS en sus relaciones esporádicas u ocasionales.

- Relaciones sexuales coitales en la población andaluza adolescente: El porcentaje de chicas que dice haber mantenido relaciones sexuales coitales es ligeramente superior (44,4%) que el de los chicos (43,2%)
- La existencia de relaciones sexuales coitales es mayor en el grupo de 17-18 años que en el de 15-16 años

PLANES, PROGRAMAS, PROYECTOS Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.

- Plan de Intervención en zona necesitadas de transformación social
- Grupos socioeducativos
- Abordaje de la obesidad infantil
- Abordaje del tabaquismo
- Consejo Dietético
- Proyecto Por un millón de pasos
- Programa Aprende a Sonreír
- Programa Sonrisitas
- Programa Alimentación saludable en la escuela
- Programa A no fumar me apunto
- Programa Forma Joven
- Plan de Consumo de fruta en la escuela

UNIDAD DE PROTECCIÓN DE LA SALUD – SALUD PÚBLICA

Protección de la Salud

* Datos sobre Inspecciones alimentarias: total año 588 inspecciones basadas en riesgo. Tan solo se han generado 7 expedientes sancionadores por no subsanar deficiencias.
* Instalaciones de alto riesgo de proliferación de legionelosis: 96
* Nº puntos de muestreo de aguas de baño: 0

Control de Instalaciones de riesgo legionella

* Instalaciones registradas y tipos: 96
* Control en instalaciones públicas: 4
* Vigilancia y Control 46

Expedientes sancionadores medioambientales

Legionela: 1
Piscinas: 2
Zonas de Abastecimiento: 1

PLANES, PROGRAMAS, PROYECTOS Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.

Planes

Plan Andaluz de Salud ambiental.

Planes Plurianuales.

Plan de Auditorías.

Plan de inspección basado en riesgo
Plan para la supervisión de los sistemas de autocontrol
Plan de control de peligros biológicos en productos alimenticios
Plan nacional de investigación de residuos
Plan de control de contaminantes y sus residuos.
Plan de Alergenos.
Plan de control de peligros químicos en productos alimenticios
Plan de Control de mataderos y establecimientos de inspección permanente.

Programa autorizaciones sanitarias
Programa alertas
Programa denuncias
Programa de Certificaciones a demanda.
Programa de establecimientos y servicios biocidas
Programa de seguridad química 2010-2012
Programa de vigilancia sanitaria de aguas de consumo
Programa de piscinas de uso colectivo
Programa de prevención de legionelosis
Programa de incidencias de la fauna.
Programa de evaluación de menús escolares
Programa de Control de animales agresores.

Cartera de Servicios

1.- Control oficial, vigilancia y evaluación del riesgo en empresas, establecimientos, instalaciones, productos, servicios, actividades y entornos (espacios y zonas) regulados por una normativa sanitaria en el ámbito de la seguridad alimentaria y salud ambiental:

- •Actuaciones de vigilancia programadas y no programadas
- • Inspecciones
- •Actuaciones de verificación
- •Auditorías/Supervisiones
- •Toma de muestras y Gestión de las mismas
- •Medidas cautelares o de intervención como agentes de la autoridad sanitaria
- •Informes sanitarios
- •Planes/programas/proyectos específicos establecidos por la Consejería de Salud
- •Específicas en mataderos, salas de tratamiento de caza silvestre y salas de tratamiento de carne de reses de lidia.

2.- Autorizaciones sanitarias de carácter alimentario o ambiental, reguladas por la normativa legal, para empresas, establecimientos, instalaciones, productos, servicios y actividades reguladas.

3.- Informes preceptivos y/o vinculantes sobre proyectos y/o puesta en marcha de actividades recogidos en una disposición legal en el ámbito de la seguridad alimentaria y salud ambiental.

4.- Certificados sanitarios oficiales en el ámbito de la seguridad alimentaria y salud ambiental.

5.- Detección, actuaciones y resoluciones en Alertas Alimentarias y Ambientales.

6.-Denuncias. Ámbito competencial. Comprobación, Inspección y Comunicación.

7.- Diseño, desarrollo y/o participación en programas y actividades de información, formación y educación para la salud relacionadas con los hábitos y entornos saludables: tabaco, valoración de dietas…

8.- Participación en programas y actividades de prevención de enfermedades transmitidas por animales y en riesgos asociados a la fauna, así como en los estudios epidemiológicos de los mismos.

9.- Vigilancia en salud pública y sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública distintas de las incluidas en el apartado 5 (identificación y evaluación de riesgos para la salud e identificación y respuesta ante la aparición de brotes alimentarios y ambientales).

10.- Participación en la evaluación epidemiológica de los riesgos alimentarios y ambientales.

11.- Formación: desarrollo, colaboración y participación en las actividades de formación continua

12.- Investigación: Dentro de las líneas prioritarias de investigación que establezcan la Consejería de Salud y el SAS: diseño, liderazgo y participación en proyectos de investigación

13.- Docencia en actividades de formación incluidas en el plan de formación de la Consejería de Salud
14.- Otras actividades expresamente autorizadas en el Acuerdo de Gestión.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA INTERVENCIONES CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS

La Secretaría General de Salud Pública y Participación del Servicio Andaluz de Salud en el documento sobre medidas para disminuir la mortalidad recientemente editado realiza una breve valoración sobre la desigualdad en la mortalidad destacando que en la interpretación de los mapas dinámicos sobre mortalidad en los municipios de Andalucía es necesario tener en consideración los siguientes hechos:

1. La mortalidad que se está produciendo actualmente es expresión de la exposición a factores de riesgo durante diferentes plazos según la causa de muerte:

- Largo plazo, es decir décadas de exposición a los factores de riesgo conocidos como tabaquismo, obesidad, etc., para la mortalidad por cáncer y cardiovasculares.
- Medio plazo, al menos cinco años para el Sida, ya que el efecto de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) empezó a reducir la letalidad a finales de la década de los 90.
- Corto plazo para los accidentes, en los que existe un tiempo muy corto entre la exposición y el efecto.

Esto significa que las medidas para reducir la mortalidad a corto, medio y largo plazo han de ser diferentes según el tiempo necesario para que la medida surta efecto.

2. La distribución geográfica de las distintas causas de muerte no expresa diferencias geográficas de origen biológico en las causas de muerte, sino fundamentalmente dos hechos relevantes:

- La trayectoria de las desigualdades en los determinantes socioeconómicos de la mortalidad, que son los que se distribuyen de forma desigual en la geografía andaluza y cuya modificación requiere de la actuación del conjunto de la sociedad.
- La desigual oferta de las actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras cuya modificación recae fundamentalmente en el SSPA, aunque también puede ser necesaria la contribución de otros sectores como los gobiernos locales, el movimiento asociativo, etc.
- El desigual compromiso territorial del conjunto de lo actores involucrados en la acción intersectorial para la prevención de las causas de muerte

Así, pues, las medidas que se han de adoptar con carácter local no han de dirigirse necesariamente a factores que son particulares y exclusivos de determinados entornos geográficos, sino a reducir desigualdades sociales que determinan diferencias significativas en cuanto a las posibilidades de optar por estilos de vida más saludables, al riesgo de enfermar que esas opciones determinan y, por otra parte, a minimizar la desigual oferta de prestaciones preventivas, diagnósticas, curativas y rehabilitadoras que ofrece el sistema de salud.

Igualmente en dicho documento se destaca que existe abundante literatura científica sobre el papel que juegan las desigualdades sociales en los estilos de vida y su repercusión sobre la carga de enfermedad, por lo que a la luz de las evidencias científicas disponible y en base a las políticas vigentes en la Unión Europea sobre Salud en Todas las Políticas, las medidas que se adopten deben orientarse prioritariamente a:

1. Impulsar el diagnóstico precoz en aquellas enfermedades en que existen evidencias sobre la efectividad de las medidas de este tipo de diagnóstico.
2. Mejorar la calidad de los tratamientos preventivos, curativos y rehabilitadores aplicados a las personas ya enfermas.
3. Promover la actuación intersectorial para aunar esfuerzos de todos los actores presentes en el nivel local (gobiernos locales, servicios de salud y la propia comunidad).

Ahora bien, de acuerdo a los estudios sobre determinantes de la salud, el 42 % de la carga de la enfermedad podría deberse a condiciones sociales y estilos de vida y un 11 % a factores modificables por los servicios de salud. Esto es importante de destacar ya que las medidas que se diseñen deben ser ejecutadas de manera interdisciplinaria e involucrando a organismos e instituciones tanto públicas como privadas que conlleven a modificaciones de los determinantes sociales y de hábitos de vida, así como la continua mejora y adaptación en el funcionamiento del sistema de salud.

Esto último pone en relieve el papel del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) dada su capacidad de ofertar medidas preventivas, curativas y rehabilitadoras previstas en los planes integrales y en los procesos asistenciales integrados, instrumentos con los que ya cuenta el SSPA dirigidos fundamentalmente a las poblaciones andaluzas con mayor riesgo y necesidad

A continuación se exponen posibles medidas de intervención dirigidas a las tres causas priorizadas de acuerdo a los resultados del análisis ejecutado, recalcado anteriormente, y en consonancia con los objetivos propuestos para el presente estudio.

DIABETES MELLITUS

La diabetes tipo 2 afecta más a adultos cada vez más jóvenes, y en ellos fundamentalmente los factores de riesgo principales son la obesidad y la inactividad física por lo que la prevención de tipo primario es esencialmente lo más apremiante para combatir dichos factores.

Se ha podido determinar que el cumplir las siguientes cinco medidas de estilo de vida se puede reducir el riesgo relativo de diabetes tipo 2 sustancialmente:

1. IMC < 25 kg / m^2.
2. Alta ingesta de fibra y grasa poliinsaturada y baja en trans y carga glucémica
3. Participación en actividad física al menos moderada, mayor o igual a 1 hora al día
4. No fumar
5. Consumo moderado de alcohol (0,5 bebidas / día)

Con respecto a la prevención secundaria el U.S. Preventive Task Force hace las siguientes recomendaciones para el cribado sistemático de diabetes tipo 2:

Intervención	Fuerza de la evidencia	Observaciones
Cribado rutinario de la diabetes en personas asintomáticas	Recomendación tipo "I": no hay evidencia a favor o en contra	No hay evidencia de beneficios del cribado universal. La decisión queda a criterio médico.
Personas con hipertensión o hipercolesterolemia	Recomendación tipo "B": recomienda el cribado sistemático	El cribado aquí debe formar parte de una actuación integrada para reducir el riesgo cardiovascular.

La ADA recomienda hacer el cribado a partir de una edad (> 45 años) sobre todo en individuos con IMC > 25 kg/m^2; si es normal, se debe repetir

cada 3 años. Dicho cribado también es recomendable en menores de esa edad con sobrepeso y otro factor de riesgo para diabetes. Como prueba se recomienda la glucemia en ayunas y repetirlo cada vez que sea positivo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007 publicó la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud en la que se propugna un enfoque integrado que combine la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes en consonancia a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud.

En dicho documento se recogen las siguientes recomendaciones:

1. Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria:
    a. Desarrollar sistemas de registros adecuados y homogéneos, que permitan impulsar los mecanismos de identificación de la población de riesgo, con el fin de disponer de información relevante para la prevención primaria de la DM.
    b. Definir y desarrollar pautas de intervención sobre factores de riesgo (en coordinación con la prevención de riesgo cardiovascular, obesidad y algunos tipos de cáncer) de carácter homogéneo, que permitan su seguimiento y evaluación en el Sistema Nacional de Salud
    c. Recomendar activamente a la población que la ingesta de grasas aturadas no supere el 10% del total de energía y que sea inferior al 7% de la energía total para los grupos de alto riesgo.
    d. Elaborar y distribuir material informativo sobre la DM y su prevención en centros de salud, ayuntamientos, centros educativos y asociaciones, etc.
    e. Introducir contenidos de calidad nutricional en las inspecciones a comedores colectivos.
    f. Potenciar convenios de colaboración con autoridades educativas tanto en materia alimentaria como deportiva.
    g. Favorecer y potenciar convenios de colaboración con asociaciones de empresarios de la industria alimentaria para mejorar la calidad nutricional.
    h. Desarrollar convenios de colaboración con las autoridades responsables del deporte para habilitar instalaciones que permitan el desarrollo adecuado de actividades físicas.

2. Diagnóstico precoz:

    a. Fomentar la detección sistemática de factores de riesgo: dislipemia, obesidad, diabetes gestacional, HTA, tabaquismo, y plantear necesidades e indicaciones del test de tolerancia oral a la glucosa.
    b. Realizar una determinación de glucemia con periodicidad anual en todas las personas con factores de riesgo de DM tipo 2.
    c. Considerar en el diagnóstico la posibilidad de otros tipos de diabetes, tales como LADA o MODY.

d. Realizar cribado universal a toda gestante para detectar diabetes gestacional mediante el test de O'Sullivan y TTOG si procede.
e. Sensibilizar a la población general y a los grupos en riesgo de padecer diabetes de la importancia de realizar un diagnóstico precoz para evitar y disminuir el riesgo de complicaciones.
f. Informar a la población general sobre los síntomas típicos de DM tipo 1.
g. Utilizar/fomentar el uso de sistemas de alerta informáticos, que faciliten al profesional la identificación de los pacientes que deben ser incluidos en el cribado, así como de los resultados anómalos del laboratorio.
h. Incluir la detección de DM en las actividades preventivas de Atención Primaria y de Salud Laboral.
i. Potenciar y continuar con el cribado de diabetes gestacional durante la atención del embarazo.

3. Tratamiento y seguimiento
   a. Sistematizar el seguimiento de los pacientes para evitar el desarrollo de complicaciones según las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
   b. Establecer protocolos consensuados de actuación y coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada.
   c. Promover la accesibilidad a nivel del SNS mediante las siguientes medidas:
      – Favorecer la asistencia global en un solo acto clínico.
      – Desarrollar y extender los programas de dispensación crónica de medicación.
      – Ampliar la asistencia mediante aplicaciones telemáticas o consulta telefónica.
   d. Facilitar información sobre los recursos y las asociaciones disponibles para el diabético.
   e. Facilitar el acceso a servicios y prestaciones a la población diabética con características socioculturales específicas.
   f. Establecer actividades de mejora continua en la coordinación entre niveles asistenciales en aspectos de educación sanitaria, actualización de conocimientos, satisfacción de profesionales, satisfacción de pacientes, etc.
   g. Protocolizar la actuación de los servicios de urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) en el inicio de la diabetes.
   h. Desarrollar y evaluar modelos de atención a enfermedades crónicas como gestión de procesos, gestión de enfermedades y otros.

4. Abordaje de complicaciones y situaciones especiales
   a. Garantizar el tratamiento adecuado de las complicaciones crónicas de la DM (retinopatía, nefropatía, enfermedades cardio y cerebrovasculares, y neuropatía diabética), facilitando la accesibilidad del paciente a los recursos necesarios para la detección precoz y cribado de posibles complicaciones, control y

seguimiento adecuado desde el inicio de la complicación, así como el tratamiento adecuado de las complicaciones crónicas.

b. Promover la cooperación clínico-asistencial entre los profesionales implicados, mediante protocolos consensuados y medidas de coordinación multidisciplinar para el abordaje de la detección precoz, cribado, tratamiento y seguimiento de las complicaciones crónicas.
c. Realizar seguimiento, evaluación y actualización de las recomendaciones contempladas en las guías de práctica clínica con evidencia científica demostrada.
d. Favorecer el abordaje multifactorial de la DM complicada (ceguera, rehabilitación, ortesis, diálisis, trasplante renal, etc.), mediante el desarrollo de equipos multidisciplinares (enfermería de Atención Primaria y Especializada, representantes de la Administración y asociaciones de usuarios y afectados).
e. Facilitar el abordaje adecuado de la diabetes pregestacional mediante:
   – Planificación adecuada del embarazo, realizando control metabólico con cifras de Hb C menores de 6,5 durante tres meses, con el objeto de evitar malformaciones fetales.
   – Planificación familiar óptima, ajustando la elección de los medios anticonceptivos a la presencia de diabetes.
f. Favorecer el manejo adecuado de la diabetes gestacional:
   – Garantizar el *screening* adecuado mediante el test de O'Sullivan y TTOG si procede.
   – Garantizar el manejo y tratamiento de las gestantes según los criterios de la Sociedad Española de Diabetes y las recomendaciones de guías específicas.
   – Establecer mecanismos de coordinación entre Médicos de Familia, Matronas y Especialistas en Endocrinología y Ginecología para garantizar el abordaje integral de las gestantes diabéticas.
g. Potenciar la atención continuada del niño o niña con diabetes entre niveles asistenciales.
h. Asegurar la educación diabetológica a los padres y tutores, para garantizar el adecuado autocontrol de la diabetes por el niño.
i. Promover medidas de atención especial a los niños y niñas diabéticos en circunstancias fuera de su ámbito familiar (colegios, campamentos, actividades infantiles, etc.), así como apoyo en su adaptación física, social y emocional a la enfermedad.
j. Facilitar el cuidado a los ancianos diabéticos incapacitados para el control de su diabetes mediante la capacitación y apoyo de sus cuidadores.
k. Potenciar la atención continuada a los pacientes ancianos, especialmente aquellos de alto riesgo y geriátricos.
l. Favorecer la atención integral al paciente diabético hospitalizado por causas ajenas a su diabetes, mediante la participación en su asistencia de profesionales expertos en diabetes.

m. Elaborar e implantar protocolos consensuados con los servicios quirúrgicos (anestesia y especialidades quirúrgicas) para el abordaje integral de los pacientes diabéticos.

5. Formación, Investigación e Innovación
    a. Facilitar el acceso de los profesionales a cursos de formación para adquirir y mantener su capacitación en el abordaje de la DM.
    b. Promover formación que incluya al menos las siguientes áreas: educación diabetológica, promoción y prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de las complicaciones.
    c. Potenciar la interconsulta entre Atención Primaria y Especializada, utilizándola como herramienta formativa.
    d. Incluir la DM como tema prioritario en las convocatorias públicas de investigación de las diferentes CC.AA.
    e. Establecer una estructura estable de investigación en red sobre la DM en España, a nivel interautonómico, con evaluación periódica y reglas definidas de funcionamiento. Esa estructura deberá aprovechar la experiencia de las redes temáticas de investigación cooperativa de centros promovidas desde el Instituto de Salud Carlos III.
    f. Poner en marcha unidades y grupos de investigación integrada de la DM en Atención Primaria y en Atención Especializada de las distintas Comunidades Autónomas, que permita una integración funcional y efectiva entre los investigadores y las labores investigadoras a nivel clínico, básico, epidemiológico y asistencial. Impulsar los trabajos para favorecer la implantación de células beta, islotes de páncreas y células madre.

Por otro lado, en el documento anteriormente señalado de la Secretaría General de Salud Pública y Participación del Servicio Andaluz de Salud sobre recomendaciones para disminuir la mortalidad por diabetes se puede precisar lo siguiente:

- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida - especialmente las específicas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo – descritas en la tabla “Intervenciones sobre los estilos de vida26” (última tabla de este documento).
- Establecer medidas para mejorar el acceso a la información sobre la diabetes, sus factores de riesgo y su prevención, en la población de los municipios con mayores tasas.
    a. En coordinación con el PIDMA, las Delegaciones Provinciales de Salud promoverán estrategias de comunicación destinadas a las poblaciones de los municipios con mayor afectación por este problema en las que se fomentará la participación activa de los GGLL, las asociaciones, los servicios médicos de empresas, las mutuas, etc.

- Garantizar un adecuado acceso a la información sobre la enfermedad de las personas afectadas, y facilitar intervenciones para promover la participación de estas personas en el cuidado y control de la diabetes.
    a. El papel de las Delegaciones Provinciales de Salud para el logro de esta medida es similar al anterior.
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Plan Integral de Diabetes y los Procesos Asistenciales Integrados de diabetes:
    a. En todas las personas diagnosticadas: Hacer al menos una HbA1c y una exploración de los pies anualmente.
    b. Garantizar que los pacientes con obesidad y sobrepeso sigan tratamiento con metformina.
    c. Tratar a todas las personas con diabetes y enfermedad cardiovascular con ácido acetil salicílico a dosis antiagregantes.
    d. El desarrollo de estas acciones corresponde al SSPA.

ALZHEIMER

El World Health Report publicado en el año 2001 ofrecía las siguientes recomendaciones específicas para la mejora de los cuidados a los pacientes con enfermedad mental, así como medidas preventivas para favorecer la salud mental de los ciudadanos sobre todo aquellos con mayor riesgo de padecer este tipo de trastorno.

A continuación se enumeran los mismos:

- Posibilitar el tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria
- Asegurar la accesibilidad a los fármacos psicotrópicos esenciales
- Aumentar el tratamiento de personas con trastorno mental grave dentro de los servicios psiquiátricos comunitarios
- Educar a la población en los aspectos relativos a la salud mental
- Implicar a la comunidad, familias y usuarios del sistema de salud en el cuidado a la salud mental
- Establecer políticas nacionales
- Establecer programas y legislación en salud mental
- Desarrollar recursos humanos apropiados
- Vincular el sistema de salud mental con otros sectores sanitarios y no sanitarios

- Desarrollar mecanismos de información y monitorización y fomentar la investigación relevante

Por su parte la Secretaría General de Salud Pública y Participación del Servicio Andaluz de Salud en el documento anteriormente reseñado y recientemente ofrecido para el presente análisis a todos las AGS y Distritos Sanitarios igualmente, y en base al grado de evidencia actualmente disponible, enumera una serie de recomendaciones orientadas a disminuir la incidencia de la mortalidad por distintas patologías y entre ellas las dirigidas a la demencia. Entre las mismas destacan:

- Reforzar la atención social especializada, mediante una oferta adecuada de plazas en unidades de estancia diurna y centros residenciales, según los requerimientos de atención cada persona y cada familia, así como de sus preferencias.

- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las actividades de cuidados paliativos establecidas en el PAI de Cuidados Paliativos en los hospitales y distritos sanitarios.

- Establecer medidas de información sobre la enfermedad y de asesoría, dirigidas a las personas afectadas y a las familias que las cuidan, así como facilitar el contacto con las asociaciones de familiares.

- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Plan Andaluz de Alzheimer y el Proceso Asistencial Integrado de Demencias, tanto en lo que se refiere a pacientes como a personas cuidadoras:
  - Evaluar todos los cambios cognitivos y conductuales sospechosas y las pérdidas de memoria.
  - Hacer la valoración neurológica antes de 3 semanas.
  - Hacer TAC craneal a quienes presenten 1 o más de los 11 criterios de indicación.
  - Evaluar el tratamiento farmacológico cada 2-4 meses inicialmente y cada 6 meses después.

Este mismo documento señala que no hay ninguna intervención con efectividad demostrada para reducir la incidencia de demencias ni su letalidad, sin embargo se pueden mejorar los síntomas, reducir las complicaciones que conducen a la muerte por otras causas y mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras

CÁNCER DE COLON

- Programas de detección precoz
    - Cribado a mayores de 50 años: sangre oculta en heces y/o sigmoidoscopia.
    - Evidencia en la reducción de la mortalidad en un 15 – 30 % y su incidencia en un 20 %, merced en la detección temprana de pólipos precancerosos.
- Antecedentes de historia familiar de riesgo o síndromes asociados a alto riesgo de cáncer de colon (Ej. Poliposis adenomatosa familiar, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, etc.):
    - Remitir al especialista para su evaluación continua y consejo

En el documento anteriormente destacado de la Secretaría General de Salud Pública y Participación del Servicio Andaluz de Salud sobre recomendaciones para disminuir la mortalidad por cáncer de colon se extraen lo siguiente:

- Poner en marcha un programa de atención a familias con cáncer de colon hereditario no asociado a polipolisis (HPNCC).

- Intensificar las acciones específicas para mejorar los estilos de vida, especialmente las específicas contra el tabaquismo, la obesidad y el consumo de carnes rojas descritas en la tabla “Intervenciones sobre los estilos de vida” (ver más adelante)

- Implantar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cáncer colorrectal en los hospitales y distritos donde aún no esté implantado.

- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el PAI de cáncer colorrectal en los hospitales y distritos sanitarios donde ya esté implantado, específicamente:

  - Ante la sospecha clínica, diagnóstico cierto o recidiva de CCR: Remitir el paciente al Digestólogo/Cirujano del hospital de referencia de acuerdo a los procedimientos consensuados. Si el tacto rectal es positivo: derivar con carácter preferente y atender al paciente en un plazo no superior a 10 días hábiles. En los demás casos: atender al paciente en un plazo no superior a 14 días hábiles.

- Realizar la valoración en la Consulta de Oncología Radioterápica en un plazo inferior a una semana. Hacer la primera revisión al mes de finalizado el tratamiento específico y continuar con las revisiones recomendadas.
- Realizar una evaluación a los pacientes operados con analítica y TAC anual durante 5 años para detectar recidivas y un seguimiento con una primera colonoscopia a los 6 meses de la intervención si la primera no fue completa, a los tres años si fue completa y posteriormente cada cinco años hasta los 75 años. En las personas operadas de cáncer de recto (Estadio II y III): realizar un control de resultado quirúrgico precoz al mes del alta hospitalaria. Evaluar el Antígeno Carcinoembrionario (CEA) cada tres meses durante tres años y, anualmente, dos años más, y cada seis meses hacer una rectoscopia rígida durante tres años, realizando opcionalmente ecografía endorrectal o endovaginal. Cada año, durante cinco años, hacer TAC y Rx de tórax.

INTERVENCIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA

Los hábitos de salud o estilos de vida se tratan de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Es el grupo que más influencia tiene en la salud. Entre los más importantes destacan:

1. Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos.
2. Sedentarismo y falta de ejercicio.
3. Mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal.
4. Situaciones psíquicas generadoras de morbilidad; situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa.
5. Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria

En consonancia con lo anterior en el documento sobre medidas para disminuir la mortalidad se establecen posibles intervenciones destinadas a reducir factores de riesgo derivados de hábitos o estilos de vida de acuerdo a evidencias ampliamente documentadas en la bibliografía, a saber:

- Promover, junto a las entidades e instituciones locales, la realización de un análisis del entorno, que valore las condiciones del municipio para facilitar estilos de vida saludables (espacios de ocio y actividad física, cumplimiento de la normativa sobre tabaquismo, etc.).

- Intensificar la exigencia de cumplimiento de la legislación sobre consumo y venta de tabaco (inspección, denuncia ciudadana, ejecución de sanciones).

- Intensificar la captación de personas fumadoras para terapia individual de deshabituación tabáquica a través de Quit line y grupal multicomponente.

- Promover actuaciones con las empresas y entidades locales para incorporarlas al programa Empresas Libres de Humo.

- Ofertar el consejo dietético básico y avanzado sobre alimentación y actividad física en los centros de salud, con especial énfasis en el control de los contenidos en sal y grasas.

- Fomentar la oferta de menús saludables en el marco de la restauración colectiva: ámbito escolar, comedores colectivos institucionales públicos y privados.

- Implantar en los centros de salud la intervención breve para la prevención y detección precoz del consumo excesivo y la dependencia del alcohol y la correcta derivación de los pacientes que requieran tratamiento de desintoxicación o terapia de deshabituación.

- Promover y facilitar que las asociaciones y entidades locales desarrollen programas comunitarios de mejora de los estilos de vida (talleres de alimentación saludable, grupos para andar, etc.).

- A las personas fumadoras que sean diagnosticadas de alguno de los problemas de salud abordados en este documento (especialmente cualquier tipo de cáncer y enfermedad coronaria): Ofertar la terapia de deshabituación antes del alta y en caso de aceptar, derivarlas a las Unidades de Apoyo a la Deshabituación tabáquica de su Distrito.

CÁNCER DE MAMA FEMENINO

- Evaluar la cobertura del programa de cribado de cáncer de mama, con objeto de conocer el margen de mejora y trabajar conjuntamente entre los Distritos Sanitarios, los ayuntamientos y las entidades locales para mejorar las medidas de captación. Las entidades ciudadanas

(inmigrantes) pueden cumplir un papel importante en la captación de mujeres inmigrantes en el programa de cáncer de mama (explicación del programa, gratuidad, beneficios, etc.).

- Realizar la captación y clasificación del riesgo en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, hacer un seguimiento personalizado y enviar a las de alto riesgo a las unidades de Consejo Genético.
- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida - especialmente las específicas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo - descritas en “Intervenciones sobre los estilos de vida”.
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Proceso Asistencial de cáncer de mama en los hospitales y distritos sanitarios, específicamente en los hospitales de referencia realizar estudios de imagen de acto único en las que se hará ecografía y mamografía y se realizará seguimiento de las lesiones probablemente benignas a los 6, 12, 24 y 36 meses.
- Cuando la biopsia por punción percutánea no sea concluyente o si la punción no es posible: realizar biopsia abierta en un plazo inferior a 10 días en los casos probablemente malignos o malignos y de 21 días en los probablemente benignos.
- En las mujeres que requieran tratamiento quirúrgico: hacerlo antes de los 15 días de la primera evaluación en la consulta especializada. En las 48 horas posteriores a la cirugía: hacer valoración de la indicación del tratamiento oncológico. Iniciar el tratamiento radioterápico antes de transcurridas 4 semanas de la intervención quirúrgica. En las mujeres tratadas: hacer un seguimiento cuatrimestral durante los dos primeros años, semestral los tres años siguientes y anual de forma indefinida.

CONTROL INTENSIVO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Desarrollar actividades específicas de actualización de la evaluación del Riesgo Cardiovascular. Estarán especialmente dirigidas al personal de medicina de familia y enfermería comunitaria, así como servicios

médicos de empresas y mutuas, centradas en el manejo de las tablas de riesgo cardiovascular y en el control de los factores de riesgo.

- Llevar a cabo el cribado de hipertensión arterial mediante un control de TA a todas las personas mayores de 40 años cada 2 años y al menos una vez al año a los mayores de 65 años y en los casos con cifras de 130-139/85-89 mmHg.
- Realizar cribado de dislipemia mediante una determinación de colesterol total sérico a aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión establecidos por el PICA.
- Implantar el PAI de Riesgo Vascular en los hospitales y distritos sanitarios donde aún no esté implantado.
- Evaluar las pautas establecidas en el PAI de Riesgo Vascular y mejorar el control del tabaquismo, la dislipemia, la hipertensión y la diabetes:

- Incluir en el cribado de dislipemia un perfil lipídico completo (Colesterol-T, triglicéridos y HDLc, calculando el colesterol-LDL mediante la fórmula de Friedewald) en personas cuyo único factor de riesgo mayor sea el tabaquismo.
- Realizar la toma de tensión para el cribado de hipertensión arterial con la siguiente periodicidad:

  ✓ Al menos una vez hasta los 14 años.
  ✓ Cada cinco años entre los 14 y 40 años.
  ✓ Cada dos años por encima de los 40 años.
  ✓ En caso de cifras de 130-139/85-89 mmHg: al menos una vez/año.
  ✓ En caso de cifras 140/90 mmHg: iniciar las actuaciones para la
  ✓ confirmación de HTA.

ENFERMEDAD CORONARIA

- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida - especialmente las específicas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo – descritas en la tabla “Intervenciones sobre los estilos de vida” (ver última tabla de este documento).
- Dado que un factor que se ha demostrado como predictor de la mortalidad es el soporte familiar o social de las personas enfermas22:

valorar en los centros de salud este soporte al alta y coordinar sus intervenciones con los servicios sociales de la localidad.

- En los centros de salud: facilitar a las personas con enfermedad coronaria información sobre asociaciones o entidades en las que pueden encontrar apoyo.
- Dotar a todos los centros de salud con desfibrilador (monitor-desfibrilador o desfibrilador externo semiautomático), medios de RCP, ECG, oxigenoterapia, así como de las medicaciones más usuales en estos pacientes, incluyendo siempre AAS y NTG sublingual.
- En los municipios con alta morbimortalidad: entrenar al personal de policía, bomberos y de asociaciones en RCP básica.
- Implantar el PAI de Dolor Torácico en los hospitales y distritos sanitarios donde aún no esté implantado.
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el PAI de Dolor Torácico:

- Evaluar los tiempos de respuesta de urgencias en caso de dolor torácico para identificar los posibles obstáculos y resolverlos, de forma que en caso de dolor torácico potencialmente grave, el tiempo hasta la primera asistencia médica, incluyendo la realización e interpretación del ECG, será inferior a 10' en casos de dolor persistente e inferior a 30' si el dolor ya ha cedido y el traslado sea mediante ambulancias dotadas de desfibrilador (monitor-desfibrilador o desfibrilador externo semiautomático) y medios de reanimación cardiopulmonar.

- Asegurar especialmente que las personas tengan una primera visita antes de las 72 horas del alta por un episodio coronario, que sean incluidas en las consultas de enfermería y tengan un plan personalizado de seguimiento y promoción de estilos de vida cardioprotectores.

- En los centros con laboratorio central de análisis clínico, los marcadores séricos de daño miocárdico estarán disponibles antes de 60´ y preferentemente antes de 30´ desde su extracción. Si no se dispone de laboratorio próximo se utilizarán sistemas “Point of Care” que permiten la determinación de los citados marcadores en menos de 20´.

- A todo paciente con IAM con elevación del ST se le garantizará un tratamiento de reperfusión, ya sea con fibrinolisis endovenosa o con angioplastia primaria, en el menor tiempo posible. Cuando existan las condiciones apropiadas, la fibrinolisis se realizará en régimen prehospitalario, particularmente en los municipios alejados del hospital más de 20 minutos.

- Antes del alta, incluir a las personas enfermas en las bases de datos del Programa Corazón, de forma que si estos pacientes tienen que activar en el futuro los sistemas de emergencia sanitaria (061), se facilite la toma de decisiones y se acorten los tiempos de asistencia.

INSUFICIENCIA CARDÍACA

- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida descritas en la tabla "Intervenciones sobre los estilos de vida"
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el PAI de insuficiencia cardiaca en los hospitales y distritos sanitarios, específicamente:

- En los centros de salud, ante toda persona que consulte con síntomas susceptibles de tratarse de una insuficiencia cardiaca: llevar a cabo una evaluación inicial (valoración clínica, ECG, radiológica y analítica), en menos de 10 días, para evitar la descompensación de la enfermedad y controlar los factores descompensadores.
- Ante todo paciente con sospecha diagnóstica de insuficiencia cardiaca: realizar un ecocardiograma en un plazo no superior a 1 mes.
- En los hospitales de referencia: implantar consultas de Cardiología de alta resolución que incluyan una valoración ecocardiográfica.
- Revisar a estos pacientes en Cardiología como mínimo una vez al año, acortando dichos plazos según la evolución clínica. Coordinar las citas para procedimientos diagnósticos y consultas, ofertando la gestión de las mismas desde un solo punto.
- Identificar a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca en sus historias clínicas de Atención Primaria e incluirlos en las consultas de enfermería, con una primera visita antes de las 72 horas del alta si han estado ingresados y un plan personalizado de educación sanitaria y seguimiento presencial y telefónico

para garantizar la adherencia al tratamiento, el autocontrol de factores de riesgo como la tensión arterial, el ritmo cardiaco y la glucemia en los casos necesarios y motivar la adopción de estilos de vida cardioprotectores.

ACCIDENTE CEREBROVACULAR

- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida descritas en la tabla “Intervenciones sobre los estilos de vida”.
- Promover acciones de prevención de los accidentes domésticos de las personas anticoaguladas.
- Durante la hospitalización de los pacientes con accidente cerebrovascular, en los casos que sea indicado y posible: Iniciar la intervención sobre estilos de vida (tabaquismo, actividad física, alcohol, etc).
- En las personas dependientes en el momento del alta: Coordinar el plan de actuación por parte de la enfermería de enlace hospitalaria y comunitaria.
- Incluir, desde los centros sanitarios, los casos de las personas dependientes por causa de accidente cerebrovascular en el Plan de Atención a las Cuidadoras Familiares en Andalucía.
- Desde los centros de salud, facilitar a las personas con accidente cerebrovascular información sobre asociaciones o entidades en las que pueden encontrar apoyo.
- Implantar el PAI de Ataque cerebrovascular en los hospitales y distritos sanitarios donde aún no esté implantado.
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Proceso Asistencial Integrado de Ataque Cerebrovascular así como las estrategias de cuidados en pacientes con dependencia tras sufrir un accidente cerebrovascular:

- Evaluar a todas las personas que sufran un ataque cerebrovascular con carácter de urgencia y dentro de las 6 primeras horas del comienzo de los síntomas, con inicio precoz de control de tensión arterial y antiagregación si procede.

- Asegurar especialmente que las personas tengan una primera visita antes de las 72 horas del alta por un accidente cerebrovascular, sean incluidas en las consultas de enfermería y tengan un plan personalizado de seguimiento. Asimismo, asegurar la adecuada provisión de los tratamientos de rehabilitación y prevención de complicaciones tras la hospitalización.

ACCIDENTES

- Promover, junto a las entidades e instituciones locales, la realización de un estudio detallado de las condiciones del municipio, con objeto de orientar las estrategias para la prevención de accidentes de tráfico, accidentes domésticos, en la calle y durante actividades de ocio.
- Implantar el PAI de Atención al trauma grave en los hospitales y distritos sanitarios donde aún no esté implantado.
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad:

1. Implantar programas de primeros intervinientes dirigidos a profesionales de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, corporaciones locales y empresas de seguridad.
2. Clasificar a los hospitales de referencia de estos municipios según nivel aplicando los principios de Hospital Útil.
3. Asegurar el procedimiento para trasladar al hospital neuroquirúrgico de referencia todo paciente que haya sufrido traumatismo craneoencefálico y presenten algunos de los criterios de traslado recogidos en el Plan de Accidentes.
4. Asegurar el procedimiento para trasladar a un hospital neuroquirúrgico de referencia que disponga de Unidad de Lesiones Medulares (ULM), Neuro-Rehabilitación y resonancia magnética 24 horas, a cualquier paciente que haya sufrido traumatismo raquimedular y lesión medular o lesión vertebral grave.
5. En cooperación con las diputaciones y autoridades municipales: Revisar y adecuar la disponibilidad de helisuperficies tanto en los municipios como en los hospitales de referencia
6. Realizar programas de información y difusión de los equipos aéreos de emergencias-061 en ayuntamientos y centros de salud de municipios remotos.

Suicidios y lesiones auto infligidas

El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los individuos de entre 15 y 34 años y la primera causa de muerte violenta, aunque la mayoría de los casos se dan en personas de más de 60 años. La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002).

No existe una única causa que lo explique y, como en todos los problemas relacionados con salud, existen factores que predisponen y factores que desencadenan el comportamiento. Durante las tres últimas décadas se han estudiado factores de origen biológico, cultural, psicológico y relacional que pueden influenciar la aparición de la conducta suicida.

A pesar de que se desconocen muchos factores que inciden en el hecho, existen algunas hipótesis acerca de los agentes que intervienen y que pueden orientar la prevención de esta enfermedad. Entre los principales factores que podrían estar incluidos en ella, se hace especial mención a la vulnerabilidad o resiliencia individual en relación al contexto social y cultural, la edad, el género, raza, religión o los factores genéticos. El sufrimiento, relacionado con distintas variables, que lleva a la persona a la desesperanza, es un factor determinante en la mayoría de los estudios.

Mención especial merece la enfermedad mental y dentro de ella la depresión mayor, ya que cuando presenta comorbilidad con otros factores aumenta notablemente el riesgo.

Los objetivos de cualquier intervención deberán estar enfocado fundamentalmente en:

- Sensibilizar, a profesionales de los dispositivos comunitarios que reúnen a población en riesgo (escuelas, geriátricos, instituciones religiosas, asociaciones, etc.), sobre la importancia de la detección precoz y la intervención temprana de sujetos en riesgo.
- Sensibilizar e informar, al personal sanitario de primer nivel, sobre la detección y correcta valoración del riesgo suicida; otorgándoles herramientas suficientes para contener la situación, intervenir y proceder a una adecuada e individualizada derivación, según sea el caso.

- Ofrecer una propuesta de coordinación entre los distintos niveles sanitarios que garantice la inclusión, del individuo en riesgo, dentro del circuito de Salud, facilitando la pronta puesta en marcha de un plan de intervención individualizado.
- Elaborar un plan terapéutico que contemple:
    - La recepción del o de la paciente en el nivel asistencial que corresponda y propuesta de derivación entre niveles asistenciales.
    - Adecuada valoración de la persona con factores de riesgo en el nivel asistencial que corresponda.
    - Adecuada valoración del riesgo suicida en enfermos mentales ya incluidos en el sistema (personas que presentan depresión, psicosis, trastornos de personalidad, toxicomanía).
    - Importancia de la intervención clínica y psicológica de las personas afectadas.
    - Sugerencias de buena práctica clínica.
    - Elaboración del Informe Clínico.
    - Medidas de seguridad dentro de la unidad de internamiento.
    - Ofrecer una propuesta de apoyo a las familias y personas allegadas afectadas por el suicidio, ayudando a elaborar el duelo.

Las intervenciones son tan complejas como complejos son los factores de riesgo y las causas que subyacen en cada sujeto proclive al suicidio y a lesiones auto infligidas y numerosa es la bibliografía que aporta evidencia para la ejecución de intervenciones efectivas y eficientes, por ejemplo:

(1) *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

(2*) Informe sobre la salud en el mundo* OMS 2006 http://www.who.int/whr/2006/es/

(3) *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida.* EASP 2010

(4) *Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review*. J. John Mann; Alan Apter; Jose Bertolote; et al. JAMA. 2005; 294(16): 2064-2074 (DOI:10.1001/jama.294.16.2064).

(5) *Programa de prevención de la conducta suicida* Sector Dreta Example. Barcelona Hospital Santa Creu y Pau 2010

(6) *Prevención del suicidio*. Cuadernos de salud Publica nº 54. OMS 1969.

(7) Atlas interactivo de mortalidad en Andalucía (AIMA). Rev. Esp. De Salud Pública. 2008

(8) *Prevention of depression and suicide.* Consensus paper. Luxembourg: European Communities. (2008)

(9) *Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations.* Suicide Life Threat Behav. 2009 June ; 39(3): 252. doi:10.1521/suli.2009.39.3.252

(10) *Psychosocial interventions following self-harm*. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. British journal of Psychiatry. 2007

(11) *Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev*. 2008 ; 30(1): 133–154.

(12) *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud.* Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud Ginebra 2000

(13) *Suicide prevention and developing countries.* J R Soc Med 2005;98:459–463

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aileen Robertson. Social inequalities and the burden of food-related ill-health Public Health Nutrition 2001: 4(6A), 1371±1373
- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes 2009. Diabetes Care 2009;32(1):S13-61.
- Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJJ, Aleman A, Vanhees L. Actividad física y mejoría del estado físico para favorecer la función cognitiva en personas mayores sin deterioro cognitivo comprobado (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Baillie A, Mattick R, Hall W, Webster P. Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. Drug and Alcohol Rev. 1994;13:157-70.
- Bergsma-Kadijk JA, van' t Veer P, Kampman E, Burema J. Calcium does not protect against colorectal neoplasia. *Epidemiology* 1996;7(6):590-7.
- Bohm B, Schwenk W, Hucke HP, Stock W. Does methodic long-term follow-up affect survival after curative resection of colorectal carcinoma?. *Diseases of the Colon and Rectum* 1993;36:280-286.
- Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. *American Journal of Public Health* 1998;88:1337-42.
- Collins PD, Mpofu C, Watson AJ, Rhodes JM. Estrategias para la detección de cáncer y displasia de colon en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm Institute for Future Studies, 1991
- Dalton SO, Schüz J, Engholm G, Johansen C, Kjaer SK, Steding-Jessen M, Storm HH, Olsen JH. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings Eur J Cancer. 2008 Sep;44(14):2074-85. Epub 2008 Jul 30
- Diderichsen F, Vågerö D, Dahlgren G. Determinants of the burden of disease in the European Union. Report to the European Commission. National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden, 1997.
- Eaden J, Abrams K, McKay H, Denley H, Mayberry J. Inter-observer variation between general and specialist gastrointestinal pathologists when grading dysplasia in ulcerative colitis. *J Pathol* 2001;194:152-7.

- Fernández – Crehuet J, Gómez – Gracia E, Martínez M. Epidemiología y prevención de la diabetes mellitus. En: Medicina preventiva y salud pública. Elsevier-Masson, 11ª edición. Barcelona, 2008.
- Ferri PC, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni H, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366:2112-7.
- Garrido P, Castillo I, Colomer C.¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Metaanálisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. Adicciones. 1995;7:211-25.
- Gottfries CG, Lehman W, Regland B. Early diagnosis of cognitive impairment in the elderly with the focus on Alzheimer's disease. Journal of Neural Transmission 1998;105:773-86.
- Health in All Policies Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, 2006. ISBN 952-00-1964-2
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.).
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Government of Canada; 1974.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation (Cochrane review). En: The Cochrane Library, 2003, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Larson EB, Shadlen M, Wang L, McCormick WC, Bowen JD, Teri L, et al. Survival after initial diagnosis of Alzheimer's Disease. *Annals of Internal Medicine* 2004;140:501-9.
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, et al. Screening and interventions for obesity in adults: Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2003;139:933-49.
- Nagengast FM, Grubben MJAL, van Munster IP. Role of bile acids in colorectal carcinogenesis. *Eur J Cancer* 1995;31 A:1067-70.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide. November 2007
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropion for smoking cessation. London: NICE, 2002.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control type 2 diabetes. 2009 [Internet].

NICE; 2009 [acceso 17/6/2009]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11866.

- Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. Psychology and Aging 2005;20:272-84.
- Newmark HL, Lipkin M. Calcium vitamin D and colon cancer. *Cancer Research* 1992;52:2067s-207s.
- NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence. Four commonly used methods to increase physical activity: brief inteventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. London: NHS, NICE 2006. Public Health Intervention Guidance no. 2.
- Ocaña-Riola R, Mayoral-Cortés JM, Sánchez-Cantalejo C, Toro-Cárdenas S, Fernández-Ajuria A, Méndez-Martínez C. Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA) . Revista Española de Salud Pública 2008; 82(4): 379-394.
- Piédrola G. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En: Medicina preventiva y salud pública. Elsevier-Masson, 11ª edición. Barcelona, 2008.
- Roberts CK, Vaziri ND, Barnard RJ. Effect of diet and exercise intervention on blood pressure, insulin, oxidative stress, and nitric oxide availability. Circulation. 2002;106:2530-2.
- Rosler M, Anand R, Cicin-Sain A, Gauthier S, Agid Y, Dal-Bianco P, et al. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: International randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318(7184):633-8.
- Servicio Andaluz de Salud. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Documento sobre medidas para disminuir la mortalidad. Diciembre 2008. Mimeografiado.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Journal of the American Medical Association 1997;278:1363-71.
- The Alzheimer's Association. Current prevalence of Alzheimer's. *Alzheimer's Disease Facts and Figures 2007*. The Alzheimer's Association, 2007:5.
- US Preventive Services Task Force. En: www.ahrq.gou/clinic/uspstf
- Van der Meer, Lapre JA, Govers MJ, Kleibeuker JH. Mechanisms of the intestinal effects of dietary fats and milk products on colon carcinogesis. *Cancer Letter* 1997; Vol. 114:75-83.
- Weingarten MA, Zalmanovici A, Yaphe J. Agregado de un suplemento de calcio dietético para prevenir el cáncer colorrectal y los pólipos adenomatosos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The*

Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the 2000 year and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-53.
- World Health Organization. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva, 2001.
- La población andaluza ante las drogas XII, 2011. Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children en Andalucía (HBSC-2011). Universidad de Sevilla.
- Encuesta Nacional de Salud. ENSE 2011-2012.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.

Juntos hacia el futuro