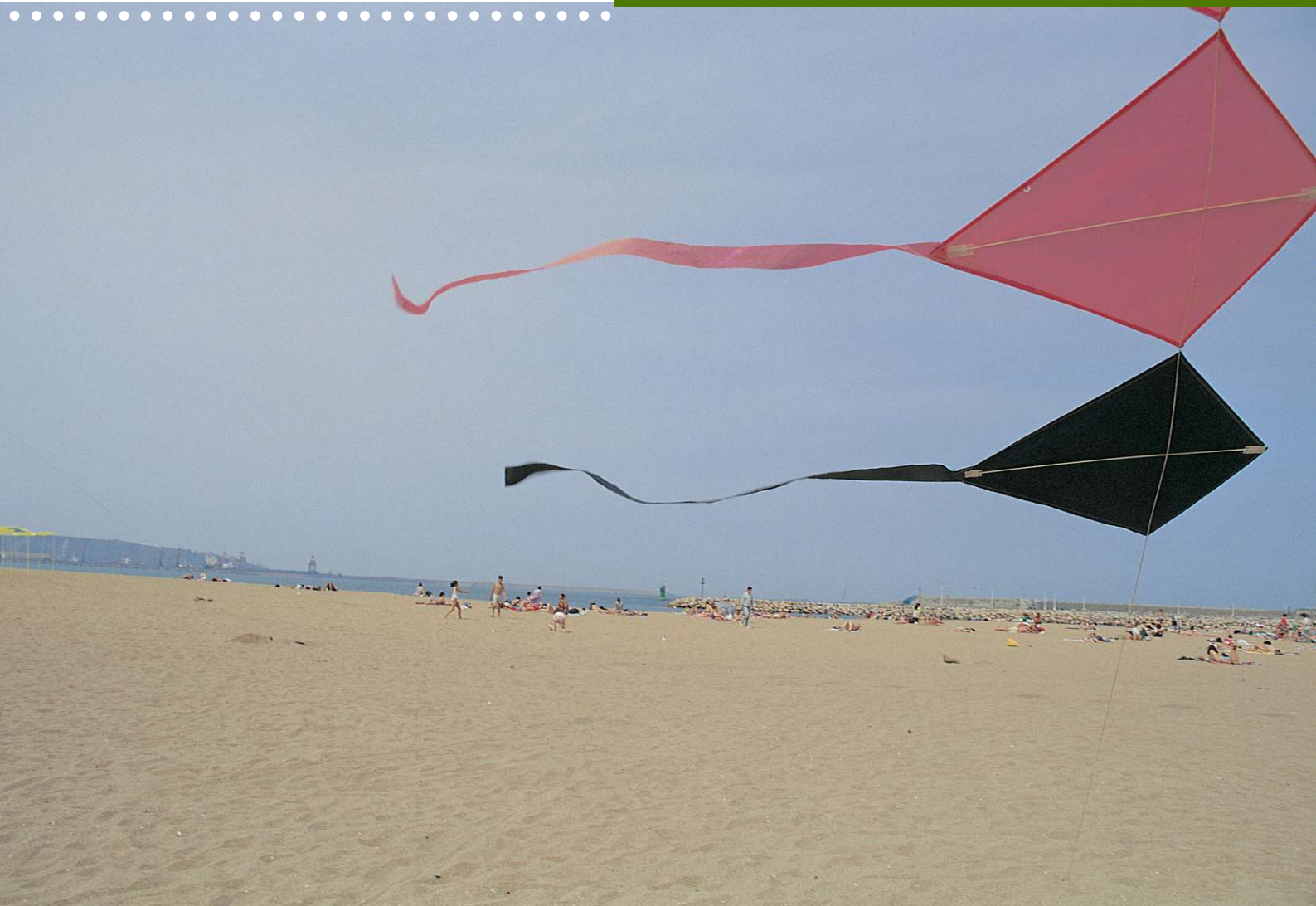


# Plan de Salud para Asturias 2004-2007

*La salud como horizonte*



2004/2007

PLAN DE SALUD  
PARA ASTURIAS

LA SALUD COMO HORIZONTE



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS



2004/2007

# PLAN DE SALUD PARA ASTURIAS

LA SALUD COMO HORIZONTE



Gobierno del  
Principado de Asturias

Consejería de Salud  
y Servicios Sanitarios

---



## PRESENTACIÓN DEL CONSEJERO

La salud es el pilar del bienestar de una comunidad y la base para el desarrollo pleno de las personas. Las autoridades políticas y sanitarias tenemos el deber de perseverar en su protección. Lo hemos hecho y lo seguiremos haciendo cada vez mejor.

La asunción de las competencias en la gestión sanitaria ha supuesto un punto de inflexión en la formulación de unas políticas de salud que acerca la toma de decisiones a la población como auténtico protagonista y valedor de nuestra labor, de forma que puedan sentirse como más ajustadas a sus necesidades. Y para ello utilizaremos y construiremos todos aquellos instrumentos a nuestro alcance que nos acerquen al objetivo final: cuidar y mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de Asturias.

Bajo esta premisa formular un plan de salud es un signo de vitalidad del tejido social. Se traduce en la contribución de más de 300 personas con sus opiniones, sus perspectivas y sus vivencias a que este documento desborde las fronteras de lo políticamente correcto para convertirse en una guía para el cambio. El Plan de Salud para Asturias 2004-2007 “La salud como horizonte” parte de la identificación y priorización de las necesidades y problemas de salud en nuestra Comunidad, define las áreas de actuación y propone acciones basadas en las evidencias científicas y en el sentir y saber de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios.

Este Plan de Salud propone un viaje que arranca de valores sobre los que se fundamentan las decisiones clave: la equidad, la participación ciudadana, la sostenibilidad, la corresponsabilización, la eficiencia y la mejora continua de la calidad de los servicios. Y nace para crecer y madurar, por ello se proponen acciones concretas y revisables. No se formulan altisonantes declaraciones porque “La salud como horizonte” persigue dar pasos, pequeños pasos, en aquella dirección donde nuestras gentes disfruten de una mayor calidad de vida. Para ello nos aferramos a un concepto de salud que va más allá de los hospitales. Para promover patrones de conducta más saludables y reducir las desigualdades en salud se requieren acciones individuales y de las organizaciones gubernamentales y locales. Resulta cada vez más evidente que no basta con el diseño de un documento de planificación para llevar a cabo las acciones propuestas, es preciso que pueda generar una mayor capacidad de reflexión para actuar estratégicamente allí donde se necesite.

El Plan de Salud trata de centrar sus energías en cuatro grandes áreas estratégicas: “Avanzando en Equidad”, “Sumando Esfuerzos”, “Ganando Salud” y “Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria”. El despliegue de estas cuatro ideas centrales en las diferentes líneas de actuación e iniciativas constituye el conjunto de referencias que deberán guiar a todas las organizaciones y a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en los próximos cuatro años, con objeto de cumplir fielmente nuestra misión.

En este sentido no estamos solos. Desde el trabajo realizado hace diez años con el anterior Plan de Salud para Asturias hasta las orientaciones formuladas por la OMS con “Salud para todos en el siglo XXI” nos hacen sentir en uno de esos puntos de transición donde debemos dar lo mejor de nosotros mismos de la mano de un Plan de Salud para Asturias que establece las orientaciones del sistema cohesionando las iniciativas en materia de salud y poniendo en primera línea de salida la perspectiva de la ciudadanía.

Son tiempos de posibilidades que requieren compromiso, conocimiento, perseverancia y osadía. Cada una de estas cualidades desempeña una función para afrontar los problemas de salud que atenazan y son causa de sufrimiento en nuestra sociedad. No podemos contentarnos con “salir del paso” o cruzar sin hacer ruido este tiempo que nos ha sido dado. El Plan de Salud para Asturias asume el compromiso de trabajar, crear y desarrollar iniciativas para la mejora de la salud. Pero para ello necesitamos la energía y la tenacidad de todos sus protagonistas. Bajo estas consideraciones se subraya la inaplazable labor de volcarnos en la gestión de los recursos humanos como medio para implicar e ilusionar a las personas que trabajan por la salud de los asturianos y asturianas.

Quiero agradecer finalmente el esfuerzo de todas aquellas personas que desde su condición de ciudadano, de usuario, de paciente o de profesional han contribuido a que este Plan de Salud para Asturias sea un eco de sus voces. Perseguimos un horizonte más saludable, es nuestra deuda con su futuro.

**Rafael Sariego García**

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios*

*del Principado de Asturias*





## ABREVIATURAS

---

- AAS      Ácido Acetilsalicílico
- ACV      Accidente Cerebro Vascular
- ADSL     Asymmetric Digital Subscriber Line
- Anti – Hbs   Anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
- Anti – Hbc   Anticuerpos frente al antígeno core del virus de la hepatitis B
- Anti – HVC   Anticuerpos frente al virus de la hepatitis C
- AP        Atención Primaria
- APVP      Años Potenciales de Vida Perdidos
- ATS / DUE   Ayudante Técnico Sanitario / Diplomado Universitario Enfermería
- AUDIT     Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Alcohol
- CAGE      Cribado del Síndrome de Dependencia Alcohólica en la Población General
- CBA        Cuestionario Breve de Alcoholismo
- CCAA      Comunidades Autónomas
- CIDE      Centro de Investigación y Documentación Educativa
- CO        Monóxido de Carbono
- COGERSA   Consortio para la Gestión de los Residuos Sólidos de Asturias
- CPR        Centro de Profesores y Recursos
- CSM        Centro de Salud Mental
- DE        Desviación Estándar
- DM        Diabetes Mellitus
- DNA        Ácido Desoxirribonucleico
- DOTS      Tratamiento Directamente Observado con Pautas Breves
- DSM – IV   Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Edición)
- DTP        Difteria, Tétanos y Tosferina (Pertusis)
- EAP        Equipo de Atención Primaria
- ECV        Enfermedades Cardiovasculares
- EDC – 2001 Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas 2001



- EDO Enfermedades de Declaración Obligatoria
- EFG Especialidades Farmacéuticas Genéricas
- EPIC European Prospective Investigation Into Nutrition and Cancer
- EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ESA – 2002 Encuesta de Salud para Asturias 2002
- ESPAD European School Survey Project on Alcohol and other Drugs 1999
- ESU Estudio de Satisfacción de los Usuarios
- FIS Fondo de Investigación Sanitaria
- gcSalud Programa Integral de Gestión del Conocimiento en Salud del Principado de Asturias
- Gr Gramos
- HbsAg Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
- HTA Hipertensión Arterial
- IAM Infarto Agudo de Miocardio
- INE Instituto Nacional de Estadística
- Insalud Instituto Nacional de Salud
- IVE Interrupción Voluntaria de Embarazo
- Kg Kilogramos
- Km<sup>2</sup> Kilómetros cuadrados
- LOGSE Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo
- LOPS Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- MIPSE Mortalidad Innesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable
- mm de Hg Milímetros de Mercurio
- NO<sub>2</sub> Óxido Nitroso
- OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OMI – AP Programa Informático de Gestión de Consultas de Atención Primaria
- OMS Organización Mundial de la Salud
- ONG Organizaciones no Gubernamentales
- PCAI Programas Clave de Atención Interdisciplinar
- PIB Producto Interior Bruto
- PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

- PRM Problemas Relacionados con los Medicamentos
- PSA Antígeno Prostático Específico
- RD Real Decreto
- REEPS Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud
- SESPA Servicio de Salud del Principado de Asturias
- SICAP Sistema de Información para Centros de Atención Primaria
- SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SNS Sistema Nacional de Salud
- SO2 Anhídrido Sulfuroso
- TAC Tomografía Axial Computarizada
- Td Tétanos -Difteria
- TAIR Terminal Autónomo de Identificación de Recetas
- Tm Toneladas Métricas
- UDVP Usuarios de Drogas Vía Parenteral
- UE Unión Europea
- UNESCO United Nation Educational Scientific and Cultural Organization
- USDA United States Department of Agriculture
- USPA Unidades de Salud Pública de Área
- UTT Unidades de Tratamiento de Toxicomanías
- VHA Virus de la Hepatitis A
- VHB Virus de la Hepatitis B
- VHC Virus de la Hepatitis C
- VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana



## PLAN DE SALUD PARA ASTURIAS 2004-2007

	PAGINA
I) PRESENTACIÓN DEL PLAN DE SALUD PARA ASTURIAS 2003 – 2007	
II) ABREVIATURAS	
III) ÍNDICE	
IV) INTRODUCCIÓN	13
1) La salud como prioridad política	
2) Elementos inspiradores y retos	
3) Marco legal y referentes históricos	
V) PROCESO DE DISEÑO Y ELABORACIÓN	23
1) Análisis del estado y necesidades de salud	
2) Establecimiento de prioridades	
3) Determinación de objetivos y actuaciones	
VI) SITUACIÓN DE PARTIDA	31
VII) OBJETIVOS Y ESTRUCTURA	35
VIII) ÁREAS ESTRATEGICAS	41
1) AVANZANDO EN EQUIDAD	41
A. Línea de Actuación N° 1: Por ser quien eres	49
B. Línea de Actuación N° 2: Por el sitio del que vienes	59
C. Línea de Actuación N° 3: Por tu capacidad de ser y hacer	62
2) SUMANDO ESFUERZOS	71
A. Línea de Actuación N° 4: Vivir en un entorno sano y seguro	73
B. Línea de Actuación N° 5: Convivir en pueblos saludables	84
C. Línea de Actuación N° 6: Aprender en escuelas promotoras de salud	87

<b>D.</b>	<i>Línea de Actuación N° 7: Trabajar en empresas saludables</i>	90
<b>E.</b>	<i>Línea de Actuación N° 8: Viajar sin daño</i>	94
<b>F.</b>	<i>Línea de Actuación N° 9: Proteger a quien más lo necesita</i>	97
<b>3)</b>	<b>GANANDO SALUD</b>	105
<b>A.</b>	<i>Línea de Actuación N° 10: Promover estilos de vida saludables</i>	108
	◆ El Alcohol	
	◆ El Tabaco	
	◆ La Alimentación Y Nutrición	
	◆ El Ejercicio Físico	
	◆ La Esfera Afectivo Sexual	
<b>B.</b>	<i>Línea de Actuación N° 11: Presentar batalla al cáncer</i>	134
<b>C.</b>	<i>Línea de Actuación N° 12: Disminuir las infecciones</i>	143
	◆ Enfermedades Inmunoprevenibles	
	◆ VIH – Sida	
	◆ Hepatitis Víricas	
	◆ Tuberculosis	
<b>D.</b>	<i>Línea de Actuación N° 13: Plantar cara a las enfermedades prevalentes</i>	156
	◆ Enfermedades Cardiovasculares	
	◆ Diabetes	
	◆ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
	◆ Dolor Crónico	
<b>E.</b>	<i>Línea de Actuación N° 14: Proteger la salud mental</i>	173
<b>4)</b>	<b>MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA</b>	183
<b>A.</b>	<i>Línea de Actuación N° 15: Pensar para el ciudadano</i>	186
<b>B.</b>	<i>Línea de Actuación N° 16: Mejorar la organización</i>	198

C. <i>Línea de Actuación N° 17: Implicar a los profesionales</i>	214
D. <i>Línea de Actuación N° 18: Mirar al futuro</i>	220
<b>IX) IMPLANTACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PLAN</b>	233
<b>1) Implantación</b>	233
A. <i>De personas y herramientas</i>	
B. <i>De presupuestos y financiación</i>	
<b>2) Monitorización y evaluación</b>	241
A. <i>Evaluación de las actividades</i>	
B. <i>Evaluación de los resultados</i>	
C. <i>Áreas de monitorización</i>	
<b>Notas finales: El Plan empieza ahora...</b>	247
<b>ANEXOS</b>	249
<b>1) Encuesta de Salud para Asturias 2002</b>	
<b>2) Estudio Cualitativo de Usuarios y Profesionales de A.P.</b>	
<b>3) Sesión de Priorización</b>	
<b>4) Indicadores básicos</b>	
<b>5) Relación de participantes</b>	
<b>6) Índice de Tablas y Figuras</b>	
<b>7) Bibliografía</b>	



### La salud como prioridad política

La noción de salud encierra tantos matices que buscar una definición precisa constituye un ejercicio delicado y escurridizo, probablemente condenado al fracaso. Si bien se renuncia a buscar una definición operativa para los conceptos de salud y enfermedad, este Plan de Salud no oculta desde el principio su apuesta por una concepción global y positiva, una idea que va más allá de la ausencia de enfermedad. Nuestro compromiso se asienta sobre un modelo de salud que se pregunta cómo se encuentran sus gentes, sus calles, cómo de sanos están sus ríos y sus playas, cómo respiran sus fábricas y cómo latan sus carreteras. Se acepta sin ambivalencias el reto de considerar y profundizar en otros aspectos diferentes al ámbito exclusivamente sanitario.

La dimensión y amplitud del marco que se propugna para el desarrollo de las políticas de salud está en consonancia con el Plan de Salud para Asturias de 1992. Al igual que entonces, esta declaración implica poner en primera línea la perspectiva de los ciudadanos y aumentar nuestra sensibilidad a las necesidades y valores de las personas. Implica por otra parte asumir la capacidad de la salud pública y de las ciencias sociales para mejorar las condiciones de vida de las personas de forma que la elección más saludable sea la más fácil de adoptar.

Las autoridades políticas y sanitarias tienen la obligación ética y legal de perseverar en el empeño de proteger la salud de sus ciudadanos en todos sus ámbitos. Este compromiso precisa hacerse explícito considerando, a todos los efectos, la salud como una prioridad de las políticas públicas. El Plan de Salud para Asturias 2004-2007, impulsado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios a través de la Dirección General de Salud Pública y Planificación, pretende ser el instrumento de política sanitaria que identifica los problemas de salud y las necesidades prioritarias, establece las orientaciones del sistema, define las áreas de actuación y orienta las estrategias de intervención. Es una herramienta que debería permitir pasar de la formulación de políticas de salud a iniciativas concretas, es decir, que los objetivos de salud se proyectan en objetivos de servicios a los ciudadanos.



Nuestro sistema sanitario es de carácter universal, accesible y de alta calidad, por lo que la inversión en salud se convierte en un instrumento de solidaridad y de redistribución social de la riqueza. Por otra parte un medio ambiente saludable, vivir en pueblos sanos, trabajar en empresas que no dañan incide en la calidad de vida. Es de justicia subrayar asimismo que el sector salud no debería ser entendido exclusivamente como causa de gasto sino como elemento generador de empleo (4,5% del existente en Asturias), de fijación de la población a su entorno, de igualdad de oportunidades, etc. Sin embargo no basta con rellenar un discurso retórico. No queremos pronunciar (escribir) palabras que se convierten en huecas si su significado no es traducido en políticas que, haciendo hincapié en aquellas personas y grupos más vulnerables, disminuyan las desigualdades sociales en salud. Apuntar este objetivo en la agenda política implica un esfuerzo por racionalizar y guiar las políticas en salud.

### **“Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte”: Elementos inspiradores y retos.**

*¿Cómo queremos que sea el Plan de Salud para Asturias?* ¿Un documento con un diseño más o menos atractivo que “cumpla” con un precepto legal? ¿Un documento metodológicamente impecable que los profesionales de la salud no reconozcan como suyo? ¿O queremos una herramienta de trabajo integral, coherente, participativa, con el norte bien señalado y con metas y acciones a seguir? Es nuestra intención que el Plan para Salud de Asturias fije sus raíces en principios y como son: la búsqueda de la equidad en materia de salud y la participación social. La sinergia y el alineamiento tanto de personas, grupos y comunidades como el de instituciones, organizaciones y sectores en el desarrollo de la salud son elementos indispensables para alcanzar los objetivos propuestos.

#### 1. LA EQUIDAD:

Implica que todo el mundo pueda tener la oportunidad de realizar su potencial de salud y que nadie esté en desventaja a la hora de conseguir dicho potencial. Buscar la equidad significa no cesar en el empeño de eliminar las diferencias evitables en el estado de salud en grupos de población definidos por el género, el estrato social, la edad o su procedencia geográfica. La equidad en los servicios de salud se traduce en que no haya disparidades allí donde las necesidades son iguales. A igualdad de necesidad, igualdad de acceso a la

atención sin barreras económicas, organizativas, geográficas o culturales. En suma, el Plan de Salud está obligado a impregnarse de una justa sensibilidad con aquellos grupos sociales más vulnerables.

## 2. LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA:

*“La Salud como Horizonte”* se concibe como un proceso integral, multidisciplinario y participativo con la comunidad, donde una gran mayoría de los sectores y agentes con responsabilidad en el ámbito de la salud puedan hacer oír su voz y se sientan protagonistas. Es concebido como una herramienta que pone a prueba las ideas, que pretende explorar las consecuencias y que estimula la disidencia en todo aquello que no son sus principios o creencias. Pretende la búsqueda de soluciones sinérgicas a los problemas teniendo en cuenta que la “visión” del Plan de Salud es lo suficientemente amplia como para dar cabida a las opiniones y el sentir de la ciudadanía.

Si queremos mejorar la salud es preciso abordar sus determinantes y por ello se toma en cuenta la perspectiva del entorno físico, económico y cultural teniendo como referentes a la familia, la escuela, las empresas, los ayuntamientos, los centros cívicos y las asociaciones de vecinos entre otros. Este planteamiento no es una concesión estética sino una ineludible necesidad de transparencia en la toma de decisiones y en la implantación; exige sumar esfuerzos de forma coordinada y buscar fórmulas nuevas de cooperación que acarreen un compromiso explícito en las intervenciones a llevar a cabo.

Por otra parte, el protagonismo de quienes constituyen el encuentro paciente-profesional sanitario implica que nuestros profesionales deben hacer “suyo” el Plan de Salud incorporando su visión, conocimientos y experiencia sobre los problemas de salud, las intervenciones y la relación con los usuarios.

***¿Cómo podemos dar cauce a estas aspiraciones?*** Se ha considerado que para afianzar la validez del Plan de Salud como instrumento eficaz de planificación, éste debe reunir una serie de características o atributos:

1. LIDERAZGO:

La dirección de la política de salud debe estar claramente fijada de forma que se eviten contradicciones o interpretaciones divergentes a la hora de formular políticas sectoriales. Tiene que ver más con lo que se hace o propone a partir de la comprensión de los puntos débiles y fuertes, que quienes lo hacen o dirigen. El papel de liderazgo de “*La Salud como Horizonte*” se concreta en la responsabilidad que asume para con los ciudadanos.

2. FLEXIBILIDAD:

Nos movemos en un contexto dinámico y cambiante que exige huir de posturas dogmáticas y rígidas. La innovación y la reorientación de estrategias deben presidir la gestión descentralizada si así lo requieren las realidades locales.

3. ORIENTADO A RESULTADOS Y BASADO EN LA RESPONSABILIDAD:

El Plan de Salud debe dar cobijo a programas orientados hacia la búsqueda de resultados en materia de salud. Esto se puede conseguir si la atención sanitaria y no sanitaria se basa en resultados validados científicamente, tanto en la actividad ordinaria como cuando se introducen nuevos procedimientos, con indicadores definidos y con un seguimiento de la calidad de la asistencia.

La responsabilidad y el rendimiento de cuentas en términos clínicos y económicos del estado de salud de una población no son conceptos asumidos actualmente por la organización ni por la comunidad. Como quiera que obtener unos buenos resultados en términos de ganancia de salud es el objetivo último de todos los sistemas sanitarios es aconsejable introducir de forma decidida las condiciones y recursos que posibiliten una buena práctica profesional y en consecuencia poder rendir cuentas a nuestra sociedad. La sustitución de una planificación normativa por otra basada en objetivos de salud facilita esta transición cultural, realza el valor del Plan de Salud como instrumento rector de las políticas en salud y facilita su implantación.

4. ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA EFICACES:

Para garantizar una sostenibilidad científica, económica, social y política, el Plan de Salud debe seguir una estrategia basada en una atención primaria integrada y orientada hacia la comunidad, apoyada por un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.

5. VINCULADO A LAS ESTRATEGIAS DE CALIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS:

Entendemos que si el Plan de Salud para Asturias crece bajo el mismo techo y a la par que el diseño de la calidad de nuestro sistema sanitario, se avanzará en la prevención de problemas de calidad y la construcción de sistemas y procesos en los que la mejora continua se convierta en algo consustancial.

Bajo estas premisas el Plan de Salud para Asturias adopta los siguientes criterios para contribuir a la protección de la salud:

- La consideración del paciente/usuario como eje central de todo un proceso que tiene en la atención humanizada y competente su máximo valor.
- La reducción de las desigualdades de salud enfocando determinadas intervenciones hacia los grupos más desfavorecidos y vulnerables.
- Las propuestas del Plan de Salud son, en la medida de lo posible, el fruto de una revisión exhaustiva y sistematizada de la evidencia científica conocida y de las aportaciones de usuarios y profesionales.
- La costo-efectividad de las líneas de actuación que se recogen en el Plan de Salud.
- La participación e implicación, en todas sus fases, de los profesionales sanitarios.
- El establecimiento de un compromiso social en relación con estrategias de salud mediante alianzas, acuerdos y pactos basados en la cooperación y la responsabilidad colectiva e individual.

Estas serían algunas de las características que se antojan irrenunciables en el Plan de Salud para Asturias. Ésta es la buena noticia, la mala es que para hacer factibles y aplicables sus iniciativas se precisa una obstinación paralela a los retos y dificultades a superar. Se reseñan algunos de ellos:

- La sostenibilidad de la protección de la salud para el hoy y el mañana: La identificación y el compromiso de los usuarios con un sistema del que son propietarios y una gestión adecuada en todas sus aristas son algunos de los elementos clave para hacer sostenible desde Asturias nuestro sistema de salud.
- El escepticismo: El Plan de Salud para Asturias quiere establecer compromisos para la acción y que éstos encuentren su lugar en la esfera de la política sanitaria. Se compromete a dar un paso adelante y a tomar la iniciativa. Impulsa a “movernos” y al abandono de las zonas cómodas. En la práctica implica que debe llevar aparejado planes de gestión que faciliten, no dificulten, la puesta en marcha de acciones y permitan su seguimiento y evaluación.
- La resistencia al cambio: La búsqueda de cómo mejorar la influencia de las políticas de salud y de los servicios sanitarios en el nivel de salud no debe interrumpirse nunca. Se deben buscar sentimientos mayoritariamente favorables en los profesionales sanitarios mediante el consenso y la negociación. Al final deberíamos ser capaces de poder tejer una red amplia de personas (población, políticos, profesionales) comprometida con los objetivos del Plan de Salud.
- La inercia: Los objetivos no deben ser la estación de llegada en este proceso, sino una herramienta de navegación, un instrumento movilizador, en revisión y evolución permanente, comprometidos con la calidad y el rigor científico.

No es fácil articular y llevar a cabo esta serie de propuestas por el sólo hecho de ser escritas, pero si hacemos que formen parte de nuestro libro de cabecera, del quehacer diario, será más difícil perder de vista los objetivos y compromisos adquiridos con los ciudadanos.

El logo y la leyenda del “Plan de Salud para Asturias 2004-2007” representa esa visión de futuro, simboliza la vista firme en un horizonte, incluso cuando se camina hacia él. Los símbolos se han empleado para representar valores y principios. En el caso de Plan de Salud para Asturias el logo usado es

una evolución del que ilustró el anterior plan de salud de 1992. En aquella ocasión un área circular, la salud, se rodeaba de otras de menor tamaño, sus determinantes, configurando un todo.

El actual logo o marca del plan de salud lo configuran tres áreas circulares, tal y como se expresa en la siguiente imagen.



Representa la salud como un área circular y su evolución desde el primer área situada más a la derecha con un entramado irregular hasta un área con un relleno más homogéneo. Señala a la salud como un concepto en evolución, algo que se mueve, susceptible, que cambia. Se camina para alcanzar un horizonte, pero el hecho de avanzar ya es de por sí trascendente.

### **Marco legal y Referentes Históricos**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece los principios para la formulación de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas a través de los planes de salud y prevé la formulación de un Plan Integrado de Salud, que recoja en un documento único los distintos planes estatales, los de las CCAA y los planes conjuntos. Los criterios para la redacción de los planes de salud emanan del R.D. 938/89 de 21 de junio.

En estos 16 años todas las CCAA han desarrollado sus propios planes de salud. Tomando estos referentes el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en 1995 un plan de salud estatal que pretendía aportar una visión general al futuro Plan Integrado. En su filosofía original este plan se beneficiaría de las orientaciones procedentes de las CCAA y de las aportaciones realizadas por organizaciones profesionales, sindicales y ciudadanas. Lamentablemente esta labor no tuvo continuidad y el Plan Integrado de Salud, que debería ser impulsado desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, no ha visto nunca la luz.

En 1989, España se adhiere a la estrategia “Salud para Todos en el año 2000” de la OMS. Sus objetivos fueron incorporados mayoritariamente por los planes de salud autonómicos. En nuestra Comunidad la Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Ley 1/92 de 2 de julio de 1992) asignó a la entonces Consejería de Servicios Sociales la elaboración del proyecto del Plan de Salud como principal instrumento de planificación sanitaria. Asimismo dicta los contenidos y la estructura que ha de tener dicho Plan.

En 1992 comenzó a elaborarse el Plan de Salud de Asturias. Fruto de ese trabajo ven la luz diferentes documentos concebidos como piezas de un proceso continuo que persigue promover la salud y prevenir la enfermedad en la población asturiana:

- Febrero de 1993: *El Plan de Salud para Asturias. Situación de Salud* (Parte I: *Análisis Preliminar* y Parte II: *Información de Apoyo*).

- Febrero de 1995: *Plan de Salud para Asturias. Mejorando la salud. Estrategias de Salud para Asturias*.

A pesar de las dificultades, este plan de salud, el único elaborado como tal, es el referente en mayo de 1995 de la “*Agenda-95. Acciones de Mejora de la Salud a desarrollar durante 1995*” y la “*Evaluación del Plan de Salud para Asturias*”, publicada en abril de 1997. En el año 2000 se publica: “*Plan de Salud para Asturias. Objetivos e indicadores. Situación de partida y evolución*”, que nace con el anhelo de calibrar el conocimiento de la situación de salud y su evolución en el tiempo.

En la actualidad, nuestro referente es el marco político de “*Salud para todos en el siglo XXI*”, de la Región Europea de la OMS, aprobado a finales de los noventa. Partiendo de una reorientación de la planificación de las políticas de salud lleva explícita una mirada final: que todas las personas alcancen y mantengan el mayor nivel posible de salud a lo largo de la vida. Para alcanzar este fin propone 21 objetivos de salud aglutinados en cuatro estrategias: abordaje multisectorial, programas orientados a resultados en salud, fortalecimiento de la atención primaria de salud y un proceso de participación de todos los agentes implicados.

Otra referencia importante del plan de salud es el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios, su publicación en marzo de 2003 culmina un proyecto iniciado en el otoño de 1999 y es de un valor trascendental para facilitar a nuestra sociedad un tránsito hacia unos servicios renovados y gestionados desde y para Asturias. El debate generado con la amplia participación de ciudadanos, profesionales y agentes sociales fue un instrumento de reflexión y análisis acerca de la orientación de nuestros servicios sanitarios.

La materialización de la transferencia de las competencias sanitarias del Insalud desde el 1 de enero de 2002 al Principado de Asturias supone un decisivo cambio en la articulación del compromiso de acercar el núcleo de toma de decisiones a los ciudadanos/as y responsabilizarnos de nuestro sistema de salud y de nuestro futuro. El Decreto 90/2003 de 1 de agosto asigna a la Dirección General de Salud Pública y Planificación la formulación general de las políticas de salud y la elaboración, seguimiento, evaluación y actualización del Plan de Salud de Asturias a través del área de Planificación. Esta nueva situación impulsa más el anhelo del Plan de constituirse en un marco general que dé coherencia a todas las actuaciones en materia de salud.





## PROCESO DE DISEÑO Y ELABORACIÓN

La elaboración del Plan de Salud para Asturias se encuadra en un contexto donde el entorno organizativo de los Servicios Sanitarios de Asturias ha variado con la asunción de las transferencias sanitarias del antiguo Insalud. Este nuevo marco permite acercar el núcleo de toma de decisiones a los ciudadanos, ser plenamente responsables de nuestro sistema de salud y unificar el sistema de planificación. En consecuencia el proceso de diseño del Plan de Salud pretende desde su formulación poder alinear de forma más coherente ideas y herramientas, personas y organizaciones.

Tras una primera fase de estudio y formulación de la estrategia, en octubre de 2002 se aprobó por el Consejo de Dirección de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios un anteproyecto del Plan de Salud. En este documento se recogen los valores sobre los que se sustenta y las líneas de trabajo a seguir.

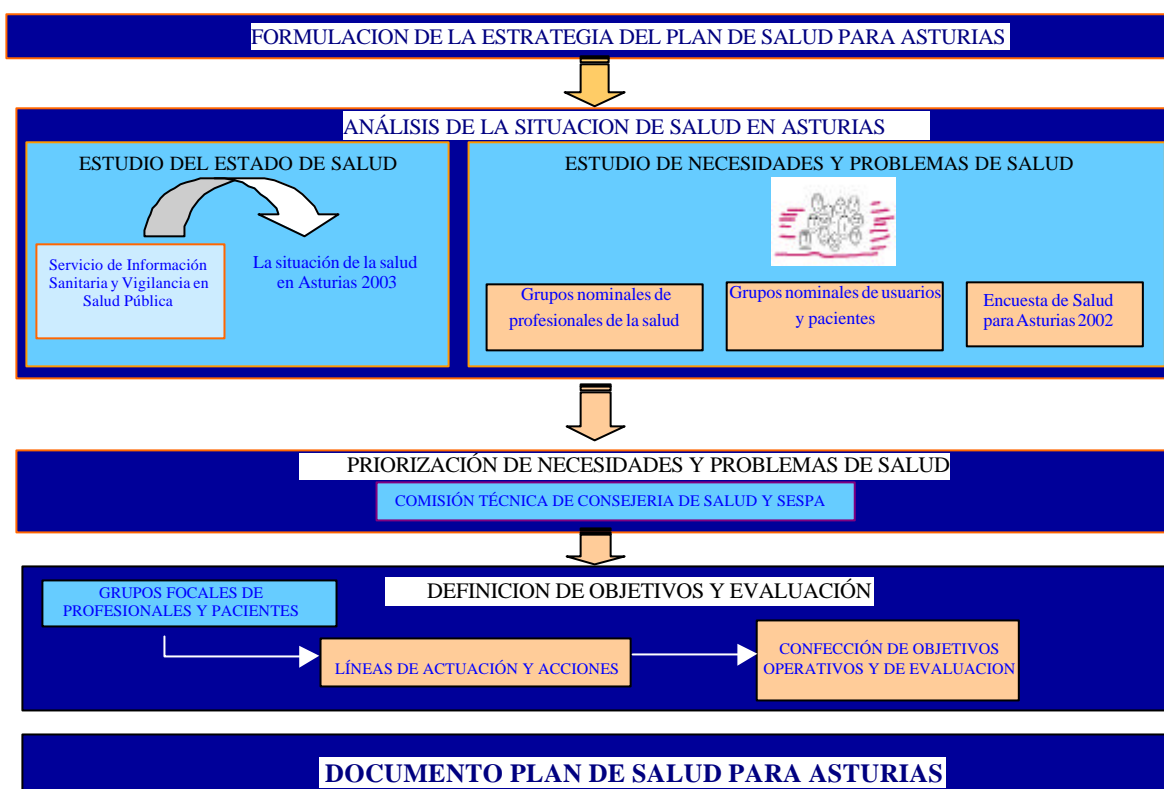
Una de las características de este proceso de planificación ha sido su alto grado de participación. El Plan de Salud se ha construido a partir de un mosaico de miradas de diferentes zonas de Asturias y considerando una gran variedad de estratos y sensibilidades. Su finalidad es asegurar que integre aquellas voces y elementos que tenemos en común respetando las peculiaridades de cada situación y de cada lugar. Este proceso participativo busca asegurar la coherencia, el consenso y la comunicación entre las personas responsables de su elaboración, los diversos participantes y las estructuras directivas de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el resto de instituciones y organismos involucrados. Del equilibrio resultante de estas interacciones dependerá buena parte de la andadura del Plan.

El diseño del Plan de Salud tiene en cuenta determinados aspectos. En el espíritu de su contenido sobresale el papel del ciudadano como elemento medular en el que se centra la atención. Esta premisa exige que todo el proceso se analice desde su perspectiva haciendo un especial énfasis en aquellas políticas redistributivas que permitan proteger más a quienes más lo necesitan. La visión de la que parte es plural, participativa y multisectorial. Las intervenciones que se proponen están basadas en la evidencia científica y pretenden ayudar a realizar correctamente las cosas correctas en el momento adecuado. Por

otra parte el papel que tiene la mejora de la calidad y la eficiencia en el proceso de atención es una pieza clave en su elaboración.

La elaboración del Plan de Salud para Asturias ha seguido diferentes etapas: *el análisis de la situación de salud en Asturias*, el *establecimiento de prioridades de acción*, la *definición de objetivos* y la *propuesta de estrategias de actuación*. La etapa final es el diseño de los mecanismos de *implantación, monitorización y evaluación* (Figura 1).

Figura 1. Esquema de elaboración del Plan de Salud para Asturias.

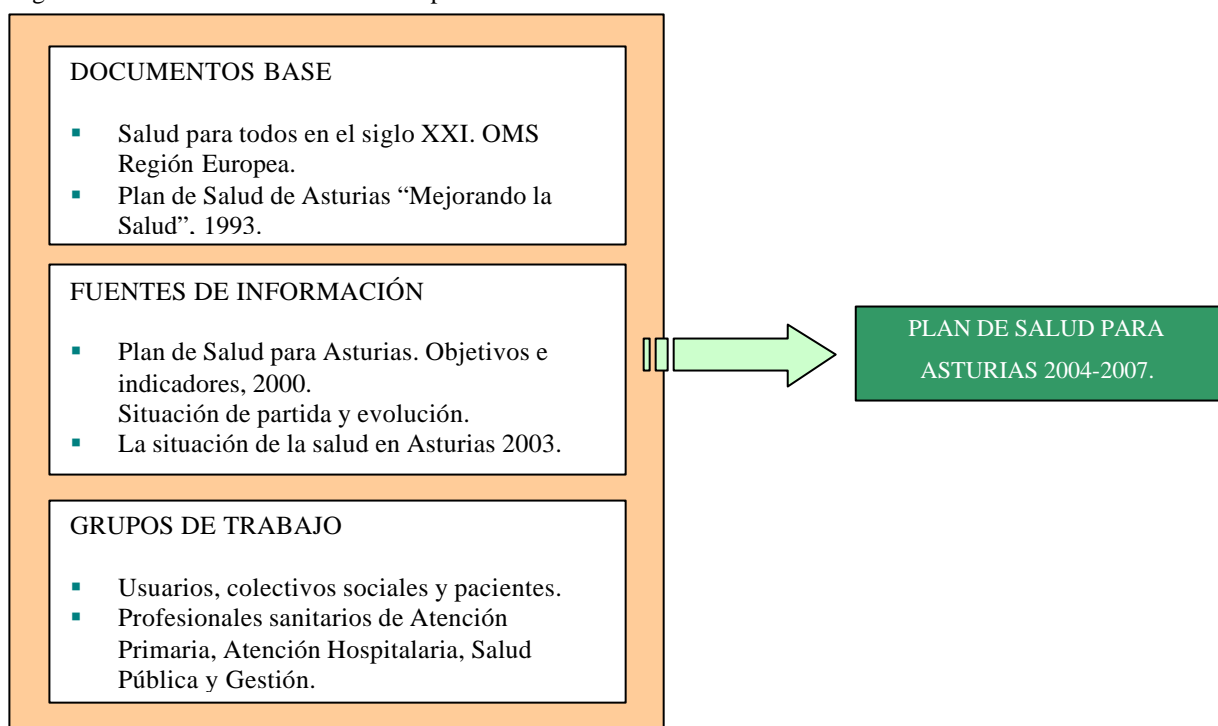


A lo largo de este proceso se ha mantenido un plan de comunicación interna y externa cuya finalidad ha sido abrir canales de información y tender puentes en todos los sentidos para hacer más permeables las propuestas que desde cualquier ámbito se hicieran llegar. Se editaron tres boletines con periodicidad quincenal donde se daba testimonio de las etapas de elaboración del Plan de Salud y sus resultados. Se distribuyeron mil ejemplares de cada número entre todos los participantes, profesionales de la salud, centros sanitarios, instituciones y centros públicos, ONG, municipios, agentes sociales, etc. Asimismo se diseñó una página web integrada en el portal del Principado de Asturias desde donde se garantizaba el acceso a los boletines, se facilitaba información de las diferentes etapas y se recogían las propuestas y sugerencias que cualquier ciudadano quisiera hacer llegar.

### **Análisis de la situación de salud.**

Esta etapa pretende reconocer el ámbito sociodemográfico de Asturias e identificar los principales problemas y necesidades de salud. Para ello se parte de una concepción que supera el ámbito clínico, entendiendo por problemas cualesquiera que se produzcan en la comunidad con consecuencias tanto para la salud como sociales y económicas. La descripción del estado de salud en Asturias sirve, así mismo, como base para la priorización de los problemas a abordar. Amén de los documentos de referencia utilizados se han usado principalmente tres herramientas (ver figura 2):

Figura 2. Herramientas utilizadas en el proceso de elaboración.



1. El documento “**Situación de salud en Asturias**”. Ha sido elaborado por el Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública y describe en un proceso sistemático las características demográficas y sociales de Asturias, su situación de salud y los recursos y servicios disponibles. No obstante es importante subrayar que en la complejidad del propio concepto de salud radica la dificultad de encontrar un conjunto de indicadores que refleje suficientemente sus múltiples dimensiones y que las pondere correctamente.
2. La **Encuesta de Salud para Asturias 2002**. Se realizó sobre una muestra poblacional mayor de 15 años no institucionalizada de 2031 asturianos/as en una única oleada durante el otoño de 2002. La encuesta se basó en una entrevista estructurada y su propósito fue conocer la salud percibida de la población, los hábitos de vida, la utilización de los servicios sanitarios e identificar los principales grupos de riesgo. Una cuestión que añade valor a la Encuesta de Salud como fuente de conocimiento es la información procedente de ciudadanos que no usan los servicios sanitarios. La ficha técnica de la encuesta se recoge en el Anexo 1
3. Uso de **técnicas cualitativas**. Comoquiera que hay aspectos en la salud de una población no reflejados en los indicadores sociosanitarios se usó metodología cualitativa con una doble finalidad: complementar los datos cuantitativos y la identificación de las necesidades de los grupos marginales. El reconocer que los problemas de un número pequeño de personas pueden no estar representados en la información procedente de la población general orientó el proceso de elaboración del Plan hacia la búsqueda de hechos singulares en grupos socioeconómicos y culturales más frágiles.

Para definir las acciones encaminadas a identificar las preocupaciones y expectativas de la ciudadanía se utilizó la técnica de grupo nominal con ciudadanos/as y con profesionales de la salud procedentes de atención primaria. Es una técnica subjetiva, descriptiva, aproximada y exploratoria que, a pesar de no tener representatividad estadística, consideramos muy útil como complemento al análisis de la situación de salud. Un resumen de la metodología y los principales resultados se detallan en el Anexo 2.

## **Establecimiento de prioridades.**

La determinación de prioridades de intervención forma parte, al igual que el estudio de las necesidades, de la elaboración del Plan de Salud. Se precisa establecer un orden de prioridades, es decir jerarquizar, cuando los problemas de salud son múltiples y los recursos limitados. Es obvio, no obstante, que aquellas necesidades de salud no incluidas en el Plan van a seguir siendo atendidas tal y como se ha venido haciendo hasta ahora. El Anexo 3 recoge las etapas de la sesión de priorización y los principales resultados obtenidos.

Las áreas priorizadas por la Comisión Técnica forman el armazón del Plan de Salud. No obstante, a estas necesidades se añaden otras preocupaciones irrenunciables en un marco estratégico que huye de ser “asistencialista”. Con esta visión la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios asume el compromiso explícito de ahondar asimismo en otros aspectos considerados clave y estratégicos para mejorar y mantener la salud de los ciudadanos de Asturias. Entre los mismos figuran la seguridad alimentaria, las políticas de pueblos por la salud, las escuelas promotoras de salud, los accidentes de tráfico y la mejora de los procesos de apoyo al Plan.

## **Determinación de objetivos y actuaciones.**

Una vez decididos los problemas de salud que el Plan va a abordar se procedió a la definición de objetivos e iniciativas de actuación bajo unas consideraciones que han servido de brújula durante toda la fase: el planteamiento de trabajo es superponible en cada área y se pretenden alcanzar aquellos objetivos donde se produzca más ganancia en salud evitando listados interminables mediante la selección de los más relevantes. Para cada área estratégica se establecen un número limitado de objetivos que guardan una estrecha relación con los planteamientos de la OMS en el documento “Salud para todos en el siglo XXI”. No importa tanto “olvidar” ciertos objetivos sino que los escogidos respondan a requisitos tales como que estuviesen centrados en las necesidades de los ciudadanos; basados en evidencias científicas; ligados a la política de mejora continua de la calidad de nuestros servicios sanitarios; obtenidos a través de una

metodología abierta y participativa, realistas y factibles y tomando como base los indicadores, experiencias y programas en funcionamiento con repercusión en la mejora de la salud.

Con estos planteamientos y con la compañía y complicidad de la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana y la Fundación Avedis Donabedian se inició de forma paralela un trabajo con grupos de usuarios y de profesionales sanitarios que, si bien presenta herramientas y lenguajes diferentes, convergen en un objetivo final: que los asturianos y asturianas alcancen el mayor potencial de salud posible en el contexto y disponibilidad actual de recursos económicos y científicos-técnicos.

Para la definición de objetivos y líneas de actuación se constituyeron en una primera fase 14 grupos de trabajo formados por 6 a 10 pacientes y/o familiares aquejados por los problemas a abordar. Se utilizó la metodología de grupos focales de discusión donde se pretendía observar la realidad desde el punto de vista de los pacientes y profundizar en el por qué de las opiniones y de las conductas que de ellas se derivan. Además de obtener información en profundidad sobre las necesidades, expectativas y motivaciones de la ciudadanía se buscaba su implicación en la definición de la calidad de los servicios sanitarios. En la selección de los participantes se tuvo en cuenta especialmente la distribución geográfica de Asturias a fin de buscar representación del ámbito rural, urbano y de las cuencas mineras. En la última fase se llevaron a cabo dos reuniones específicas usando la metodología de grupo focal con personas pertenecientes a colectivos de inmigrantes y de etnia gitana.

Posteriormente se organizaron 19 grupos de trabajo de profesionales que de igual forma se centraron en cada problema concreto. Se usó la técnica de grupo nominal y el objetivo de cada grupo fue proponer objetivos, acciones concretas para alcanzarlos e indicadores para medirlos. Se seleccionó a profesionales directamente implicados en la atención del problema en el día a día en sus diferentes caras teniendo en cuenta además los distintos entornos de trabajo. Participaron un total de 178 profesionales de la salud de todos los estamentos profesionales y niveles asistenciales implicados.

La determinación de los objetivos e iniciativas en tabaco, educación afectivo-sexual, VIH/sida, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, drogas, escuelas promotoras de salud, pueblos por la salud, accidentes de tráfico, salud laboral, medio ambiente, servicios sanitarios y marco socio-sanitario

fueron elaboradas por expertos, muchos de ellos coordinadores y principales responsables en Asturias de los programas de referencia.

Una vez recopilada toda la información procedente del trabajo de los grupos de profesionales y usuarios se realizó un análisis global del contenido de cada sesión con el fin de configurar de forma homogénea y coherente las iniciativas del Plan de Salud. El resultado de este proceso se revisó por técnicos de salud pública y miembros del equipo responsable de la elaboración del Plan.





## SITUACIÓN DE PARTIDA

### Características Demográficas

En Asturias, según el último censo de 2001, viven 1.062.998 personas de las que el 52,1% son mujeres. A partir de los 65 años el volumen de mujeres se va incrementando, llegando prácticamente a duplicar a los hombres por encima de los 75 años según el Censo de 2001. Desde 1985 la población asturiana mantiene un crecimiento negativo a pesar de la leve mejoría en la natalidad y la inmigración. Se configura así una estructura donde los menores de 15 años apenas superan el 10% y los mayores de 65 años son el 22% de la población (el 14,5% y el 17% respectivamente en España).

La tasa bruta de natalidad es de 6,45 ‰, la más baja de España, mientras que la tasa bruta de mortalidad es de 11,04 ‰, la más alta. La esperanza de vida al nacer en mujeres es similar a la media nacional, mientras que en varones es 1,3 años menor.

Estos datos reflejan una sociedad con un alto índice de envejecimiento y un peso cada vez menor de las generaciones jóvenes donde no se aprecian señales que anuncien el cambio hacia una proyección demográfica de expansión.

### Problemas de Salud

Según la Encuesta de Salud para Asturias 2002 un 70,7% de la población adulta considera su salud al menos como buena y un 6,3% opina que su salud es mala. Los resultados de esta encuesta reflejan que el 84% de los adultos en Asturias no tienen limitaciones para realizar actividades en el hogar.

Al igual que en el contexto europeo, los tumores, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes son las enfermedades que más vidas se cobran y son responsables de más de dos tercios del total de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), es decir, la mortalidad de mayor repercusión y probablemente la más evitable.

En mujeres, el mayor porcentaje de APVP lo causan los tumores, sobre todo el de mama, las enfermedades del sistema circulatorio y los accidentes. Comparando estos indicadores con los de la población general de España se aprecia una menor cantidad de APVP por tumores en las mujeres de Asturias y una situación ligeramente peor respecto a los APVP causados por accidentes.

En los hombres el cáncer, principalmente de pulmón, ocupa el primer lugar como causa de muerte prematura. Los accidentes de tráfico y de trabajo merecen una especial atención al considerar la mortalidad de los más jóvenes. El suicidio tiene asimismo una cierta relevancia como causa de mortalidad al comparar sus tasas con el resto de España. Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la cardiopatía isquémica, originan un 5% más de APVP en los varones asturianos que en el resto de España.

Otros problemas de salud que en nuestra comunidad conviene tener especialmente muy en cuenta son:

- Aquellas enfermedades prevalentes como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades que cursan con dolor crónico cuya frecuencia aumenta de manera paralela al aumento de la esperanza de vida y son capaces por sí mismas o por sus complicaciones de producir grandes mermas en la capacidad funcional y en la calidad de vida.
- La ansiedad y la depresión, presentes en un 17% y 13% respectivamente de los ciudadanos asturianos, y las demencias, ligadas al envejecimiento, afectan paulatinamente a mayores segmentos de la población asturiana, disminuyendo el bienestar de los enfermos y sus cuidadores. Se espera un aumento considerable de la frecuencia de demencia senil en una población con múltiple patología crónica. La demanda de servicios sanitarios y sociales será, en este contexto, progresivamente creciente.
- Algunas infecciones por su trascendencia futura como la hepatitis C o la infección VIH – Sida y la tuberculosis, seguirán poniendo a prueba a todo nuestro sistema de protección de la salud.

## La Sociedad Asturiana

Asturias presenta problemas sociales de suficiente calado como para requerir, desde un proceso de reflexión, importantes dosis de esfuerzo conjunto para dar una respuesta eficiente a los retos planteados:

- El alto porcentaje de desempleo, a la cabeza de España, y que en las mujeres y en los jóvenes tiene especial relevancia.
- Las diferencias potencialmente evitables en salud entre las personas por condición social, género, edad o lugar de procedencia.
- El aumento de las personas dependientes ligado al envejecimiento de la población.
- La dificultad de acceso a la vivienda de todos pero especialmente de los jóvenes.
- El abandono de la zona rural y el subsiguiente asentamiento de asturianos en las grandes ciudades del centro dejando despobladas las alas de la región. Este hecho configura un mapa donde el 69% de la población vive en ciudades de más de 45.000 habitantes (zona centro) mientras que el 8,5% lo hace en pueblos menores de 5.000 habitantes.



## OBJETIVOS Y ESTRUCTURA

### Identificando qué perseguimos en salud a partir de nuestros problemas

La caracterización de los principales problemas y factores determinantes que influyen en la salud de la ciudadanía de Asturias nos permite enunciar un “horizonte de salud” hacia el que deberíamos dirigir nuestros esfuerzos. Tal y como hemos esbozado sucintamente, la foto que representa la salud en Asturias es susceptible de mejora. A partir de este retrato el Plan de Salud busca contribuir con sus propuestas ayudar y dar respuesta a los puntos críticos y fragilidades de nuestra población en materia de salud. Actuando bajo esta consideración nos acercaremos al cumplimiento del primer objetivo del Plan de Salud:

*“Ayudar a mantener y mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de Asturias”.*

Transcurrido el período de vigencia de “La salud como horizonte”, si sus acciones fueran llevadas a cabo y fueran exitosas es lógico pensar que se obtendrían avances en cuatro **objetivos generales** inspirados en la política de la OMS Salud para todos en el siglo XXI:

- 1. Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas, disminuyendo las diferencias en salud.**
- 2. Reducir los riesgos para la salud procedentes del medioambiente físico y social a través de alianzas que generen un compromiso y una coordinación real y eficiente entre administraciones, asociaciones, profesionales y ciudadanos.**
- 3. Alcanzar una vida más larga y de mayor calidad.**
- 4. Optimizar y hacer más eficaz, humano y sostenible el funcionamiento de los Servicios de Salud.**

La elección de los objetivos está sometida a distintas y variadas consideraciones. Nuestra apuesta no radica exclusivamente en perseguir objetivos de resultados finales sino también intermedios, de tal forma que podamos influir en los condicionantes de la salud “aguas arriba” de los problemas de salud (medioambiente, condiciones de trabajo, patrones de conducta y consumo, etc...).

La importancia de enunciar los objetivos radica en su valor como horizonte aunque ello implique una postura heterodoxa en la que las preguntas cobran más importancia que las respuestas ¿Dónde lo situamos? ¿En una proyección de resultados anticipada al tiempo para así “cumplir” sobradamente con las expectativas del equipo planificador? ¿O nos decidimos por un concepto dinámico donde es más importante un compromiso con los problemas de salud en términos de cambio o impacto? En todo caso el propósito último de cualquier plan de salud es alcanzar los objetivos en salud, no importa tanto que sean un listado exhaustivo y extenuante como el hecho de que sean catalizadores de acciones, estén presentes en todos los escenarios para la salud, estén bien documentados, basados en evidencias y faciliten el engarce entre las necesidades de salud de la población y la toma de decisiones en el terreno.

### **Avanzando hacia ese horizonte de salud. Cimientos y estructura del Plan de Salud**

La respuesta al cómo nos movemos hacia esa perspectiva en salud viene determinada por el trabajo en cuatro áreas estratégicas que responden a los cuatro objetivos generales del Plan de Salud. El esquema general del Plan puede verse en la figura 3.

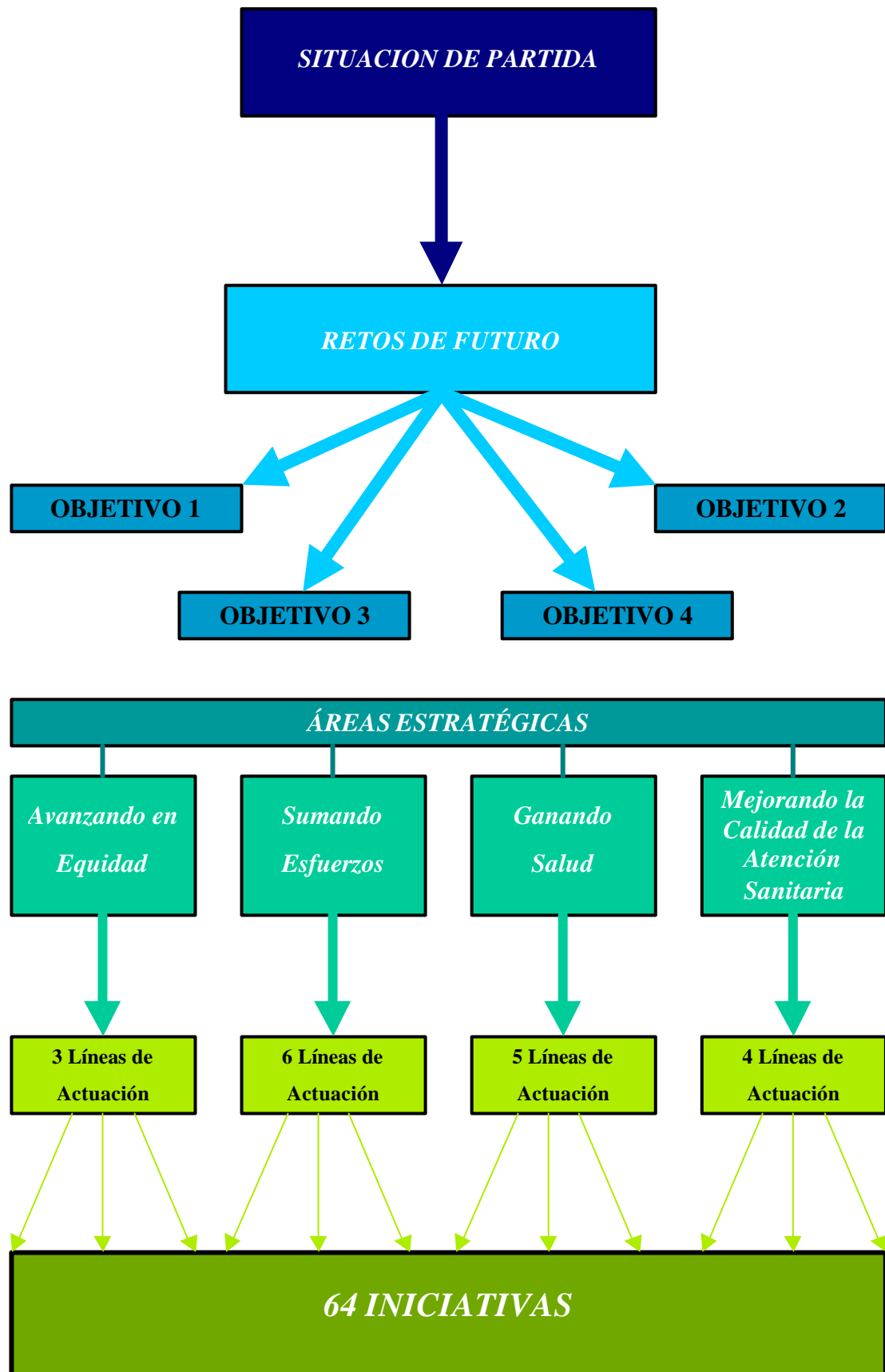


Figura 3. Esquema General del Plan de Salud



Se ha huido explícitamente de una visión y clasificación tradicional de los apartados donde ejercer la planificación para hacer hincapié en la perspectiva que desde Asturias se tiene de las zonas vulnerables en la salud de la comunidad y cómo mejorarlas. El marco general de trabajo no contempla el concepto de compartimentos estancos y sí apuesta, sin embargo, por dar una dimensión transversal a los problemas y necesidades de salud teniendo en cuenta los determinantes de la salud, los grupos de edad, los lugares para la promoción de la salud y la perspectiva de género.

Bajo estas premisas, de cada **área estratégica** emergen **líneas de actuación** que señalan los principales problemas o necesidades de salud priorizados por ciudadanos y expertos sanitarios. Su profundidad es variable y está en función de la magnitud, extensión y vulnerabilidad del problema. En la figura 4 se detallan las 18 líneas de actuación que configuran el Plan de Salud.

Cada línea de actuación engloba una serie de **iniciativas** que constituyen las alas de “La salud como horizonte”. Para su definición se ha contado con la participación de otros Departamentos de la Administración Pública. No todas las iniciativas se llevan a cabo en los mismos escenarios ni su realización supone la misma dificultad o la participación de similares actores. Unas priorizan las acciones con y sobre determinados colectivos de personas y otras en la población general, unas se desarrollan en la comunidad, escuela, ciudades o trabajo y otras se localizan exclusivamente en los servicios sanitarios. Unas tienen una orientación más filosófica, educativa o de modificación en los patrones de conducta y consumo cuya evaluación es más difícil por los factores incontrolables que influyen en el resultado final. Otras, por el contrario, son más operativas o inmediatas y por tanto más fáciles de medir.

El papel de las iniciativas como herramientas de cambio y transformación se concreta en la puesta en marcha de **acciones** precisas que finalmente producen resultados. Para evaluar estos resultados es preciso utilizar un conjunto básico de indicadores que permitan monitorizar globalmente el impacto del Plan de salud y en consecuencia valorar en qué medida nos movemos hacia ese horizonte de salud (ver capítulo de Implantación y Monitorización). Se considera que no es tan importante una cuantificación detallada y vigorosa de los objetivos como el hecho de medir los resultados periódicamente y comparar su evolución en el tiempo y con otros entornos cercanos y similares.

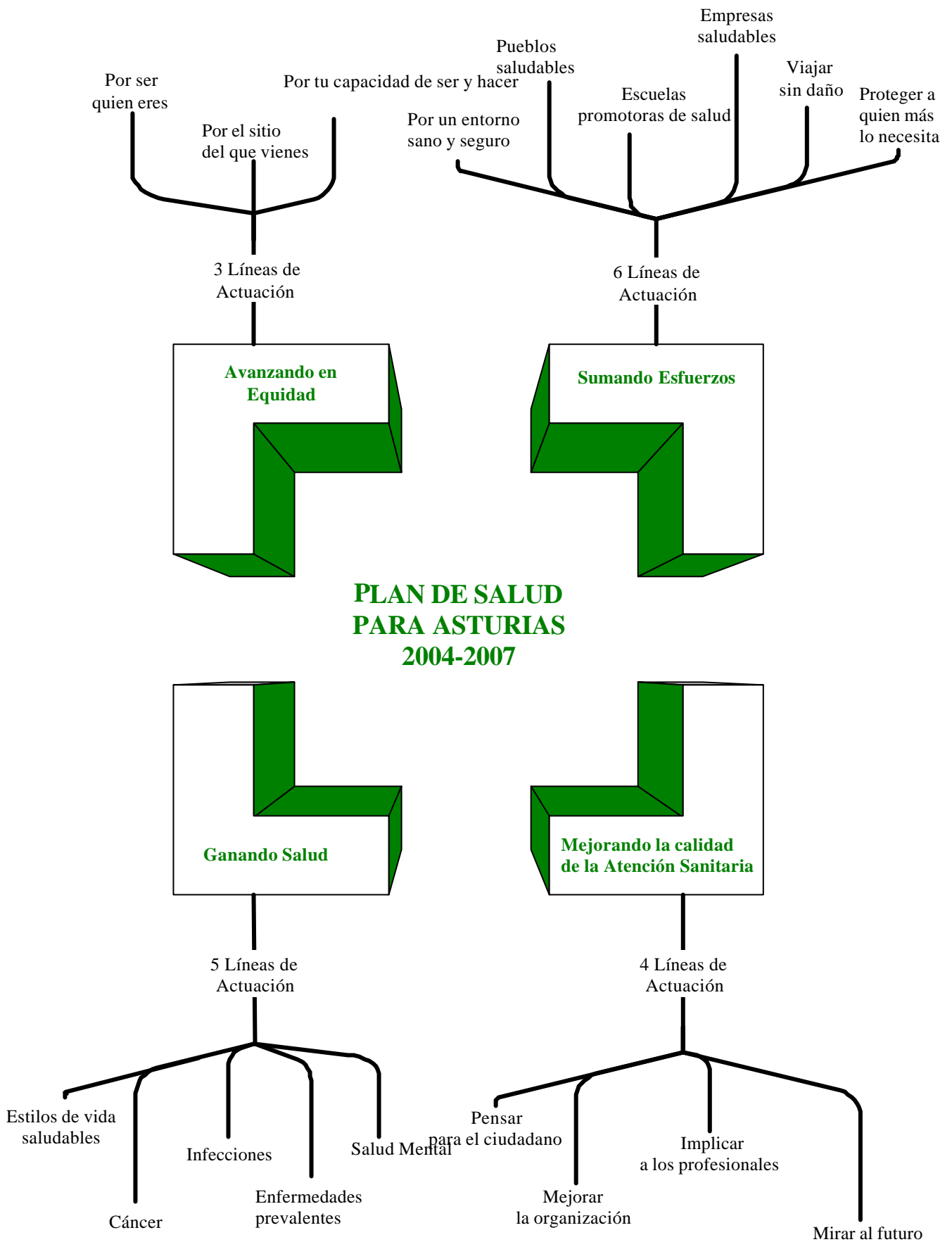


Figura 4. Estructura del Plan de Salud

La evaluación sistemática y continuada de los indicadores durante los cuatro años de vigencia del plan van a ir demostrando la pertinencia de las iniciativas propuestas y dónde hay que ir introduciendo correcciones o reorientando las acciones. Esta evaluación ha de referirse a la ejecución de las actividades y a la medida de la efectividad de las acciones y de la eficiencia de los resultados. El ciclo de desarrollo del Plan de Salud se aprecia en la Figura 5.

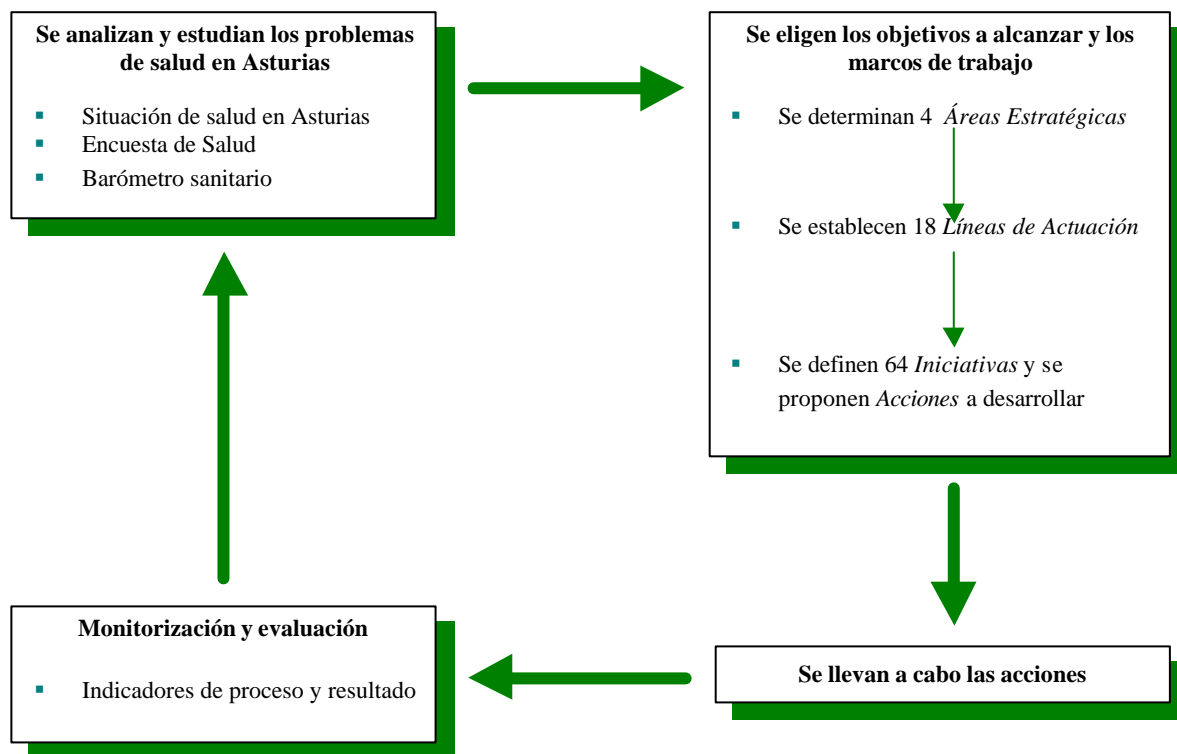


Figura 5. Ciclo de desarrollo del Plan de Salud (modificado de Van Herten et al).

### Equidad en salud

*“Es necesario enfrentar con urgencia las razones políticas, económicas y sociales fundamentales que provocan las crecientes desigualdades en salud, en el seno de todos los países, ricos y pobres. Todos los profesionales de la salud tienen que reafirmar su compromiso de involucrarse en tales enfrentamientos. Los programas para mejorar la salud de la población tienen que promover una dimensión de salud eficaz que se refleje en políticas sociales, económicas y ambientales”.*

*Declaración de Toronto de 2002.*

Durante el siglo XX, especialmente en la segunda mitad, se han producido considerables avances en la salud de nuestra población. La esperanza de vida en mujeres casi se ha duplicado desde 1900 hasta nuestros días y en el mismo periodo la mortalidad infantil ha pasado del 10% al 6%. Nunca en la historia de la humanidad las poblaciones han vivido tantos años como actualmente. Estos descensos tan importantes en la mortalidad son fruto de la mejora en las condiciones de vida, el desarrollo socioeconómico, la puesta en marcha de medidas de salud pública y la mejora de la atención sanitaria. Sin embargo estos y otros avances no siempre han alcanzado con la misma velocidad y con igual intensidad a los diferentes grupos sociales o personas de nuestra comunidad.

A principios de los años 80 se dio a conocer en Gran Bretaña un documento que forma ya parte de la historia: “El informe Black”. Su publicación tuvo un enorme impacto, si bien mayor en los discursos de los políticos que en sus actuaciones. Este texto señalaba que aunque el nivel de salud de la población británica había aumentado, las mejoras en los más pobres eran mucho menores que las de clases más pudientes, aumentando así la brecha de desigualdad entre ambas clases sociales.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo inició en 1993 un trabajo cuya finalidad era analizar las desigualdades sociales en salud y hacer recomendaciones acerca de la puesta en práctica de políticas públicas que redujeran las desigualdades existentes. Entre las principales conclusiones se confirmó la desigualdad entre la España del norte y noreste (nivel alto) y la España del sur-suroeste (nivel

bajo) y se destaca asimismo la asociación positiva entre diversos indicadores sociales con la mortalidad y el mayor número de problemas médicos entre las clases sociales más desaventajadas.

La distribución no aleatoria de los problemas de salud en una población y entre poblaciones es un problema ético. Las diferencias sistemáticas en la salud de las poblaciones y subpoblaciones son el resultado de interacciones entre muchos tipos de influencias que actúan en los ámbitos ecológico, comunitario e individual. Entendemos por equidad la ausencia de este tipo de diferencias, potencialmente evitables, en uno o más aspectos del estado de salud en determinados grupos de la población en función de sus características demográficas, sociales, económicas o geográficas. Sin embargo, no todas esas diferencias pueden ser descritas como injustas. Como argumentó la OMS: “el término injusticia tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las disparidades innecesarias y además también consideradas injustas. Así, para describir ciertas situaciones como injustas se deben examinar las causas en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”.

¿A qué clase de equidad deberíamos aspirar? Una respuesta sencilla podría ser: un estado de salud igual para todos. Pero siempre habrá personas más sanas que otras al igual que cada persona es diferente en otros órdenes de la vida y esas diferencias no siempre son injustas. Un ejemplo: hay enfermedades más prevalentes en gente mayor que son debidas al proceso natural de envejecer y podrían no ser vistas por la sociedad como injustas. Otras enfermedades son específicas de género: cáncer de próstata o de cérvix; el hecho de afectar exclusivamente a varones o mujeres no implica ser apreciadas como injustas. Lo son cuando las desigualdades de género determinan una mayor morbilidad y una peor calidad de vida. Esta inequidad no viene condicionada por la carga genética en sí, sino por las peores condiciones de vida de las mujeres en un marco socioeconómico más desfavorable: con menores ingresos económicos, mayor carga de trabajo en la familia y en el hogar, menor acceso a la formación, etc.

Como ya es conocido, además de las causas biológicas de desigualdades en salud, existe un amplio abanico de determinantes implicados. ¿Cómo decidir qué diferencias en salud se originan a partir de factores considerados injustos? La OMS argumenta que un principio clave para decidir si las diferencias en salud son injustas es si las personas tienen control sobre la situación que causa una salud peor, o dicho de otra forma: si la libertad de elección está acotada. Por ejemplo: las personas que viven en

barrios marginales no tienen el mismo acceso a una variedad de servicios (instalaciones deportivas, lugares de ocio, etc.) o a oportunidades como el empleo. Las mayores tasas de enfermedad ocasionadas por estos factores y un porcentaje relevante de pérdida de salud debido a esas condiciones podrían perfectamente definirse como injustas. A decir verdad, el sentido de injusticia aumenta en tales casos y los factores que en ella influyen se refuerzan unos a otros haciendo que estos grupos o personas sean muy vulnerables a la enfermedad.

Por otra parte hay situaciones sociales y económicas que condicionan la elección personal de participar o no en actividades que afectan a la salud. Por ejemplo, no en todos los hogares se puede comprar pescado fresco o fruta en la cantidad recomendada en una dieta saludable. Por otro lado los daños derivados de un accidente cuando se practican voluntariamente deportes de riesgo pueden no ser definidos como desigualdades injustas en la salud, ya que existe un grado de libertad en la elección de las personas que deciden realizar determinadas actividades en su tiempo libre.

Una situación diferente es que aquellas personas que viven en sociedades con mayor cohesión social; entendida como una medida de la universalidad y grado de cobertura del Estado del bienestar, del impacto redistributivo de las políticas públicas y con menores desigualdades sociales; tienen un mayor nivel de salud. Esta constatación impulsó a la OMS a “poner deberes” a la Región Europea cuando entre sus objetivos para el siglo en que estamos señaló que “las diferencias sanitarias entre los grupos socioeconómicos se deberán reducir mediante la mejora del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”. Tal vez pudiera parecer que se trata de una tarea pensada para los países más pobres pero si echamos una rápida ojeada a nuestros barrios y a nuestro entorno veremos que no nos es ajena.

Hechas estas consideraciones nuestra obstinación no debería dirigirse a la eliminación de todas las diferencias en salud, lo que es imposible, sino a reducir o eliminar aquellas que provienen de causas evitables o injustas. En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud se dibujó la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” con un objetivo principal y permanente “que cada ser humano tenga la misma oportunidad de alcanzar su potencial de salud y que nadie esté en desventaja para adquirir este potencial”. Para ello el nivel de salud de los más desfavorecidos debe mejorar sustancialmente. Alcanzar esta meta o, cuando

menos, acercarnos a este horizonte es verdaderamente el reto más importante que nuestra sociedad debe afrontar.

Pero esta reflexión ni es nueva ni debe ser fruto de un discurso demagógico perpetuado en el tiempo. Significa entender la salud como un derecho universal y no condicionado a los ingresos económicos o cualesquiera otra condición personal o social. Significa concebir los servicios sanitarios como un bien social donde la solidaridad es un atributo percibido como irrenunciable y que implica acciones políticas dirigidas a impulsar la protección de la salud para todas las personas. Significa llevar a la agenda, al día a día, políticas de salud redistributivas que rompan el vínculo “pobreza de recursos” y “pobreza en salud”.

### **Identificando desigualdades en salud.**

Actualmente persiste una gran controversia acerca del significado y la medición de las desigualdades en salud, las diferencias sanitarias entre grupos sociales y las situaciones de inequidad. Diferentes causas contribuyen a esta confusión: no disponemos de definiciones estandarizadas, las estrategias de medición son dispares y la falta de indicadores precisos ha limitado los análisis comparativos de los determinantes de las desigualdades en salud.

No podemos contentarnos con indicadores globales del estado de salud en Asturias ya que éstos neutralizan la situación de grupos socialmente excluidos de nuestra población donde se ocultan parte de las desigualdades existentes. No nos vale determinar los niveles medios de salud. Hay razones convincentes para medir las diferencias sanitarias entre grupos sociales ya que nos aportan luz sobre los factores causales que enlazan la salud con los principales determinantes socioeconómicos distales. Y esta debería ser nuestra primera tarea.

Una de las formas propuestas para abordar la identificación de situaciones de inequidad es hacerlo tomando como base ámbitos comunitarios pequeños. La principal virtud de este abordaje es que constituye una buena herramienta para describir modelos de salud y enfermedad, ya que los determinantes sociales y económicos adversos (viviendas insalubres, condiciones de trabajo desfavorables, desempleo,

bajos ingresos, etc.) tienden a agruparse. Sin embargo también hay dificultades para identificar inequidades en ámbitos muy locales. Se precisa dirigir la búsqueda a personas y lugares para no omitir bolsas locales de desigualdad en salud, por eso se precisan abordajes específicos basados en grupos étnicos, ingresos económicos, vivienda y nivel de empleo. El problema estriba en la falta de datos suficientes para reconocer las desigualdades. Difícilmente podremos disponer de un conjunto perfecto de indicadores de salud, unas veces por la carencia de datos y otras por su falta de precisión. Sin embargo, debemos hacer acopio de todas las fuentes de información disponibles y así rellenar las lagunas que nos encontremos en desigualdades de salud.

Con todo el conocimiento generado nos planteamos qué tipo de desigualdades en salud deberíamos identificar. Esta pregunta está estrechamente relacionada con las diferentes clases de objetivos en inequidad que deberían elegirse, es decir: ¿nos centramos en las enfermedades, en los factores de riesgo subyacentes? o ¿ponemos nuestra mirada en los determinantes de salud o en áreas geográficas concretas o en grupos particulares? No hay respuestas con los suficientes niveles de evidencia para señalar una u otra dirección, quizás la más adecuada según la literatura sea la resultante de usar una combinación de indicadores que incluyan determinantes de salud (vivienda, pobreza, economía, transporte, violencia, educación y medio ambiente), resultados en salud (tasas estandarizadas de mortalidad) y uso de servicios sanitarios (accesibilidad, orientación de la atención primaria, programas de prevención,...). En todo caso las intervenciones que persiguen una reducción de las desigualdades injustas en salud deben responder a cuatro preguntas; ¿qué debe hacerse?, ¿sobre quién?, ¿dónde se deben realizar? y ¿quién debe realizarlas?.

### **Tipos de objetivos en equidad**

Una vez que se han identificado una serie de desigualdades en salud debemos decidir en cuáles fijar nuestros objetivos para reducirlas o eliminarlas. Habría diferentes tipos de objetivos en equidad: aquellos considerados como simbólicos que pretenden motivar e inspirar pero que tienen el riesgo de generar desaliento a medio plazo por lo inalcanzable de sus propuestas. Otro tipo de objetivos serían los basados en factores de riesgo como la prevalencia de tabaquismo o en el abordaje de los factores determinantes de salud como la vivienda, el empleo o el nivel de ingresos. Los objetivos se pueden



asimismo dirigir a la búsqueda de resultados específicos en salud. Enfocan directamente las diferencias entre grupos socioeconómicos y tienen la ventaja de ser fácilmente comprendidos por la población y los profesionales de la salud. Otra forma de plantear objetivos es a través de la identificación de grupos o áreas de especial riesgo. Hay suficientes pruebas acerca del acúmulo de factores de riesgo en los mismos colectivos o entornos geográficos. Este tipo de metas permite centrarnos en partes de la comunidad que tienen necesidades específicas de salud.

Las experiencias en otros ámbitos (País Vasco y Cataluña) nos muestran que la combinación de los diferentes tipos de abordaje puede ser el camino más apropiado debido a las complejas interrelaciones entre los diferentes factores que influyen en la salud. De hecho, enfrentarnos a un factor muy concreto sin ligarlo a otros podría no producir los resultados que se buscan.

La reducción de las desigualdades en salud es uno de los objetivos comunes en la formulación de la planificación estratégica de las comunidades de nuestro entorno, incluidas las más ricas. Sin embargo su obstinada persistencia, a pesar de la aceptable equidad de muchos servicios sanitarios, incluido el nuestro, y de la universalidad de la atención, nos señala que los servicios sanitarios son sólo una parte del problema. El nivel de renta, la tasa de paro, las complicidades sociales y la autoafirmación y seguridad de cada persona son hilos de una red causal cuya interrelación es harto compleja para determinar qué grado de responsabilidad tiene cada uno. El modo en que desentrañemos el peso de cada factor determinante en las desigualdades sociales en salud influirá decisivamente en dirigir las estrategias allí donde el ruido de las evidencias es mayor.

En el Plan de Salud para Asturias se abordan los objetivos de salud en equidad impregnando todas las líneas de actuación pero algunas, consideradas más “frágiles”, resaltan de forma especial: desigualdades sociales en salud, edad, género y ámbito geográfico de procedencia. Se pretende disminuir o atenuar las desigualdades en salud por “el quién eres, de dónde vienes y las dificultades que tienes para hacer cosas”.

## Situación en equidad

Según el informe que anualmente publica el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) España es el país de la Unión Europea con menores desigualdades sociales. Lo que no dice, según Vicenç Navarro, es que el indicador usado para la distribución de la renta es más sensible y recoge mejor las rentas del trabajo que las del capital (en España son las más altas de la OCDE). Uno de los indicadores que hace visible las desigualdades sociales es el número de años que los ricos viven más que los pobres. En este apartado España “no va tan bien”: somos uno de los países de la Unión Europea con mayores desigualdades sociales, es decir, donde la brecha entre la esperanza de vida de las clases sociales altas y la de las clases bajas es mayor. No debería sorprendernos a estas alturas, la pobreza lleva de la mano menor cantidad y calidad vida, aquí y ahora. Y esta es una realidad tan profundamente dura que, éticamente, sólo podemos acercarnos a ella aumentando la sensibilidad social con hechos: intensificando la protección social y su efecto redistributivo, favoreciendo las rentas del trabajo frente a las del capital e incrementando el porcentaje del PIB destinado a gasto público sanitario o de otro tipo.

¿Cómo estamos en nuestra comunidad? Según el último informe anual de Fundación “La Caixa” el nivel de riqueza de Asturias (de 1 a 10) cae por debajo de la media en España (5 frente a 6). Este índice considera el dinero ingresado en las unidades familiares y datos como líneas telefónicas fijas, redes de ADSL, proporción de trabajadores con estudios superiores, demandas de empleo, distancia entre municipios y el precio de la vivienda. Si bien es menester relativizar la importancia de este tipo de índices, por la propia metodología usada, sirve para aportar elementos de reflexión y alguna pincelada de trazo grueso de nuestra situación. En todo caso la causa del descenso en el nivel de riqueza de esta región estriba en la pérdida de vitalidad de los sectores agrícola, ganadero y pesquero en los municipios de las zonas rurales. Las crisis de la minería contribuye significativamente al descenso del nivel económico en Asturias a pesar del empuje en la riqueza regional de la zona centro.

Otro indicador a tener en cuenta en este apartado es el índice sintético de bienestar social donde Asturias tiene una situación intermedia en el conjunto del Estado español. Se construye teniendo en cuenta el nivel de renta, el índice de salud, los servicios sanitarios, el nivel educativo, la oferta cultural y de ocio, el empleo, las condiciones de trabajo (calidad de empleo), la vivienda y el equipamiento del

hogar, la accesibilidad económica y seguridad vial, la convivencia y participación social, la seguridad ciudadana y medioambiental y el entorno natural y clima. Respecto al nivel de servicios sanitarios el nivel de Asturias es muy aceptable en oposición al bajo índice de salud. Lamentablemente la ausencia de información respecto a la estandarización y su cálculo impide extraer conclusiones más fidedignas. En todo caso esta información complementa la situación de salud al abordar otros aspectos esenciales en la vida de las personas hasta hace bien poco alejados de las aproximaciones tradicionales de la salud pública.

¿Cómo se sienten los ciudadanos en nuestra Comunidad? Tal y como se recoge en la Encuesta de Salud para Asturias 2002 (ESA-2002) el 24,4% de la población asturiana considera su estado de salud como excelente o muy buena. Este porcentaje asciende al 70,7% si añadimos las personas que califican su salud de buena.

Estos datos varían al considerar la clase social. Entre las personas que opinaron que su salud era mala un 66% pertenecían a las clases sociales más bajas (IV y V) y un 9,4% a las más altas (I y II). La autovaloración de la percepción del estado de felicidad nos señala que un porcentaje muy alto de los individuos (89%) se considera muy o bastante feliz, frente a sólo un 10 % que se siente poco feliz.

El nivel de estudios alcanzado en orden a la clase social es claramente significativo en Asturias según la ESA-2002. En el estrato social más bajo un 16% de la población tiene los estudios primarios incompletos. Esta cifra es del 2,1% en la clase más alta, donde por otra parte el 53,6% de las personas tienen una licenciatura universitaria o equivalente mientras que en la franja social más deprimida apenas llega al 8%.

Tal y como se ha descrito la tarea de desarrollar e implantar políticas cuyo fin sea el reducir las desigualdades en salud no es la más fácil si se quieren buscar resultados a corto plazo o se pretenden controlar todas las variables en juego. Si reconocemos que las causas socioeconómicas y políticas de carácter estructural son las que mejor explican las desigualdades existentes estamos en condiciones de asumir que estas causas no son fatalmente irresolubles sino que pueden modificarse con un coste social asumible.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 1: Por ser quien eres.**

### **Iniciativa 1:**

#### **CONTEMPLANDO LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

La igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, si bien se ha conseguido en el plano formal todavía no es una realidad en nuestra sociedad. En este sentido, se puede decir que la desigualdad por razones de género está presente en todos los aspectos de la vida: el empleo, la participación sociopolítica, la cultura, el deporte, etc. Sin duda alguna, las mujeres han recorrido un largo camino hacia la consecución de sus derechos, de la igualdad, pero todavía hoy queda un importante trecho por recorrer.

Por ello es necesario plantearse en este Plan de Salud una revisión tanto de los planteamientos que hay acerca de la salud de las mujeres como de la asistencia sanitaria que se presta a las mujeres, y todo ello desde la evidencia científica que sobre estas cuestiones hay hoy en día. Pero tampoco podemos olvidarnos aquí de la percepción que las mujeres tienen de su salud y de la asistencia que reciben. Esto se logrará en la medida en que seamos capaces de incorporar la perspectiva de género a las distintas líneas de actuación que componen este plan y mostremos aquellos aspectos singulares de la salud femenina. Esta idea ya está recogida en el IV Plan de Acción Positiva para las Mujeres de Asturias.

No podemos olvidarnos de que las mujeres son una parte de la población, sobre la que interactúan otras variables que es necesario tener en cuenta: la edad, la clase social, la procedencia rural o urbana, etc

Aunque la esperanza de vida de las mujeres asturianas es de 83,7 años, 7,8 años más de vida que los varones, su estado de salud es peor. La expectativa de mala salud subjetiva al nacer es 7,4 años mayor en las mujeres. Según la ESA-2002 la limitación de alguna o muchas actividades a causa de la salud es más frecuente en mujeres (20,7%) que en los hombres (10,5%). La autovaloración de la salud también varía con el género. Las mujeres tienen una tendencia a valorar su salud como regular o mala en el 32,9% frente al 25,1% de los varones. A pesar de las muchas explicaciones barajadas para sostener estos datos es

diáfano que las mujeres desempeñan papeles y funciones, determinados por el sexo, que las conducen a tener una peor salud.

Respecto a las tareas domésticas se destaca que un 56% de las mujeres manifiestan que el trabajo del hogar recae en ellas exclusivamente. Cuando se les pregunta a los hombres este porcentaje es del 9,1%. Se comparten tareas en un 10,1% de los hogares. Entre las personas encuestadas de 16 a 64 años, casados o que viven en pareja, la dedicación media semanal de las mujeres al trabajo doméstico en días laborales es de 24 horas (D.E.= 2,41). En el caso de los hombres es de 12,06 h (D.E.=1,75). El análisis por clases sociales constata que las mujeres de clases más desfavorecidas son las que trabajan más horas en casa. En varones no hay diferencias significativas. Estas cifras reflejan de forma muy directa el impacto extraordinario de la dedicación de las mujeres a la atención de las personas dependientes (niños, discapacitados, ancianos) en el seno del hogar.

Respecto a la situación laboral, según datos de octubre de 2003, el paro registrado en Asturias alcanzaba a 53.450 personas de las que el 62% eran mujeres. De las 10.355 personas sin empleo anterior el 77% son mujeres. Según la ESA-2002 hay una mayor proporción de hombres ocupados (48% frente al 30% de las mujeres). Están en situación de desempleo un 5,9% de los varones y un 8,7% de las mujeres. La proporción de paro de larga duración es el doble en las mujeres.

En la encuesta de salud para Asturias, el 3,8% de las mujeres se consideran maltratadas, aunque la realidad del maltrato en su justa concepción llega al 9,3%. No obstante, en el año 2003 476 mujeres y menores ingresaron, en Asturias, en la Red Regional de Casas de Acogida y 1248 presentaron denuncias por maltrato y al menos 3 mujeres murieron en Asturias como consecuencia de las agresiones sufridas. Son cifras que invitan a algo más que la reflexión.

La violencia contra las mujeres es un claro ejemplo de la desigualdad social que todavía pervive entre mujeres y hombres. Constituye un atentado contra la dignidad humana y el desarrollo ético de la sociedad. En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer (1993), en su artículo 1, se define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o

sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada.

La violencia contra las mujeres es un problema social en cuya lucha es necesaria la implicación de la sociedad y de las administraciones públicas, de ahí el Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres.

La esfera afectivo – sexual es fundamental para todas las personas, hombres y mujeres, y por ello el Plan de Salud del Principado de Asturias le presta una atención importante. Promover la igualdad entre los sexos en el marco de la educación afectivo – sexual es un requisito imprescindible para que realmente las personas puedan disfrutar de una vida sexual placentera y para avanzar en la erradicación de la violencia hacia las mujeres, tan ligada a los afectos más íntimos. Es por tanto, condición necesaria para favorecer un adecuado desarrollo afectivo y emocional de las personas.

Es necesario reforzar las actuaciones dirigidas a informar adecuadamente a la población general –y en particular a las mujeres- para capacitar a las personas en la toma de decisiones sobre los procesos clínicos a que son sometidas cuando están enfermas o aquellos en los que son invitadas a participar estando sanas, como es el caso de los programas de cribado y, específicamente, el de cribado de mama. Es necesario establecer nítidamente sus inconvenientes, al igual que los efectos positivos, e informar adecuadamente a las mujeres para mejorar su capacidad de elección y protección.

A este conjunto de preocupaciones responde el Plan de Salud del Principado de Asturias. Mejorar la atención a las mujeres en los aspectos referidos y transversalizar la perspectiva de género constituye una contribución significativa en beneficio de la equidad en la salud que, sin duda, redundará positivamente en su calidad de vida y en su salud.

España es uno de los países con menor proporción de mujeres en trabajos a tiempo parcial. Por otra parte, la cobertura de los servicios públicos de atención a niños hasta 3 años apenas sobrepasa el 2%, colocándonos en la cola de los países de la Unión Europea. La consecuencia del insuficiente desarrollo de la educación infantil es que los padres (sobre todo las madres) no pueden compaginar sus

responsabilidades familiares y profesionales, limitando el desarrollo personal y profesional de las mujeres amén de otros efectos no deseados como su menor presencia en los ámbitos de decisión y la reducción de sus pensiones de jubilación.

Mención especial merecen las referencias a la violencia de género. Existe una violencia doméstica, laboral y social, que es fundamentalmente emocional, psíquica y sexual que todavía es casi desconocida. Es el maltrato diario de la humillación, amenazas y descalificaciones a las que se ven sometidas muchas mujeres por los hombres con los que conviven. Este maltrato no es visible pero deteriora precozmente y a largo plazo la salud de las mujeres y de sus hijos, pasando inadvertido para el profesional sanitario. Para hacernos una idea más aproximada de la magnitud de esta lacra sirva saber que sólo un 10% de los maltratos son denunciados.

La frecuencia del maltrato en la mujer por parte de su compañero supone situarnos ante un problema de una gran trascendencia que abarca múltiples planos y, en consecuencia, requiere de respuestas también multidisciplinares. Su incidencia social es evidente y el esfuerzo por combatirla cada vez más participativo, aunque claramente insuficiente. Pudiera parecer que se trata de un fenómeno nuevo. No es así, sólo que se presenta con connotaciones distintas. Durante siglos esta clase de violencia parecía enraizada en las más profundas tradiciones del dominio masculino, sintiéndose incluso como algo asumido dentro del entorno familiar generalmente con el silencio de la mujer. La violencia como manifestación de la desigualdad entre hombre y mujer es una vieja fórmula a la que han recurrido y todavía recurren determinados varones para mantener unos privilegios absolutamente rechazables.

Acciones a considerar:

- ◆ Impulsar con otras organizaciones e instituciones las políticas de igualdad de oportunidades de hombres y mujeres que corrijan en el futuro la desigual distribución de las responsabilidades en el ámbito doméstico -familiar, empleo y ámbito de toma de decisiones.
  
- ◆ Introducir e impulsar, como materia transversal en el diseño curricular de los centros docentes de Asturias, una educación para la salud cuyos contenidos contribuyan a la socialización de las generaciones más jóvenes en el cambio de los roles clásicos hombre-mujer.

- ◆ Desarrollar e implantar servicios públicos para el cuidado de los niños y niñas de 0 a 3 años.
- ◆ Crear y mejorar los recursos disponibles para las mujeres maltratadas: casas de acogida, pisos tutelados...
- ◆ Promover y apoyar la investigación en violencia de género.
- ◆ Formar al personal sanitario, tanto de atención primaria como especializada en relación con la realidad social del maltrato contra las mujeres, así como en la atención a las mujeres víctimas de violencia.
- ◆ Avanzar en la progresiva aplicación del protocolo para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia en el ámbito sanitario.
- ◆ Evaluar el funcionamiento del servicio de atención psicosocial a mujeres víctimas de violencia, puesto en marcha con carácter piloto por el SESPA, y reforzarlo si se demuestra eficiente.

#### Iniciativa 2:

VELANDO Y MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR/A DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA: EDAD, ENFERMEDAD MENTAL, DEMENCIA, CÁNCER, ACV, ALCOHOLISMO, TOXICOMANÍA, ETC.

Un cuidador/a informal es aquella persona que procede del círculo familiar (en más del 80% de los casos), de amistades o vecinos, que asume los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor, y que no recibe remuneración alguna por realizar estas tareas. Habitualmente, en más del 90% de los casos, es una mujer (esposa, hija o nuera) sobre quien recae la mayor responsabilidad. La trascendencia de los cuidados familiares es tal que son por sí mismos un importante predictor de institucionalización entre enfermos crónicos y ancianos discapacitados, en el sentido de que un buen apoyo familiar puede evitar o reducir la institucionalización de estas personas.

El hecho de que nuestro sistema sanitario precise mejorar la eficiencia de los recursos disponibles (la familia actúa como un recurso del sistema sanitario) no significa que deba delegar en la familia todo el cuidado en el domicilio. Es decir, la asistencia a las personas en su domicilio no es



monopolio ni de la familia ni del sistema sanitario, sino que uno y otro se deben complementar. La responsabilidad del cuidado debe ser compartida.

El cuidador/a está sometido a una sobrecarga física y psicoafectiva derivada de las responsabilidades y actividades del cuidado, de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura. Los esfuerzos físicos mantenidos en el tiempo y el impacto emocional acaban afectando a la salud, bienestar y comportamiento.

Respecto a las tareas domésticas se destaca que un 56% de las mujeres manifiestan que el trabajo del hogar recae en ellas exclusivamente. Cuando se les pregunta a los hombres este porcentaje es del 9,1%. Se comparten tareas en un 10,1% de los hogares. Entre las personas encuestadas de 16 a 64 años, casados o que viven en pareja, la dedicación media semanal de las mujeres al trabajo doméstico en días laborables es de 24 horas. En el caso de los hombres es de 12,06 horas. El análisis por clases sociales constata que las mujeres de clases más desfavorecidas son las que trabajan más horas en casa. En varones no hay diferencias significativas. Estas cifras reflejan de forma muy directa el impacto extraordinario de la dedicación de las mujeres a la atención de las personas dependientes.

Por ello, merece especial atención el papel de las mujeres como cuidadoras que incide negativamente en su salud y en sus posibilidades de participación social y económica.

En Asturias un 3% de los adultos entrevistados en la ESA-2002 refieren convivir en su hogar con alguna persona con discapacidad y un 5% convive con mayores de 64 años. El 45% de las mujeres refieren ser ellas solas las que cuidan de la persona con discapacidad. Los varones responden en un 23% que son ellos los encargados del cuidado. Más de la mitad de las mujeres refieren ser las únicas personas que en su familia cuidan a los menores de 15 años. En el caso de los hombres este porcentaje no llega al 2%.

Estos números nos sirven para echar por tierra esa autosatisfacción a la que nos referimos cuando hablamos del estado del bienestar en nuestra sociedad. Detrás de ellos hay sacrificio y abnegación por

parte de un sector de la población, mujeres mayoritariamente, que ve truncada su realización personal por un desequilibrio en el reparto de tareas. El gasto público en servicios de apoyo a las familias (escuelas de infancia, unidades de ayuda domiciliaria a ancianos y discapacitados...) es menor que el de la media de la Unión Europea, ¿quién soporta entonces estas deficiencias? No caben dudas en este sentido: las familias. Si añadimos el cuidado de hijos e hijas adultos en paro que continúan en casa y las tareas domésticas resulta que la mujer española es la que trabaja más horas a la semana en labores familiares si tomamos como referencia la población europea.

Acciones a considerar:

- ◆ Avanzar hacia un nuevo modelo social de cuidado de las personas dependientes, en el que la corresponsabilidad de familia e instituciones sustituya progresivamente el modelo actual en el que son las mujeres las cuidadoras.
- ◆ Ampliar las plazas disponibles en los centros de día para evitar o mejorar la situación de sobrecarga que sufren las cuidadoras.
- ◆ Aumentar los servicios públicos de atención domiciliaria y sistemas de respiro o descanso del cuidador que permitan el ingreso temporal del paciente en una residencia o centros de larga estancia.
- ◆ Mejorar los recursos sociales comunitarios. Entre ellos se encuentran los mecanismos de ayuda domiciliaria destinados a cubrir necesidades cotidianas en el manejo de los enfermos dependientes, como son sus necesidades de movilización.
- ◆ Aumentar la disponibilidad de servicios domiciliarios de ayuda a las familias para el cuidado de ancianos y discapacitados.
- ◆ Mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud y la información de la población sobre los recursos y servicios de apoyo a la cuidadora.
- ◆ Detección precoz de las situaciones de especial vulnerabilidad o agotamiento en las cuidadoras. Establecer medidas preventivas del deterioro físico y psicológico previa valoración en atención primaria del grado de sobrecarga, recursos disponibles y afectación de la calidad de vida de la cuidadora.

- ◆ Apoyar económicamente a las familias que cuidan de personas dependientes.
- ◆ Favorecer por parte de los profesionales de atención primaria el apoyo y soporte técnico, instrumental y emocional que requiera la familia y el cuidador familiar, para poder afrontar el cuidado con las menores repercusiones y perjuicios posibles.

### Iniciativa 3:

#### ADAPTANDO EL MODELO ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA) A LAS NECESIDADES REALES DE LOS ANCIANOS.

El paisaje de nuestros pueblos y ciudades se ha transformado. No sólo los edificios y calles. También sus gentes. Hasta hace unos años lo más frecuente era pasear por calles atestadas de niños yendo a la escuela, madres embarazadas, adolescentes, estudiantes...etc. Esa fotografía empieza a teñirse de sepia. Es cada vez más notoria la presencia de gente mayor en cualquier esquina o sentados en los bancos de los parques. El aumento de la población anciana, lejos de ser una mala noticia, es un fiel reflejo del incremento de la esperanza de vida, de conquistas en muchas facetas del desarrollo humano. Felicitémonos también por ello.

Sin embargo, sería una omisión de graves consecuencias negar que el envejecimiento de la población supone asimismo un desafío que tiene y tendrá repercusiones en todos los ámbitos de la vida diaria de hombres y mujeres, y algunas exigirán un esfuerzo adicional y solidario. En la economía afectará el crecimiento económico, al ahorro, las inversiones y el consumo, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos y la transferencia de capital y propiedades, así como a la asistencia prestada por una generación a otra. El envejecimiento seguirá afectando a la salud de los ciudadanos (aumento de enfermedades crónicas e invalidantes) y generará mayores demandas de ayuda médica, social y familiar. Afectará asimismo a la composición y organización de la familia, la vivienda y las migraciones

Fijémonos en algunas cifras aunque no necesitamos muchas. Hoy en día la edad media en el mundo es de 26 años. El Yemen es el país con la población más joven, con una edad media de 15 años; el Japón es el que tiene la población más anciana, con una edad media de 41 años. Para 2050, se prevé que la edad media aumentará en 10 años, es decir a 36 años, y que en ese momento el país con la población más vieja será España, con una edad media de 55 años y con el 43% de la población con más de 60 años.

Y dentro de España, Asturias está a la cabeza en esos cambios demográficos sin precedentes. Mientras los índices de natalidad y de fecundidad disminuyen en Asturias (tenemos la menor tasa de natalidad de España), la esperanza de vida aumenta cada año. En 2001 los ciudadanos de Asturias viven una media de 83,7 años en el caso las mujeres y 75,9, en el caso de los varones, 8 y 6,5 años más, respectivamente que en 1970. Ocupamos el segundo lugar entre las CCAA que tienen mayor proporción de habitantes de 65 y más años (21,9% frente al 17% del total de España).

Todos estos datos configuran una estructura demográfica en la que, de seguir con la tendencia observada en los últimos años, ya no se repetirán pirámides con muchos jóvenes en la base y pocos ancianos en la cúspide. Los próximos años estarán configuradas por una sociedad en que atender a otras personas configurará sus principales señas de identidad. Nadie saldrá indemne de estos cambios y, como suele suceder, la atención a los mayores puede sentirse vapuleada. Teniendo en cuenta que una persona mayor de 65 años consume 4 a 7 veces más recursos sanitarios, es de prever un aumento en la demanda para los próximos años. El envejecimiento de la población es un factor considerable en el crecimiento del gasto público nominal en salud. Se ha calculado que el 40,3% del gasto total de 1997 corresponde a la población de 65 años o más. Dos preguntas: ¿Seguirá en el futuro la oferta de servicios un ritmo paralelo al de las necesidades?

Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar e implantar actividades que promuevan el envejecimiento activo, la autonomía, la mejora de la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores.
- ◆ Impulsar y reforzar servicios y actividades específicas para los mayores: hospitales de día, atención domiciliaria desde atención primaria y servicios sociales, programas de rehabilitación y tratamiento psicogeriatrico.
- ◆ Mejorar las habilidades en comunicación de los profesionales de la salud con las personas mayores.
- ◆ Promover la participación de las personas mayores en actividades sociales y comunitarias.
- ◆ Facilitar el acceso a recursos técnicos que favorezcan la actividad y autonomía de las personas mayores.

- ◆ Desarrollar programas que coordinen, monitoricen y evalúen los servicios disponibles para los ancianos frágiles y marginados en sus diferentes formas. Reforzar las figuras del médico de familia y del trabajador social como referentes de los cuidados de la gente mayor.
- ◆ Simplificar los circuitos administrativos en la atención a los ancianos facilitando la gestión de cualquier tipo de trámite relacionado con servicios de salud y sociales.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 2: Por el sitio del que vienes.**

### **Iniciativa 4:**

**CONSIDERANDO EN TODAS LAS FASES DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD LAS NECESIDADES Y RASGOS DIFERENCIALES DE AQUELLOS COLECTIVOS MÁS VULNERABLES POR SU CONDICIÓN, SU ÁMBITO GEOGRÁFICO DE PROCEDENCIA, SU ETNIA, ETC., CON INDEPENDENCIA DE SU SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, Y GARANTIZANDO LA ACCESIBILIDAD A TODOS.**

A partir de los años 80 España se convierte en un país receptor de inmigrantes. La búsqueda de un empleo, de educación y futuro para los hijos, de un mayor bienestar y a veces de supervivencia está en la raíz de los nuevos flujos migratorios. La salud de una parte importante de los inmigrantes está afectada por los mismos determinantes que el resto de la población pero tiene unas peculiaridades que les hacen más vulnerables a los problemas de salud: dificultades para encontrar una vivienda digna, problemas de comunicación e integración sociocultural a causa del idioma, trabajos precarios y mal pagados, situación administrativa irregular, rechazo social, etc.

No hay trabajos que respalden una prevalencia de enfermedades significativamente diferentes entre comunidades locales y de inmigrantes. Por lo tanto no es prudente ni hay evidencias que sostengan la conveniencia de desarrollar campañas donde la palabra inmigración vaya paralela a determinadas enfermedades que por otra parte implican una seria estigmatización: sida, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, etc. En este sentido el riesgo de alentar la xenofobia no debería ser menospreciado.

Según fuentes del Registro de Extranjeros Residentes de la Dirección General de la Policía del Ministerio del Interior, a fecha 30 de junio de 2002 se registraban en España 1.448.631 extranjeros residentes. En Asturias se registraron 11.887 personas de las que el 49% eran mujeres. Casi un año más tarde, en marzo de 2003, hay censados en los diferentes municipios asturianos 22.000 inmigrantes. Esta es la cifra oficial; como todos sabemos la real es diferente debido a que muchas personas no tienen regularizada su situación administrativa y “no figuran” en las estadísticas, como si no existiesen, son transparentes. Se estima que habría que sumar unos 5000 ciudadanos “sin papeles”, el doble que hace un año. Se calcula que un 2,2% de la población asturiana es inmigrante, en cualquier caso por debajo de la media nacional. Estas cifras permiten diseñar de forma estratégica políticas de salud que incidan en un mayor bienestar de este colectivo. La procedencia geográfica de los inmigrantes es muy diversa si bien el

grupo de personas más numeroso procede de Marruecos, Colombia, Ecuador, países sub-saharianos y países del este europeo.

En el año 2001 se constituyó en Asturias el Observatorio permanente de la inmigración entre cuyos objetivos está conocer la situación socio-económica del colectivo inmigrante y configurar un lugar de encuentro de los diferentes actores que trabajan en este campo. A partir de 2001 se iniciaron contactos desde el Servicio de Promoción y Programas de la Dirección General de Salud Pública con diferentes colectivos de inmigrantes y grupos étnicos. Se usaron instrumentos cualitativos para comprender mejor el abanico de dificultades con las que cada día se enfrentan para mantener y mejorar su salud y obtener un conocimiento de primera mano acerca de sus necesidades. En 2003 se constituyeron grupos focales de discusión con personas de etnia gitana e inmigrantes. Las preguntas alrededor de las cuales se fue construyendo su discurso fueron:

1-¿Qué aspectos prioritarios debería abordar el Plan de Salud para Asturias para mejorar el estado de salud del colectivo inmigrante y gitano?

2-¿Qué acciones deberíamos realizar para alcanzar esos objetivos?

Se destacaron de forma prioritaria los siguientes problemas: Dificultad en la accesibilidad a los servicios sanitarios, problemas psicosociales (desarraigo familiar, social, cultural, laboral, ansiedad, depresión...), problemas en la salud de las mujeres (programas de planificación familiar inaccesibles, dificultades en el seguimiento del embarazo, no acceso normalizado a la interrupción voluntaria del embarazo).

Acciones a considerar:

- ◆ Mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los recursos y la continuidad de los cuidados según el contexto de cada persona.
- ◆ Elaborar una guía sobre prestaciones, derechos y servicios en diferentes idiomas donde se informe de los trámites de acceso y cómo regularizar la situación evitando arbitrariedades.
- ◆ Diseñar y llevar a cabo planes de formación específicamente dirigidos a inmigrantes que faciliten su incorporación al mundo laboral y social.

- ◆ Formar agentes y mediadores de salud que, a través de intervenciones comunitarias, promuevan la educación para la salud, disminuyan la distancia entre usuario y profesional, estimulen la creación de grupos de autoayuda, aborden la desmedicalización de problemas sociales con otras herramientas y faciliten el acceso a los recursos sociosanitarios en personas que no hayan normalizado su integración.
- ◆ Crear una cultura de asistencia integral, flexible y multicultural adaptada a la diversidad de los diferentes grupos de inmigrantes.



### **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 3: Por tu capacidad de ser y hacer.**

#### **Iniciativa 5:**

**FACILITANDO LA INCORPORACIÓN SOCIAL Y LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SEA DEBIDA A PROBLEMAS FÍSICOS, PSÍQUICOS O DE DEPENDENCIA A DROGAS.**

La autovaloración de la salud refleja, fundamentalmente, la capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana más que el estado de salud objetivo o real. Hasta hace poco las personas de nuestros pueblos formulaban el deseo de salud de sus futuros hijos con expresiones tales como: “que venga útil”. Al margen de otras consideraciones sociales y económicas ese deseo encierra el verdadero concepto de salud para muchas personas: ser útil, tener una capacidad funcional tal que permita desarrollar el máximo de actividades, incluidas, por supuesto, el trabajo como instrumento de independencia económica y de participación en la vida social.

En España viven algo más de tres millones y medio de personas con discapacidad. En Asturias el 6,6% de la población mayor de 5 años manifiesta incapacidad para las actividades de la vida diaria. De ellos, alrededor de la mitad se encuentran en edad de trabajar. Las personas con discapacidad originada por déficits motores, psíquicos o sensoriales forman un conjunto muy heterogéneo, por el momento de instauración (procesos congénitos o adquiridos), por sus características personales y por la cuantía de su discapacidad.

Según datos de la ESA-2002 un 84% de la población encuestada cree no tener limitaciones para realizar actividades en el hogar a causa de su salud. La limitación para realizar actividades en el trabajo asciende al 10% sin encontrarse diferencias significativas entre géneros. Más trascendencia tiene la incapacidad para realizar el cuidado y aseo personal. Un 5,4% tiene limitadas estas actividades al menos en cierto grado. Las restricciones para efectuar desplazamientos están presentes en el 11% de los asturianos y asturianas. Un 2,7% de los encuestados manifestó presentar grandes limitaciones.

Para un discapacitado es bastante complicado, por diversas razones, conseguir un trabajo digno en un país y en una comunidad con una alta tasa de paro. De hecho la tasa de actividad entre los

discapacitados es de 25,9%, frente a un 56,3% en el total de la población. Esta situación se acentúa entre las mujeres. Además, gran parte de los discapacitados en edad laboral que no trabajan no son demandantes de empleo, por lo que no son realmente parados sino personas inactivas.

En Asturias durante el año 2002 se suscribieron 348 contratos laborales con discapacitados (el 4,4% de los realizados en el conjunto del Estado). De ellos el 22% afectaron a mujeres. Entre los contratos temporales realizados en Asturias en 2002 el 95,5% fueron a jornada completa.

A las dificultades normales para encontrar un trabajo se suman otras: a veces un exceso de proteccionismo familiar limita más que la propia enfermedad y las deficiencias que se derivan de ella, contribuyendo a aumentar su pasividad y marginalidad. Los discapacitados se enfrentan a barreras más difíciles de superar que las físicas: las psicológicas. Entre los empresarios existe un plus de desconfianza y prejuicios infundados a los que se suman un exceso de estereotipos negativos arraigados en una sociedad que ha situado el utilitarismo entre sus valores fundamentales.

Pero hay más factores que dificultan la inserción. La formación de los trabajadores discapacitados es escasa. Se estima que un tercio de las personas con discapacidad en edad laboral carece de estudios primarios y una quinta parte no ha realizado cursos de formación para mejorar y ajustar su preparación para el empleo. La baja formación permite optar sólo a trabajos poco gratificantes y mal remunerados limitando las posibilidades de acceder al mercado del empleo. A esto hay que añadir una frecuente baja motivación porque priman las políticas pasivas de protección económica en forma de indemnización o de pensión. Esto actúa en ocasiones como elemento disuasorio para buscar trabajo. Son también habituales la carencia de hábitos laborales, el deterioro de los procesos básicos de socialización, una baja autoestima y escasas habilidades sociales para resolver positivamente los conflictos derivados de las relaciones laborales.

Las políticas de salud acompañadas de medidas legislativas serían una primera señal para favorecer las acciones destinadas a combatir el desempleo entre los discapacitados. Acreditado el insuficiente grado de cumplimiento de la obligación empresarial de dotar una cuota de reserva de empleo del 2% en favor de personas discapacitadas (en empresas de 50 o más trabajadores) se aprobó un plan de

medidas para la promoción del empleo de este colectivo. Este Programa se materializó en el R.D. 27/2000 y se desarrolló por Orden de 24 de julio de 2000; consiste en el establecimiento de una serie de medidas excepcionales que supone un avance por cuanto de elemento incentivador aporta. Pero no podemos detenernos ahí. La inserción laboral no es un fin en ningún caso sino un medio para el logro de una integración social más plena.

Acciones a considerar:

- ◆ Aumentar el apoyo del mundo laboral a las personas con discapacidad de forma que sean considerados por las empresas de manera natural al edificar centros de trabajo, al desarrollar puestos, al establecer procesos de selección y al crear procedimientos de preparación o entrenamiento para el desempeño de un determinado puesto de trabajo.
- ◆ Convocar ayudas para la adecuación técnica de los puestos de trabajo destinados a discapacitados.
- ◆ Implantar un sistema de ventajas fiscales, económicas y de la seguridad social a empresarios que contraten discapacitados.
- ◆ Velar por el cumplimiento de las cuotas de trabajadores minusválidos en las plantillas de las empresas.
- ◆ Incrementar la variedad de trabajos con presencia de personas con discapacidad y abrir el mercado laboral para los trabajadores con discapacidad al mayor número y tipos de tareas diferentes dentro de las empresas.
- ◆ Promover y realizar actividades mixtas de formación y empleo que posibiliten una capacitación prelaboral y la reinserción sociolaboral de personas con discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales.
- ◆ Aumentar las oportunidades para las personas con discapacidades más severas, tratando de dar acceso al empleo al colectivo que realmente lo tiene más difícil, poniendo en práctica para ello las alternativas que sean necesarias (empleo con apoyo, teletrabajo, etc.), realizando adaptaciones en las tareas así como en los lugares de trabajo siempre y cuando sea absolutamente necesario.

#### Iniciativa 6:

INCLUYENDO ACTIVIDADES EN LOS CENTROS DE SALUD QUE PERMITAN LA DETECCIÓN PRECOZ EN RIESGO DE DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES, CON ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMOS TERMINALES, DISCAPACIDADES, COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL Y PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS.

La incidencia de discapacidad aumenta con la edad. Según la ESA-2002 la prevalencia en personas adultas menores de 65 años de limitaciones para las actividades de la vida diaria es del 3,5% y asciende al 19,9% en los mayores de 65 años. Un 2,7% de los encuestados presenta grandes limitaciones. Las mujeres mayores tienen mayores niveles de discapacidad representando un colectivo especialmente vulnerable debido a diferencias en las expectativas de vida y susceptibilidad ante ciertas enfermedades y a desigualdades de género a lo largo de su vida.

La valoración funcional de los ancianos y personas en riesgo de vulnerabilidad y la adopción de medidas encaminadas a retrasar la dependencia ponen de manifiesto el amplio margen de mejora que todavía tiene nuestro sistema sociosanitario.

La calidad de un sistema sanitario y social se mide, en buena medida, por cómo percibe la población su capacidad para resolver los problemas cotidianos con rapidez, calidad técnica, trato humano y confortable. ¿Lo estamos haciendo bien en las distancias cortas? El envejecimiento de la población y el crecimiento de las desigualdades pone de relieve el divorcio existente entre los diferentes niveles asistenciales que en principio deberían velar por la mejor calidad de vida posible en aquellos aspectos relacionados con la salud. Una de las quejas más repetidas por los participantes en la elaboración de este Plan de Salud, profesionales sanitarios incluidos, es la falta de desarrollo de un modelo integral de cuidados en el que los recursos sociales y sanitarios se coordinen y sean eficientes. Y el futuro a corto y medio plazo lo está marcando una sociedad que pierde cohesión social y donde los muy mayores (> de 80 años) constituyen el grupo de población que más rápido crece.

El envejecimiento activo es un proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la

productividad y la calidad de vida en la vejez. Para fomentar el envejecimiento activo, según la OMS, es necesario que nuestro sistema sociosanitario adopte una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. El objetivo es el aumento de una expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se produce, recuperar el nivel de función previo posible. Idéntica estrategia es asumible para el resto de colectivos vulnerables si bien cambian las acciones y los lugares donde se llevan a cabo. Dada la heterogeneidad de la población en riesgo de dependencia se deberá decidir la realización de actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad sino por sus expectativas. En los ancianos la prevención secundaria y terciaria son las más destacadas al ir enfocadas a la prevención de incapacidades.

En este contexto la valoración funcional debe considerarse prioritaria por ser un buen indicador del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales. Está dirigida a detectar y cuantificar las incapacidades y problemas de la población en riesgo de dependencia. Existe acuerdo en que las áreas fundamentales que deben ser consideradas para realizar una adecuada valoración funcional son 5: salud física, salud mental, recursos económicos, recursos sociales y capacidad para realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria.

Para el desarrollo de esta iniciativa se resalta la figura del trabajador social como profesional con una situación de privilegio para la valoración de las necesidades de los pacientes dependientes y los recursos disponibles en su medio.

Acciones a considerar:

- ◆ Identificar y valorar de forma integral en atención primaria a los ancianos de riesgo o frágiles así como a otras personas en riesgo de dependencia física, psíquica o sensorial.
- ◆ Elaborar un censo de personas vulnerables y en riesgo de dependencia en atención primaria que a través de un seguimiento individualizado permita adoptar medidas que impidan o retrasen la pérdida de autonomía.
- ◆ Desarrollar y poner en marcha un programa comunitario con contenidos educativos sobre las causas de discapacidad y la forma de prevenirlas a lo largo de la vida.

- ◆ Extender los servicios sociales de ayuda domiciliaria y el fomento de la teleasistencia.

#### Iniciativa 7:

DESARROLLANDO MEDIDAS REALES QUE ELIMINEN LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y LIMITACIONES EN NUESTRAS CIUDADES Y EDIFICIOS QUE DIFICULTAN LA INTEGRACIÓN DE LOS ANCIANOS Y DISCAPACITADOS CON SU ENTORNO.

Las barreras arquitectónicas son un obstáculo que cuestiona la integración de los discapacitados, acrecienta su marginación y empeora su calidad de vida. La propia Constitución Española encomienda a los poderes públicos el deber de facilitar la accesibilidad al medio de todos los ciudadanos y, más concretamente, a aquellos que se encuentran en situación de limitación en relación con el medio. Se debe reconocer en este apartado la fuerza y el empuje que las diferentes organizaciones de usuarios y colectivos de discapacitados han puesto para alcanzar en igualdad de condiciones el acceso a la educación, al trabajo, a la participación social y política, a la cultura, al ocio y en general al disfrute de los bienes y servicios públicos y privados.

En Asturias se aprobó el 6 de abril de 1995 la Ley 5/1995, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras que establece el conjunto de normas y criterios básicos para la promoción de la accesibilidad y la supresión de barreras y obstáculos, en el diseño y ejecución de las vías y espacios libres públicos, en el mobiliario urbano, en la construcción y reestructuración de edificios y en los medios de transporte y de comunicación sensorial, tanto de titularidad pública como privada. Fruto de esta ley son las convocatorias periódicas de ayudas a entidades sin ánimo de lucro o a corporaciones locales para la eliminación de barreras arquitectónicas. El Decreto 37/2003 de 22 de Mayo aprueba el Reglamento de esta ley en los ámbitos urbanístico y arquitectónico.

La supresión de barreras y obstáculos comprende las actuaciones dirigidas a evitar su aparición, así como la supresión progresiva de los existentes. Pero no es una concesión caritativa sino basada en la racionalidad y en la eficiencia porque... ¿De qué sirve subvencionar la compra de sillas de ruedas si no se pueden usar en nuestras calles? No basta con invertir en la rehabilitación de lesionados medulares si posteriormente se les limita el acceso a las actividades de ocio, tiempo libre y desarrollo personal.

Acciones a considerar:

- ◆ Eliminar las barreras físicas existentes en las ciudades y asegurar que los nuevos espacios urbanos estén libres de barreras y garanticen la movilidad y el acceso de los discapacitados.
- ◆ Incrementar las ayudas a los ayuntamientos para la supresión de barreras.
- ◆ Promover el empleo de tecnología y servicios de rehabilitación que apoyen el desarrollo de una vida independiente.
- ◆ Aumentar las ayudas a las personas con discapacidad para que hagan de sus hogares espacios libres de barreras.
- ◆ Velar por el cumplimiento de las normas legislativas que promueven la igualdad de los discapacitados en el acceso a lugares y edificios, sancionando aquellas acciones u omisiones que contravengan las normas de supresión de barreras.
- ◆ Mejorar la disponibilidad de transporte público eficiente para discapacitados.
- ◆ Vigilar el cumplimiento de las disposiciones que contempla la Ley 5/95 de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras y el Decreto 37/2003 que aprueba su Reglamento.
- ◆ Incorporar la voz de las personas con discapacidad en la fase de planificación y ejecución de proyectos concretos de mejora de la accesibilidad.
- ◆ Eliminar las barreras arquitectónicas de los centros de salud y hospitales de Asturias.

**INICIATIVAS “AVANZANDO EN EQUIDAD”. ESTRUCTURAS RESPONSABLES:**

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación Nº 1: Por ser quien eres</b>	
<b>Iniciativa 1:</b> Contemplando la salud de las mujeres desde la perspectiva de género.	Consejería de la Presidencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social Consejería de Industria y Empleo Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores Ayuntamientos
<b>Iniciativa 2:</b> Velando por y mejorando la calidad de vida del cuidador de los pacientes dependientes cualquiera que sea su causa: edad, enfermedad mental, demencia, cáncer, acv, alcoholismo, toxicomanía, etc.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social
<b>Iniciativa 3:</b> Adaptando el modelo asistencial de los servicios sanitarios (atención primaria y especializada) a las necesidades reales de los ancianos.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Línea de Actuación Nº 2: Por el sitio del que vienes</b>	
<b>Iniciativa 4:</b> Considerando en todas las fases de los cuidados de la salud las necesidades y rasgos diferenciales de aquellos colectivos más vulnerables por su condición, su ámbito geográfico de procedencia, su etnia, etc. con independencia de su situación administrativa, y garantizando la accesibilidad a todos.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Línea de Actuación Nº 3: Por tu capacidad de ser y hacer</b>	
<b>Iniciativa 5:</b> Potenciando la integración social y laboral de las personas con discapacidad sea debida a problemas físicos, psíquicos o de dependencia a drogas.	Consejería de Vivienda y Bienestar Social Consejería de Industria y Empleo Empresas Públicas y Privadas Organizaciones Sindicales
<b>Iniciativa 6:</b> Incluyendo actividades en los centros de salud que permitan la detección precoz del riesgo de dependencia en personas mayores, con enfermedad mental, enfermos terminales, discapacidades, colectivos en situación de riesgo social y personas con trastornos adictivos.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 7:</b> Desarrollando medidas reales que eliminen las barreras arquitectónicas y limitaciones existentes en nuestras ciudades y edificios que dificultan la integración de los ancianos y discapacitados con su entorno.	Gobierno del Principado Junta General del Principado Administraciones Públicas Ayuntamientos

Tabla I. Iniciativas “Avanzando en Equidad”. Estructuras Responsables





## SUMANDO ESFUERZOS

La segunda área estratégica del Plan de Salud para Asturias pone de manifiesto la necesidad inexcusable de implicar a todos los protagonistas en una verdadera alianza para mantener y mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de Asturias. En este Plan de Salud diferentes personas procedentes de ámbitos muy heterogéneos han identificado las áreas de intervención, las iniciativas y las posibles acciones a tomar para mejorar en salud.

El medio ambiente donde vivimos, trabajamos y crecemos afecta a nuestra salud. La forma en que conducimos o el estado de nuestras carreteras, las prevenciones que adoptamos en nuestro trabajo, la calidad de nuestras escuelas y la fortaleza de nuestras redes sociales son tan importantes como nuestros centros de salud o nuestros hospitales.

Salud quiere decir estado de bienestar completo mental y físico; es mucho más que la ausencia de enfermedad. La salud individual y comunitaria depende de una amplia variedad de influencias tales como la edad, el género y factores constitucionales. La educación, el empleo, la salud de la comunidad, de nuestros barrios y pueblos, la vivienda y la calidad del aire y del agua afectan asimismo a la salud de las personas. Las elecciones que hacemos sobre aspectos como nuestra alimentación, fumar o no, la práctica de ejercicio son importantes, lo mismo que el acceso a los servicios sociales y de salud. Mejorarla requiere acciones concertadas que cubran el amplio rango de factores que impactan en la salud. Para conseguir esto, personas y organizaciones necesitan actuar juntos para hacer frente a la raíz de las causas de una mala salud. La asociación de esfuerzos es la clave. Los principios que subyacen a la estrategia de sumando esfuerzos son:

### □ El trabajo coordinado

Una asociación de esfuerzos efectiva comienza por compartir recursos y tareas, por compartir lo aprendido y facilitarse mutuamente iniciativas. Abordar las causas del proceso de perder la salud desde su raíz implica “llamar a la acción” a personas e

instituciones de forma que las propuestas que surjan de ese encuentro sean más integrales y el trabajo coordinado sea más efectivo. La intención es que todos los servicios públicos, comunitarios y privados y todas las personas interesadas puedan contribuir desde diferentes sectores a mejorar la salud en Asturias tal y como ya hacen muchos ciudadanos luchando por la erradicación de la pobreza o para los “sin techo” o para prestar servicios sanitarios a quien no tiene una situación administrativa regularizada.

❑ La implicación ciudadana

Es de suma trascendencia encontrar formas de implicar a los ciudadanos/as de Asturias. Contar con ellos significa que sus contribuciones pueden dirigir este proceso de una forma donde sus necesidades de salud tengan rango de prioritarias y sirvan para encauzar recursos y servicios. En este punto, ONG y asociaciones de enfermos o colectivos sociales de todo tipo son los elementos clave.

❑ La gestión del conocimiento

Los esfuerzos que finalmente tendrán éxito en la mejora de la salud de la comunidad dependerán del grado y generosidad en la forma de compartir información e inteligencia sobre los factores relacionados con la salud y el tipo de intervenciones que tienen altas probabilidades de cambiar las cosas para mejor. Este compartir es difícil que llegue espontáneamente, requiere planificación y organización. Es nuestra tarea dibujar y crear esos espacios para facilitar la gestión del conocimiento.

El objetivo es crear alianzas y oportunidades para todos los que estén interesados en desarrollar las iniciativas del Plan de Salud y construir de muchas formas pequeños espacios locales donde la salud de la comunidad salga ganando.

#### **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 4: Vivir en un entorno sano y seguro.**

Como hemos venido diciendo el concepto de salud ha superado la visión estrecha que la limitaba a la ausencia de enfermedad u otros problemas físicos y se amplía en una visión más global que hace hincapié en los recursos personales y en la capacidad física. En la definición de salud incluimos también la capacidad para enfrentarse a las dificultades, satisfacer las necesidades y hacer frente a los problemas del medio ambiente.

Desde hace tres décadas el concepto de medio ambiente se amplía para abarcar el hábitat natural (tierra, aire, agua, vegetación y vida salvaje) y el hábitat creado por el ser humano, definido por todos aquellos espacios creados o modificados significativamente por el hombre: edificios, carreteras, áreas comerciales, parques, etc.

#### **¿Cómo afecta a nuestra salud el medio ambiente?**

Todo aquello que transferimos a nuestro medio ambiente ocasionalmente puede regresar a nosotros en algunos casos con consecuencias adversas. A determinados niveles de exposición, los contaminantes presentes en nuestro aire, agua, alimentos y suelo pueden originar una variedad de efectos adversos para la salud tales como cáncer, defectos congénitos, enfermedades respiratorias y dolencias gastrointestinales. El hábitat urbano puede influir en nuestro bienestar físico y psíquico a través de la calidad de las viviendas, los sistemas de transporte, el diseño de las comunidades y la calidad del aire que respiramos.

Por otra parte, nuestras acciones imprudentes o temerarias pueden dañar el medio ambiente a través de prácticas irresponsables tales como la sobreexplotación de recursos naturales como la pesca o los bosques, el vertido incontrolado de desechos y basuras, etc. Tal vez el mayor cambio al que nos enfrentamos es asegurar a largo plazo la salud de nuestro entorno y crear una sociedad más sostenible, en otras palabras: abrazar sin titubeos el concepto de desarrollo sostenible y hacerlo real y visible en las distancias cortas. Significa satisfacer nuestras necesidades actuales sin comprometer la capacidad de futuras generaciones para dar respuesta a las suyas. En síntesis, necesitamos una nueva moral para la administración de los recursos. Necesitamos unos ciudadanos más y mejor informados y necesitamos tener en cuenta los costes y beneficios ambientales al tomar decisiones de política económica.

Necesitamos normas e incentivos para desalentar la polución y el excesivo consumo de recursos no renovables, y para alentar las prácticas que promueven la protección del medio ambiente.

El desarrollo sostenible no es sinónimo de renunciar a mejorar la calidad de vida sino que añade la responsabilidad del uso eficiente de los escasos recursos por lo que requiere considerar el impacto de nuestras acciones en el bienestar a largo plazo de los asturianos y asturianas. Si nuestro entorno natural y artificial, nuestra economía y nuestra sociedad no son sostenibles entonces la salud de los ciudadanos de Asturias será peor. El actual modelo de desarrollo genera unos riesgos que ponen a prueba la capacidad de aguante de nuestro planeta, la salud de sus habitantes y menoscaba la cohesión social. Por estas razones en Asturias se ha planteado recientemente la relación de los retos a los que nos enfrentamos con las diferentes políticas del Principado. Se han considerado como retos la pérdida de la biodiversidad, la calidad de la atmósfera, la calidad del agua, el suelo, los residuos, el equilibrio territorial, la cohesión social y la salud. El primer paso consiste en analizar las políticas del Principado y su incidencia sobre los mencionados retos. Posteriormente se definen las actuaciones más importantes que es preciso acometer en el marco de un desarrollo sostenible en los próximos años.

#### **Un retrato de nuestra comunidad:**

- La vivienda y los hogares.

“La higiene de nuestras viviendas no se escapa a la consideración de prioritaria para la salubridad de nuestro medio ambiente más próximo, sobre todo para quienes pasan la mayor parte de su tiempo en su interior como son los lactantes, los niños pequeños, las mujeres, las personas de edad avanzada y los minusválidos. Las condiciones de alojamiento influyen para bien o para mal sobre el bienestar físico, mental y social de cada uno [OMS 1986].”

Según datos del censo de 2001 había en Asturias 518.735 viviendas. De ellas el 75% son viviendas principales. Sus características más destacadas son:

- El 23,8 % de los hogares en Asturias son unipersonales. En cada hogar familiar el número medio de personas que convive es de 2,6 personas (3,5 hace 10 años).
- El 15% de las viviendas principales tenían una superficie inferior a 50 m<sup>2</sup>.
- Un 0,4% de las viviendas principales y un 3,6% de las viviendas no principales todavía carecían de agua corriente.

- El 8,7% de las viviendas principales carecían de agua caliente.
- Un 2% de las viviendas principales y un 7,5% de las viviendas no principales no tenían retrete o estaba en el exterior de la vivienda.
- Un 21% de las viviendas no tiene ningún tipo de calefacción.

- La generación de residuos

La red de grandes depuradoras de aguas residuales existentes en nuestra Comunidad tienen una capacidad para atender una población equivalente de 873.458 habitantes (el 79% de la población del Principado). A pesar de ello aún se mantiene un porcentaje de población cuyos sistemas de depuración no son los adecuados, como los vertidos directamente a los cauces fluviales, los sistemas de pozo ciego, etc.

Los datos relativos a la recogida de residuos sólidos urbanos nos indican que ha aumentado en gran proporción su volumen por habitante en los últimos años, con un crecimiento del 4% anual, pasando de 0,9 Kg. por habitante y día en 1991 a 1,4 Kg. en el año 2001.

La recogida selectiva de basura ha ido aumentando paulatinamente en los últimos años, fundamentalmente la de envases (un 413% entre 1999 y 2002), papel (48% de incremento) y vidrio (84%). La oferta de recogida de residuos urbanos a través de COGERSA incluye a 40 municipios. Existen 10 estaciones de transferencia y tratamientos de residuos sólidos con sistemas de recuperación de biogas con recirculación y autoconsumo energético del mismo.

En el año 2002 se recogieron para su tratamiento 54.061 Tm de residuos industriales peligrosos lo que supuso un incremento del 30% desde 1998. La cantidad de residuos de origen hospitalario recogidos en el mismo año fue de 718.725 Kg con variaciones en volumen en los últimos años, si bien debemos recordar que el año 1991 solo se recogían 17 Tm. Asimismo se dispone de una incineradora para la eliminación de los materiales específicos de riesgo derivados del consumo de carne o de material de decomiso.

- El agua de consumo público

El agua en Asturias es abundante y de buena calidad en origen. El nivel de contaminación del agua procedente del subsuelo y de la superficie es muy bajo salvo en los tramos medios y finales de los ríos. Es el propio sistema de conducción y depósito, así como la posibilidad de filtraciones en los mismos, los que generan mayores riesgos.

La gran dispersión de la población asturiana, unido a la abundancia de sistemas de captación, hace que existan sistemas de abastecimiento muy desiguales, desde aquellos gestionados por cooperativas de vecinos con 5 a 10 viviendas, hasta un consorcio para la zona central de Asturias que suministra agua a varios cientos de miles de asturianos.

Según datos de la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo referentes al 2001, existen controlados en Asturias 518 sistemas de abastecimiento de aguas de consumo público que abastecen al 90,5% de la población. Los controles de la calidad del agua se realizan sobre depósitos, captaciones de agua y sobre los tratamientos aplicados a dichas aguas. El 15% de los análisis realizados en el año 2001 indicaban que el agua no era potable (determinación de cloro residual libre).

En cuanto a los parámetros de metales pesados en el agua de consumo, solo se han detectado problemas en el Área I, fundamentalmente debido a la presencia de plomo y, excepcionalmente, arsénico.

- La calidad del aire: La contaminación atmosférica físico-química

Asturias dispone de una amplia red de control de la calidad del aire, que incluye captadores de inmisión manuales (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, partículas sedimentables y partículas en suspensión) y automáticos (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, plomo, ozono, CO, y ruido). Los niveles de contaminación se han reducido de modo muy importante a lo largo de los últimos 15 años. Para el año 2002 la situación global de la calidad del aire puede calificarse como buena o muy buena en casi el 100% de los días en las 19 estaciones automáticas de control distribuidas por la región.

- Riesgos derivados de contaminantes bióticos aéreos

En los últimos años, debido a la proliferación de instalaciones y aparatos de refrigeración, se está detectando en España un número importante de brotes por legionelosis, por el crecimiento en los mismos de patógenos que posteriormente son liberados al aire, pudiendo ocasionar cuadros neumónicos graves en determinadas personas. La presencia de estos sistemas de refrigeración es baja en Asturias, debido a una climatología más benigna. En Asturias la incidencia de legionelosis es escasa, con una media de 20 casos al año.

La presencia de polen en el aire puede tener efectos sobre individuos susceptibles, en forma de alergias nasales, cutáneas, asma, etc. En nuestra comunidad autónoma, a pesar de la alta densidad de vegetación existente, la alta pluviosidad garantiza la reducción de las concentraciones en el ambiente de niveles de polen así como el tiempo en que este está en suspensión. En Asturias, como en otros ámbitos geográficos, las elevadas concentraciones de polen de gramíneas y ciprés son las que se asocian con mayor frecuencia a estos procesos alérgicos. En Asturias existen actualmente 2 puntos de muestreo, en Oviedo y Gijón, que nos permiten conocer la evolución de las concentraciones de pólenes.

- Protección del medio ambiente

La riqueza y belleza de la naturaleza en Asturias es una de sus señas de identidad, de ahí que todos los esfuerzos a realizar para su conservación y cuidado son bienvenidos. El medio ambiente conservado es inductor directo de salud en el más amplio sentido de la palabra y lo que es más importante garantiza el futuro.

A fecha 7 de Marzo de 2003 existen en Asturias 59 Espacios Protegidos (que suponen una superficie de 2950,21 Km<sup>2</sup>, el 27% de la superficie total de Asturias): 10 Reservas, 4 Parques, 10 Paisajes y 35 Monumentos Naturales. Destaca sobre manera la catalogación por parte de la UNESCO de reservas de la biosfera de los espacios de Muniellos, Somiedo y Redes. Asturias es la única región que contribuye a la Red Mundial con territorios de la Cordillera Cantábrica, dado que en nuestro país las Reservas de la Biosfera se han dirigido preferentemente a los territorios mediterráneos.



- Riesgos alimentarios

Durante el año 2001 se estudiaron en Asturias 274 alertas alimentarias, en las cuales los alimentos implicados más frecuentemente eran los pescados y productos de confitería, siendo más común el riesgo por contaminación de origen biótico.

En el apartado de comedores colectivos, actividad cada vez más importante por el continuo incremento de población que realiza sus comidas fuera de su hogar, es de reseñar que más de uno de cada cuatro (27%), aquellos con finalidad comercial, presentaron durante 2001 inspecciones insatisfactorias. En cuanto a colectivos de mayor riesgo, el 17% de las inspecciones en guarderías y el 9% en los hospitales fueron también insatisfactorias.

Los problemas de salud ocasionados tradicionalmente por los alimentos son los brotes epidémicos de toxoinfección alimentaria. Generalmente el responsable es un plato en el que están implicados muchos tipos de alimentos (huevos, derivados de huevos, productos cárnicos, pescados, productos lácteos, productos de pastelería, etc.), siendo los más frecuentes en los últimos años los causados por Salmonellas.

#### Iniciativa 8:

MEJORANDO LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL: SISTEMAS DE ALERTAS, VIGILANCIA, CONTROL Y EVALUACIÓN.

En nuestra forma de vivir, los riesgos para la salud son una constante. Ninguna actividad, proceso o producto está exento de riesgos. Algunos son consecuencia de elecciones personales, practicar paracaidismo, cruzar la carretera sin mirar a ambos lados... Otros son fruto de productos o procesos en el medio ambiente, desastres naturales, contaminantes industriales, etc.

La protección de la salud es una responsabilidad a compartir entre individuos, comunidades, empresas y todos los niveles de gobierno. Para gestionar y valorar los riesgos para la salud es necesario un proceso que incluye su identificación y cuantificación, el desarrollo y análisis de las opciones

potenciales para su gestión, la selección y puesta en marcha de una estrategia específica para su control y la monitorización y evaluación del impacto de esta estrategia.

Acciones a considerar:

- ◆ Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica y los sistemas de información de las enfermedades relacionadas con los alimentos. Implica mejorar los sistemas de información, su análisis y difusión para tomar decisiones más eficientes.
- ◆ Investigar los problemas de salud emergentes detectados por el sistema de vigilancia medioambiental. Impulsar del papel de los médicos centinela para mejorar su detección.
- ◆ Promover la formación continuada del personal de salud pública en técnicas de análisis de riesgos y en toma de decisiones en condiciones de incertidumbre.
- ◆ Mejorar las redes de control de los contaminante ambientales.
- ◆ Robustecer el control de las instalaciones de riesgo para la transmisión de la Legionella para minimizar los riesgos de brotes epidémicos.
- ◆ Velar por el cumplimiento de los estándares de vigilancia analítica por parte de las empresas abastecedoras de agua.
- ◆ Fomentar la realización de mapas de ruidos de forma que posibilite la adopción de medidas que reduzcan la contaminación acústica a través de la cumplimentación de las ordenanzas municipales en prevención de ruido.
- ◆ Difundir información y poner en marcha desde la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo acciones educativas dirigidas a aumentar los conocimientos y a facilitar la elección informada de bienes, productos y servicios por parte de las personas consumidoras y usuarias.

### Iniciativa 9:

FOMENTANDO, PROGRAMANDO Y EJECUTANDO ACTUACIONES DIRIGIDAS A MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MEDIO AMBIENTE EN GENERAL Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD.

La educación es de importancia crítica para promover el desarrollo sostenible y aumentar la capacidad de las poblaciones para abordar cuestiones ambientales y de desarrollo.

**Agenda 21. Río 1992.**

Se ha estimado que el 25% de las enfermedades prevenibles pueden atribuirse al deterioro en la calidad del medio ambiente. La educación de la población general y de la infancia y juventud en particular persigue acciones que cambien actitudes para conservar el medio natural y/o urbano y para mejorarlo.

La educación ambiental es, tal y como se recoge en la propia LOGSE, uno de los principales ejes del curriculum dentro de las materias y áreas transversales. Su abordaje a partir de un problema permite conectar más vivamente con los intereses de los alumnos y trabajar las actitudes, valores y normas desde la perspectiva de una nueva ética basada en la idea de que la humanidad debe sobrevivir utilizando la naturaleza pero cuidándola.

La población general requiere otros enfoques educativos pero que compartan similares objetivos. Se trata de implantar actividades que incrementen la sensibilización y conciencia medioambiental del ciudadano de Asturias, de forma que le permita actuar de un modo racional y respetuoso.

Acciones a considerar:

- ◆ Crear un sistema de información medioambiental dirigido a la ciudadanía.
- ◆ Realizar campañas de información y educación para la salud sobre los distintos factores de riesgo: niveles de polen, contaminación acústica, contaminación atmosférica, etc.
- ◆ Impulsar y difundir el conjunto de recursos de educación ambiental que gestiona actualmente la Consejería de Medio Ambiente: la Red de Equipamientos y las exposiciones itinerantes.

- ◆ Crear y mejorar líneas de apoyo para asociaciones que realizan actividades de educación ambiental y ayudas para financiación de transporte de escolares que participen en las mismas.

#### Iniciativa 10:

#### CONTRIBUYENDO A UN MEDIO AMBIENTE MÁS SALUDABLE.

Las actuaciones sobre el medio ambiente como forma de mejorar la salud gozaron de enorme popularidad en lo que se denominó el movimiento sanitarista del siglo XIX. La idea básicamente se tradujo en la lucha contra el hacinamiento mediante medidas urbanísticas y de mejoras de la vivienda y también contra la contaminación de las aguas de bebida.

La espectacular mejora en el nivel de salud de los últimos 100 años se vincula fuertemente con el desarrollo de políticas activas de prevención y promoción: una mejor alimentación, la creación de espacios de vida más seguros, la mayor calidad y seguridad sanitaria en el agua y los alimentos, el tratamiento de los residuos, la promoción del uso de energía no contaminantes, etc. Esta relación se basa en un principio sencillo: la salud ambiental y humana son caras de la misma moneda.

Un hecho a tener en cuenta en el futuro es la necesidad de adecuar la producción de energía de Asturias a las exigencias de la cumbre de Kioto. Para ello se precisa incrementar el uso de energías renovables o ecológicas desde el 5% hasta un 12% en 2010. No es tarea fácil en una Asturias excedentaria de energía (exporta el 54% de su producción energética) y donde la explotación de carbón ocupa un peso importante en el sector energético nacional. Estas circunstancias obligan a un mayor esfuerzo para aumentar la producción y consumo de energías “verdes” entre las que se incluyen la solar, la hidráulica, la biomasa y la eólica.

El uso de paneles solares para instalaciones públicas como piscinas climatizadas o polideportivos señala el camino a seguir. Su extensión a edificios públicos y viviendas sociales puede ser el siguiente paso. En el año 2000 se acometieron 53 actuaciones por un importe de 225.000 euros; en el año 2002 se realizaron 64 con un coste de 481.000 euros.

La obtención de biogas a partir de residuos ganaderos y de otros productos como la magalla de la manzana y la energía procedente de los “molinos de viento” puede aumentar lenta pero inexorablemente el consumo de energía renovable.

Otro tipo de actuaciones medioambientales de gran valor estratégico en Asturias son aquellas que inciden en la conservación del agua como patrimonio y una de las más valiosas riquezas existentes en Asturias. Su presencia no sólo es necesaria para la mayoría de actividades humanas, sino que también es la base de gran número de ecosistemas. No cabe duda de que el agua y el desarrollo, a nivel local y regional singularmente, tienen una estrecha interrelación, de modo que no es posible asegurar un desarrollo sin agua, pero a su vez el desarrollo conlleva, indefectiblemente, mayores necesidades de agua. Así, es evidente que el agua, además del valor primordial de sustento de la vida, adquiere un valor económico, intrínseco en sí mismo, que precisa infraestructuras y costes de tratamiento y gestión para asegurar su suficiencia, disponibilidad y calidad.

Esta gestión del agua deberá ser coherente con el concepto de desarrollo sostenible, entendiendo por tal una acepción que considera el desarrollo conjunto de los aspectos sociales, económicos y ecológicos. Ello significa, básicamente, que debemos ser capaces de respetar el medio ambiente y mantener, o alcanzar el desarrollo que asegure la mejor calidad de vida posible adelantándose y adaptándose a los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo. En este contexto la mayor parte de la población asturiana se abastece de dos embalses, Tanes y Rioseco, lo que hace de su protección y gestión ecoeficiente un elemento estratégico de primer orden para el hoy y para las generaciones futuras.

Acciones a considerar:

- ◆ Reforzar el control de los residuos industriales de forma que se minimice su impacto en la salud de las personas y del medio ambiente.
- ◆ Aumentar las ayudas y la cuantía de las subvenciones para la dotación de la infraestructura necesaria para el uso de energías renovables.
- ◆ Estimular y facilitar la reutilización de productos.

- ◆ Aproximar los medios para el reciclado de viejos materiales (periódicos, latas, botellas de vidrio, cartón , partes usadas de automóviles, etc.) en nuevos productos.
- ◆ Proteger los principales embalses de Asturias mediante:
  - La prohibición del tránsito por sus márgenes de vehículos que transporten sustancias peligrosas.
  - Regular los usos de ocio mediante la creación de zonas bien equipadas y limitación de embarcaciones a motor.
  - Prohibición de cultivos en el entorno de los cauces de los ríos y arroyos y en el periferia de los embalses.
  - Prohibición del uso de productos fitosanitarios en zonas protegidas.
  - Preservación de la masa forestal en las cabeceras de las cuencas hidrográficas y cuencas alimentadoras de los pantanos.
- ◆ Sensibilizar a los usuarios hacia un uso racional del agua.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 5: Convivir en pueblos saludables.**

La calidad de las infraestructuras de nuestras ciudades y pueblos influye significativamente en la salud y es una condición necesaria para que una sociedad funcione. Se incluyen desde servicios “visibles” físicamente como el sistema de traída de aguas o la red de carreteras hasta aquellas consideradas físicamente “transparentes” como los servicios de cultura, educación y ocio. Beber agua potable o disponer de un buen servicio de recogida de basura forman parte de la prevención de la enfermedad pero también genera salud un curso de alfabetización para inmigrantes. Estos son algunos de los aspectos que las administraciones sanitarias y locales deben cuidar. La estrategia de “Municipios Saludables” entronca directamente en estos postulados.

El movimiento internacional de Municipios Saludables, fue iniciado en Toronto en el año 1984 y lanzado por la OMS en Europa en 1986, bajo el nombre “Proyecto Ciudades Sanas”. La meta era llevar a cabo actividades de promoción de la salud a nivel local, dentro de los objetivos "Salud para todos en el año 2000". El proyecto se describió como “sacar la estrategia de salud para todos de los despachos a la calle”. A finales de los años 90, más de 3000 ciudades de diferentes lugares del mundo se habían adherido al movimiento. Según los iniciadores del concepto "una comunidad saludable es una ciudad que pone en funcionamiento y mejora continuamente el entorno físico y social, utilizando recursos de la comunidad con el fin de dar a sus ciudadanos la capacidad de ayudarse mutuamente en la realización de sus actividades cotidianas y en el desarrollo pleno de su potencial".

El concepto ciudad saludable implica a los ayuntamientos pero también a los representantes de otros sectores como salud, asuntos sociales y educación, incluso a las ONG, medios de comunicación y población. El diseño de una política sanitaria enfocada en la comunidad pasa por una gestión adecuada del tráfico, las zonas peatonales, la calidad del aire, el ruido, las zonas verdes, el reciclaje de residuos, etc. Y todo ello con un liderazgo técnico importante de la Salud Pública garantizando una mayor participación de los ciudadanos.

La Red se desarrolló en España a finales de los 80 de manera muy desigual. Al lado de comunidades autónomas en las que un porcentaje importante de municipios y población está incluidos en

la Red existen otras con nula implantación. Mientras unas redes crecen como la andaluza y la castellano-mancheña, otras han desaparecido como la valenciana y la vasca, otras nacen como la madrileña y otras se transforman como la navarra. Sus funciones son favorecer un marco que posibilite el aprendizaje e intercambio de ideas en equidad, sostenibilidad y solidaridad, establecer mecanismos de cooperación en un amplio rango de sectores, integrando iniciativas a nivel local, regional y nacional. Las áreas de trabajo que comprende son: Desigualdades en salud, calidad de vida, determinantes sociales en salud, economía, planes de regeneración urbana, desarrollo social, participación comunitaria y desarrollo sostenible. Actualmente no existe la Red Asturiana de Municipios por la Salud y únicamente las ciudades de Oviedo y Gijón forman parte del proyecto. En este sentido la promoción de la red de pueblos por la salud es una buena oportunidad para desde el ámbito municipal estimular y fortalecer patrones de conducta saludables y compartir recursos a tal fin.

#### Iniciativa 11:

COMPROMETIENDO A LAS ADMINISTRACIONES SANITARIA Y LOCAL EN LA ESTRATEGIA DE LA RED ESPAÑOLA DE CIUDADES SALUDABLES, GENERANDO LA RED ASTURIANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD.

A nivel operativo los ayuntamientos tienen que desarrollar la visión estratégica de la salud de las ciudades y comprometerse a trabajar de forma coordinada e integral con otras organizaciones e instituciones locales para mejorar el ambiente físico y social de la ciudad.

La creación de alianzas y nexos de trabajo entre la ciudad y sus centros educativos es una de sus tareas. También lo es que las instituciones revisen el potencial que sus actividades tienen en la promoción de la salud.

A considerar de forma muy especial el papel de ONGs, voluntariado y las diferentes actividades de cooperación que se realizan a diario en pueblos y ciudades. Los dispositivos municipales deben favorecer esta responsabilidad social frente a las personas con disminución de su autonomía que viven solas o en quienes desde otras culturas o países tienen más dificultades para su integración.



Por medio de esta estrategia se pretende crear un espacio de discusión política que permita desarrollar acciones para el cambio de las ciudades en el sentido de proteger y fomentar la salud para el desarrollo de sus habitantes.

Acciones a considerar:

- ◆ Crear la Red de Municipios por la Salud en Asturias y estimular su crecimiento.
- ◆ Realizar un diagnóstico comunitario de la ciudad con especial atención a las desigualdades en salud y a la identificación de los grupos de población más frágiles.
- ◆ Desarrollar programas (individuales o grupales) para la formación, en el campo de los indicadores, estrategias, orientaciones y métodos relacionados con los municipios saludables.
- ◆ Promover la creación de escenarios urbanos para la salud: zonas verdes, carriles bici, espacios de deporte al aire libre, mayor peatonalización urbana, etc. La planificación y el diseño del entorno urbano, la señalización y los sistemas considerarán de forma especial a las personas con discapacidad y a los ancianos.
- ◆ Fomentar la responsabilidad social con los colectivos más vulnerables a través de la colaboración con ONGs y dispositivos de voluntariado.
- ◆ Establecer encuentros entre ciudades saludables donde se compartan experiencias y estrechen los lazos entre sus habitantes.
- ◆ Crear espacios de innovación y de modelos de buena práctica en salud urbana.
- ◆ Fomentar la utilización de todos los canales de participación de la ciudadanía con los responsables de la gestión urbana: consejos de salud, escuelas, asociaciones de vecinos, centros culturales y deportivos, empresas,...

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN Nº 6: Aprender en escuelas promotoras de salud.**

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) es un proyecto común de la Comisión de la Unión Europea, el Consejo de Europa y la Oficina Regional para Europa de la OMS para la promoción de la salud en el ámbito educativo. Surge de las recomendaciones de la Conferencia sobre Promoción de la Educación para la Salud de Estrasburgo (1990) y recoge la experiencia del desarrollo de proyectos de educación para la salud durante los años 80. El objetivo principal de la REEPS es que toda la comunidad educativa pueda alcanzar estilos de vida saludables mediante el desarrollo en los centros de un entorno físico y psicosocial saludable y seguro.

Otros objetivos específicos son el desarrollo del sentido de responsabilidad individual en relación con la salud, la integración de la Educación para la Salud en el proyecto curricular de forma coherente, posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social y la adquisición de una imagen positiva de sí mismos en todo el alumnado o ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo.

España se vincula a la REEPS en 1993, siendo actualmente el CIDE (Centro de Investigación y Documentación Educativa) el órgano nacional de apoyo y coordinación de la Red. En el período 1995-98 han sido 85 los centros educativos españoles vinculados a la REEPS.

### **La situación en Asturias**

En el curso académico 1999–2000 existían en Asturias un total de 489 Centros Educativos no Universitarios: 386 públicos y 103 privados. La Tasa de Analfabetismo en Asturias era en 1991 de un 1% frente al 2% en el resto del estado. En la Unión Europea en 1993 era del 1%. En nuestra comunidad se ha reducido hasta el 0,73 % en el año 2001. Por sexos, la tasa en hombres es de 0,44% mientras que en mujeres es de 0,99%. Esta diferencia se hace más evidente a partir de los 55 años, pues en edades inferiores ambas tasas son superponibles.

En 1991 Asturias era la tercera comunidad autónoma con mayor tasa de escolarización para niños de 4 a 14 años. ¿Qué quieren decir estos números en este contexto? Nos fijamos primordialmente

en la relación directa del analfabetismo con la escolarización y la posibilidad del uso de las escuelas y colegios como escenarios promotores de salud, de ahí la idoneidad de fortalecer como privilegiados estos ámbitos de actuación en educación para la salud.

En Asturias son 15 los centros vinculados a la REEPS. Los temas prioritarios que marca el proyecto son: alimentación, educación afectivo-sexual, prevención del consumo de drogas, la prevención de los accidentes, la higiene y el ocio. Además, se abordan desde el punto de vista educativo otros programas que, basados en el diagnóstico de la comunidad, se han seleccionado con carácter preferente: Prevención de drogodependencias en Educación Secundaria Obligatoria a través del programa “Órdago” y en 6º de Educación Primaria a través del programa “La aventura de la vida”, apoyo a la regulación de los espacios libres de humo a través del programa “Aire Fresco” en centros escolares de Educación Secundaria, la Educación de la Afectividad y la Sexualidad, prevención del VIH/SIDA y otras Enfermedades de transmisión sexual y prevención de la violencia de género mediante el programa de “Educación Afectivo Sexual” en centros de Educación Secundaria. Se aborda asimismo la alimentación e higiene buco-dental en colaboración con Atención Primaria, la formación de consumidores críticos y responsables en Educación Infantil, Primaria y Secundaria mediante el Programa en centros de formación del consumidor.

El proyecto da cabida también a proyectos singulares de centro educativo que contemple temas y objetivos de Educación para la Salud y Consumo de interés local y de centro.

#### Iniciativa 12:

#### COMPROMETIENDO A LAS ADMINISTRACIONES SANITARIA Y EDUCATIVA EN LA RED EUROPEA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD.

Acciones a considerar:

- ◆ Fomentar y estimular en los centros educativos el desarrollo de proyectos pedagógicos que integren eficazmente la promoción de la salud y el consumo responsable en las diversas actuaciones curriculares, complementarias y extraescolares en el Proyecto Educativo de Centro.

- ◆ Facilitar herramientas y habilidades a la población escolar para que la elección más fácil sea la más saludable para su maduración psicosocial reduciendo la posibilidad de embarazos no deseados, relaciones sexuales no deseadas, violencia de género, etc
- ◆ Formar al profesorado en la confección o dirección de proyectos de educación para la salud priorizando aquellas actividades escolares que eviten o retrasen el inicio en el hábito tabáquico y la detección de factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 7: Trabajar en empresas saludables.**

El costo para la salud debido a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales es altamente significativo. Durante el año 2001 el índice de accidentalidad en Asturias fue de 84,4 por cada mil trabajadores frente al 73,5 en España. Es decir: uno de cada doce trabajadores asturianos tuvo un accidente de trabajo en ese año.

Durante el año 2002 se produjeron en Asturias 22.299 accidentes laborales con baja, con 42 fallecimientos y 310 accidentados graves. Uno de cada cinco fallecimientos por accidente laboral son “*in itinere*”. Asturias sigue siendo una de las CCAA con mayor Índice de Incidencia de Accidentes Laborales Mortales (15,2 / 100.000 trabajadores en 2000).

La duración media de la incapacidad que generan, considerada como una estimación de la gravedad de las lesiones, fue en Asturias de 29,3 días frente a los 22,8 días de la media nacional. Por sectores de producción, los accidentes fueron más frecuentes en el sector de la construcción (24,6%) y en las industrias extractivas (21,4%). En total en el sector industrial recaen casi la mitad de la siniestrabilidad laboral cuando agrupa sólo a un 17% de la población ocupada. Le sigue el sector servicios con un 29,6% de los accidentes. La mayor frecuencia de accidentes mortales sucedió también en el sector industrial (50% de los accidentes en el lugar de trabajo) seguido del sector de la construcción (36%).

Respecto a las enfermedades profesionales, en el año 2002 se han declarado en Asturias 1.147 casos. De ellas un 51% proceden del sector de la minería. En el año 2001, el 89% de las enfermedades profesionales se debieron a patología osteomuscular. Estos dos indicadores confirman el doble sesgo que se comete al analizar las enfermedades profesionales en Asturias: representan fundamentalmente al sector minero y casi en su totalidad a las enfermedades musculares, ligamentosas y osteoarticulares relacionadas con estos trabajos. Pero además, el número absoluto de enfermedades profesionales declaradas a través del Parte de Enfermedad Profesional es a todas luces muy bajo (95 cada mes por término medio) porque un elevado porcentaje, aún sin determinar, es diagnosticado, tratado y seguido en el sistema sanitario público con la consideración de enfermedad común, perdiéndose en tal caso la posibilidad de conocer el origen profesional y consecuentemente de planificar las políticas preventivas que mejoren esta situación

### Iniciativa 13:

DESARROLLANDO UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL EN ASTURIAS QUE INCORPORA E INTEGRE LOS DATOS SANITARIOS Y LABORALES Y FACILITE EL USO COMPARTIDO DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DE DIFERENTE TITULARIDAD.

Podríamos definir un sistema de información como un conjunto flexible y dinámico de datos que se nutre de las diferentes fuentes disponibles con el objeto de obtener un conjunto integrado de indicadores fácilmente manejables e interpretables. Existen dispersas muchas fuentes con datos parciales y desagregados donde las limitaciones superan a las bondades. Actualmente no existe un sistema que recoja las enfermedades ocupacionales y los accidentes laborales.

La necesidad de disponer de un sistema de información para definir y evaluar las políticas de salud laboral se ha puesto de manifiesto tanto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 como en la Ley General de Sanidad de 1986. Un sistema de información permite identificar enfermedades, accidentes y exposiciones que representan nuevas oportunidades para la prevención:

1. La definición de la magnitud y la distribución de un problema determinado.
2. El seguimiento de los cambios longitudinales donde se evalúe la efectividad de intervenciones preventivas.
3. La identificación de puestos de trabajo y sectores de la industria susceptibles de medidas preventivas específicas.

Acciones a considerar:

- ◆ Impulsar el desarrollo e implantación del sistema nacional de información en salud laboral que contemplara entre otras acciones:
  - Revisar todas las fuentes de información que pudiesen facilitar datos de interés para el conocimiento del estado de la situación.
  - Identificar los indicadores útiles en accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las discapacidades temporales y permanentes.
- ◆ Elaborar por parte de cada empresa un sistema de vigilancia en salud laboral (accidentes y enfermedades relacionadas con el puesto de trabajo).

- ◆ Elaborar un programa formativo y de acreditación profesional dirigido a los profesionales de la salud laboral, técnicos en prevención de riesgos laborales, trabajadores y empresarios.
- ◆ Informar a los trabajadores en la misma empresa sobre los riesgos de cada puesto de trabajo e identificar los puntos críticos de especial riesgo.

#### Iniciativa 14:

INCORPORANDO A LAS EMPRESAS COMO ESCENARIOS SALUDABLES, DONDE SE REALICEN ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO).

Existe un déficit muy importante en la cultura de la prevención del riesgo en el medio laboral. El lugar de trabajo es y debería ser uno de los escenarios con más posibilidades para generar y proteger la salud de los ciudadanos. Los principios de las “empresas saludables” que propone la OMS a través de Salud para todos en el siglo XXI son:

- Entorno laboral más seguro.
- Prácticas laborales saludables.
- Programas de Promoción de la Salud dentro y fuera del entorno laboral.
- Iniciativas frente a los factores de riesgo psicosocial en los lugares de trabajo.
- Evaluación del impacto sanitario de los productos comercializados por la empresa.
- Contribución al desarrollo sanitario y social de la comunidad.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Crear la denominación de empresas saludables donde se realce la salud como valor y el desarrollo del trabajo en un entorno laboral más saludable.
- ◆ Promover la formación profesional, adecuada a cada puesto de trabajo, sobre prevención y actuación en caso de accidente. Dotar a cada trabajador de los medios de protección adecuados y adopción de medidas para que sean utilizados.
- ◆ Implantar en los concursos públicos y en la obtención de ayudas un sistema de penalización para aquellas empresas que mantengan un nivel elevado de siniestrabilidad.

- ◆ Realizar campañas de sensibilización dirigidas a las empresas y trabajadores sobre las consecuencias de los accidentes de trabajo a nivel personal y social.
- ◆ Elaborar y poner en marcha en los lugares de trabajo programas de mantenimiento y mejora de la salud: ejercicio físico, drogas, obesidad, etc.



## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 8: Viajar sin daño.**

Los accidentes de tráfico son la principal causa externa de mortalidad en todos los países de la Unión Europea. Por término medio cada 1.000 accidentes con víctimas se producen 57 víctimas mortales y 1.472 heridos, mientras que de cada 1.000 víctimas 37 son muertos. Los jóvenes con edades entre 15 y 24 años son el grupo más afectado. Por sexo los varones tienen tres veces más accidentes que las mujeres.

España es uno de los países de la Unión Europea con mayores tasas de accidentalidad y mortalidad (un 17% más que la media europea) por accidentes de tráfico. La evolución de las tasas de accidentes desde los años setenta ha sido claramente ascendente. A partir de 1990 se produjo una reducción en el número de accidentes de tráfico y sus consecuencias. Sólo en los últimos años de la década se experimentó otro gran incremento de la accidentalidad pese a las medidas adoptadas para su control.

Para datos del año 2000, la tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico y la tasa estandarizada de APVP es respecto a la población asturiana tres veces mayor en hombres que en mujeres y si comparamos Asturias con el resto de España es, tanto en mujeres como en hombres, más alta en nuestra Comunidad:

- En mujeres asturianas 7,61 y 219,85 respectivamente frente a 5,9 y 186,91.
- En hombres asturianos 22,7 y 706,82 frente a 21,01 y 673,32.

En Asturias se produjo durante el tercer trimestre de 2002 un accidente de tráfico cada 14 minutos. En 2001 han fallecido 98 personas por esta causa (70 hombres y 28 mujeres), siendo el año con menor mortalidad desde finales de la década de los 80. Por cada fallecido hubo 4,5 heridos graves y 22 heridos leves. Las tasas de morbimortalidad del año 2002 por siniestralidad de tráfico nos colocan en el conjunto del Estado en un nada meritorio segundo lugar en lo que a repercusiones negativas se refiere.

En los primeros 10 meses del año 2003 han fallecido en las carreteras asturianas 112 personas, de las que 39 tenían menos de 30 años. Los accidentes de tráfico suponen el 7,1% de los años potenciales

de vida perdidos en Asturias en el año 2001. Las mayores tasas específicas de mortalidad por grupo de edad por accidentes de tráfico se dan entre personas de 75 a 84 años, seguidas del grupo de 25-34 años.

#### Iniciativa 15:

#### FOMENTANDO LA PUESTA EN MARCHA DE MEDIDAS CENTRADAS EN LA MODIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE INCREMENTAN EL RIESGO Y LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO.

Los factores más directamente relacionados con el número y la gravedad de los accidentes de tráfico son: la velocidad, el alcohol y otras drogas y la falta de uso de medidas de seguridad (cinturón, casco y sillas adecuadas para niños). Como quiera que esta situación no es exclusiva de nuestra comunidad, desde 1992 se han adoptado medidas legislativas dirigidas a modificar la conducta de los usuarios de los vehículos de motor: uso obligatorio del cinturón de seguridad para todos los pasajeros, limitaciones de velocidad, uso del casco en motoristas, mayores exigencias en los límites de la tasa de alcoholemia permitida, etc. Es muy probable que estas medidas hayan contribuido a la disminución de la letalidad y del número de accidentados graves, sin embargo en este análisis se obvian con frecuencia influencias de tipo socioeconómico. Así, es conocido que inicialmente el crecimiento económico implica más vehículos, más desplazamientos, más accidentes de tráfico y más accidentados. A partir de un cierto nivel de desarrollo económico esa tendencia se invierte probablemente en relación con la mejora de la red viaria para hacer frente al aumento de tráfico, al diseño de vehículos más seguros y a una asistencia sanitaria más eficiente de las personas accidentadas. La capacidad de influencia real de un plan de salud es limitada en este sentido, sin embargo creemos que estas reflexiones pueden contribuir a formular las preguntas correctas para abordar los verdaderos determinantes de este problema de salud.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Promover la adopción de hábitos saludables en relación con la seguridad vial en niños (escuelas promotoras de salud), jóvenes y ancianos.
- ◆ Elaborar e implantar programas de reducción de riesgos añadidos al consumo de alcohol y la conducción, dirigidos sobre todo a los grupos de mayor riesgo.

- ◆ Aumentar las actividades de inspección que velan por la exigencia del cumplimiento legislativo en materia de seguridad (cinturones, uso del casco, velocidad adecuada...)
- ◆ Incrementar la inversión en señalización e infraestructuras de la red viaria.
- ◆ Señalización de los puntos de alta siniestralidad de tráfico en Asturias de forma que se haga referencia explícita a la necesidad de extremar las precauciones.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 9: Proteger a quien más lo necesita.**

Cada vez es más evidente la necesidad de profundizar en las respuestas que debemos dar a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos en materia de protección social y sanitaria. El impacto de los cambios sociodemográficos con el progresivo envejecimiento de la población asturiana y las modificaciones consecuentes de la estructura familiar y el aumento del desempleo, consecuencia del declive de sectores industriales tradicionales, contribuyen a una disminución del bienestar social, menoscaba la cohesión y aumenta la vulnerabilidad social. Si añadimos la influencia del fenómeno migratorio se configura un escenario donde la vinculación entre las nuevas demandas de servicios sociales vinculados íntimamente con los sanitarios será cada vez mayor.

Actualmente se acepta que el mayor reto para los servicios sanitarios y sociales de los países desarrollados consiste en proporcionar a las personas dependientes, a los ancianos con varios problemas, a los discapacitados y a los enfermos crónicos evolucionados, una atención específica integral, de calidad y a un coste que permita la sostenibilidad de los servicios sociosanitarios. La preocupación por mejorar la eficiencia de dicha atención y articular vías efectivas de coordinación ha sido una constante en todos los foros de debate sociosanitarios de la última década. La realidad presupuestaria no es ajena a esta preocupación pero es de justicia reconocer también que existe un margen no desdeñable de mejora en las actuaciones de los principales actores del escenario sociosanitario. La Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales ahonda en el empeño de alcanzar una mejor calidad de vida y bienestar social a través de la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales.

Según la Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999 (INE), la proporción de personas que encuentran dificultad para desenvolverse con normalidad en su domicilio en Asturias es del 7,5% (6,4% en hombres y 8,4% en mujeres). En cuanto a las discapacidades calificadas como de grado muy severo, en 1999 había en Asturias 4.897 personas mayores de 5 años de edad (0,5% del total) que no pueden ver (ni con ayuda) y 3.992 (0,4%) que no pueden oír. El 1,2% no pueden comunicarse y el 1,1% no pueden aprender o aplicar conocimientos. Hay 13.585 personas que no pueden desplazarse y 16.771 personas que no pueden cuidar de si mismos.

La propia discapacidad dificulta el acceso al mercado laboral, sobre todo en las mujeres. El análisis de la tasa de paro confirma esta realidad: un 26% de los discapacitados que constituyen la población activa está en desempleo, frente a un 17,8% de la población total.

En esta misma Encuesta de 1999 hay 66.438 personas (6,6% de la población mayor de 5 años) que manifiestan incapacidad para las actividades de la vida diaria (levantarse, acostarse, realizar cambios posturales, desplazarse dentro del hogar, deambular sin medio de transporte, asearse, controlar las necesidades, vestirse, comer y beber; hacer las compras, las comidas, la limpieza y planchado de la ropa, la limpieza y mantenimiento de la casa y cuidarse del bienestar de los miembros de la familia). La prevalencia de estas limitaciones es del 3% en personas menores de 65 años pero pasa al 19,9% en los mayores de 65 años. A su vez la frecuencia de estos problemas entre los mayores es superior en mujeres (23,6%) que en hombres (14,7%), en parte explicable por el mayor número de mujeres en edades muy avanzadas.

En la Encuesta de Salud para Asturias de 2002 se investigó la necesidad de ayuda técnica o personal para determinadas funciones básicas. El 57% de la población necesita ayuda para ver, el 3,4% para oír, el 3,8% para desplazarse, el 3,3% para mover brazos o manos y el 1,5% para aprender o aplicar conocimientos. Por supuesto, la prevalencia de estos problemas está claramente relacionado con la edad.

En el contexto actual de reforma de los sistemas sanitarios, el interés por la producción de cuidados y servicios de mayor calidad y más eficientes constituye una de las mayores preocupaciones de políticos, gestores y profesionales sociosanitarios. La respuesta a esta preocupación parece encontrarse en la evolución hacia los sistemas integrados de salud, sistemas que se espera mejoren el bienestar de los usuarios del sistema, a la vez que favorezcan la provisión de servicios de una manera más efectiva y eficiente.

### Iniciativa 16:

DESARROLLANDO UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LAS PERSONAS DEPENDIENTES, POR EDAD, ENFERMEDAD O FALTA DE RECURSOS, COORDINADO DE MANERA EFECTIVA ENTRE LAS ADMINISTRACIONES SANITARIA, SOCIAL Y LOCAL Y QUE DIRIJA SUS ESFUERZOS A AUMENTAR LA PROTECCIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PERSONAS.

La calidad de vida de las personas mayores y con discapacidad, así como de sus cuidadores y familias podría mejorar sustancialmente si se prestase una atención integral que fuese más efectiva. Es una realidad que la oferta actual de servicios no atiende suficientemente las demandas sociosanitarias y que además éstas irán creciendo de forma paralela al envejecimiento de nuestra comunidad por lo que dadas las peculiaridades demográficas de Asturias nos encontramos en primera línea de salida.

La situación de desamparo de muchas personas se mitiga por la tan escasamente valorada respuesta social de vecinos, familiares y amigos a la hora de proporcionar cuidados de salud a enfermos y personas con discapacidades. Así se van “salvando” situaciones muy angustiosas para quienes las sufren en su propia piel. De todas las horas dedicadas al cuidado de enfermos, se estima que los profesionales sociosanitarios dedican un 12%, mientras que los familiares se encargan del 88% restante. Estas horas de trabajo son realizadas habitualmente por mujeres. ¿Puede sostenerse esta situación sin que se vean afectados el bienestar y las aspiraciones de sus cuidadoras? La solución a la sobrecarga que originan estas situaciones no pasa sólo por otorgar ayudas y ventajas fiscales a las familias que cuidan ancianos o discapacitados, debe contemplar de forma prioritaria la oferta de servicios domiciliarios de ayuda, no como gracia otorgable sino en virtud de la consideración de tales servicios como un derecho. Al igual que las listas de espera ocupan titulares habituales de los medios de comunicación y son una constante preocupación de nuestros gestores es deseable la misma sensibilidad comunitaria ante un problema de salud y social que sobrecarga a la familia y a la mujer especialmente.

El modelo de atención integral pretende realzar el componente social a medida de las necesidades del ciudadano y la familia sobre la base de una responsabilidad compartida entre las organizaciones sanitarias y sociales. Se propugna superar en su territorio natural: el domicilio y la

comunidad, la provisión dicotómica de servicios en personas que tienen necesidades sanitarias y sociales difícilmente separables.

Acciones a considerar:

- ◆ Elaborar e implementar el Programa Socio-Sanitario para Asturias.
- ◆ Establecer mecanismos y espacios de responsabilidad y coordinación socio-sanitaria efectiva que permita una atención global a las necesidades de personas dependientes.
- ◆ Aprovechar todos los escenarios de salud disponibles (escuelas, ayuntamientos, centros sanitarios, etc.) para la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con la discapacidad.
- ◆ Incentivar e impulsar proyectos de cooperación y atención compartida con ONG y otras instituciones.
- ◆ Elaborar una guía actualizable y accesible de recursos sociosanitarios en Asturias.
- ◆ Diseñar un programa de formación conjunta para profesionales sanitarios y sociales.
- ◆ Mejorar la planificación de las altas hospitalarias de forma que se facilite la atención continuada asistencial, a nivel social y sanitario.

Iniciativa 17:

POTENCIANDO LAS ALTERNATIVAS DE OCIO, SOCIALES Y DE ACOMPAÑAMIENTO FRENTE A LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DEL PROCESO FISIOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO.

El documento “Salud para Todos en el Siglo XXI” de la OMS, ya recoge que “las personas con discapacidades deben tener la oportunidad de disfrutar de la vida familiar, la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a las instalaciones públicas y la libertad de movimientos. Las actuaciones deben estar encaminadas a contrarrestar el desamparo y la estigmatización”.

Nuestra sociedad debe asumir que está integrada por ciudadanos de todas las edades y condiciones. Es preciso fortalecer con hechos y acciones la idea básica, enunciada por usuarios y profesionales, de que para mejorar la salud de los ciudadanos de Asturias no es suficiente con la participación del sistema sanitario, se hace imprescindible la implicación de la sociedad. Partiendo del

conocimiento de necesidades y prioridades y atendiendo al principio de eficiencia es imprescindible considerar otras alternativas alejadas de la “bata blanca” para mejorar la salud de las personas mayores. De otra forma, el aislamiento social acelera los procesos involutivos y la pérdida de autonomía. En este terreno, como en tantos otros, el diseño de políticas de salud precisa una mirada generosa y a largo plazo.

Con esta visión se apuesta por realzar y hacer operativo el proyecto “Municipios por la Salud”, es decir, que los Ayuntamientos se conviertan en la piedra angular del Sistema de Servicios Sociales dada su proximidad a la ciudadanía. Su labor en la promoción de servicios donde confluyan el desarrollo personal y la convivencia urbana favorecerá la inserción social de personas excluidas o en riesgo de serlo.

Según la ESA-2002 la satisfacción con la vida social es progresivamente menor a mayor edad. En relación con la autopercepción y satisfacción en el uso del tiempo de ocio los jóvenes se sienten más satisfechos significativamente (69%) que las personas mayores (52%).

Acciones a considerar:

- ◆ Impulsar las asociaciones y grupos de autoayuda para las personas mayores.
- ◆ Elaborar una guía destinada a profesionales sociosanitarios donde se recojan las diferentes asociaciones y sus actividades.
- ◆ Crear alianzas estratégicas con las diferentes redes sociales, asociaciones ciudadanas y municipios para la organización de actividades de ocio: deportes, juegos, audiciones musicales, cine, bailes, paseos en grupo, etc, que aporten vida a los años.



**INICIATIVAS “SUMANDO ESFUERZOS”. ESTRUCTURAS RESPONSABLES:**

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 4: Vivir en un entorno sano y seguro</b>	
<b>Iniciativa 8:</b> Mejorando los sistemas de gestión de salud ambiental: Sistemas de alertas, vigilancia, control y evaluación.	Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Agencia de Salud Ambiental y Consumo
<b>Iniciativa 9:</b> Fomentando, programando y ejecutando actuaciones dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento sobre el medio ambiente en general y su influencia en la salud.	Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 10:</b> Contribuyendo a un medio ambiente más saludable.	Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Consejería de Medio Rural y Pesca
<b>Línea de Actuación N° 5: Convivir en pueblos saludables</b>	
<b>Iniciativa 11:</b> Comprometiendo a las Administraciones Sanitaria y Local en la Estrategia de la Red Española de Ciudades Saludables, generando la Red Asturiana.	Federación Asturiana de Concejos Ayuntamientos Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Línea de Actuación N° 6: Aprender en escuelas promotoras de salud</b>	
<b>Iniciativa 12:</b> Comprometiendo a las Administraciones Sanitaria y Educativa en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Línea de Actuación N° 7: Trabajar en empresas saludables</b>	
<b>Iniciativa 13:</b> Desarrollando un sistema de información en salud laboral en Asturias que incorpore e integre los datos sanitarios y laborales y facilite el uso compartido de las fuentes de información de diferente titularidad.	Consejería de Industria y Empleo Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
<b>Iniciativa 14:</b> Incorporando a las empresas como escenarios saludables, donde se realicen actividades de vigilancia y educación para la salud y de prevención de riesgos laborales (enfermedades profesionales y accidentes de trabajo).	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Industria y Empleo Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos laborales
<b>Línea de Actuación N° 8: Viajar sin daño</b>	
<b>Iniciativa 15:</b> Fomentando la puesta en marcha de medidas centradas en la modificación de las conductas que incrementan el riesgo y la severidad de las lesiones por accidentes de tráfico.	Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo Consejería de Educación y Ciencia

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 9: Proteger a quien más lo necesita</b>	
<b>Iniciativa 16:</b> Desarrollando un modelo de atención integral dirigido a las personas dependientes, por edad, enfermedad o falta de recursos, coordinado de manera efectiva entre las administraciones sanitaria, social y local, que dirija sus esfuerzos a aumentar la protección y la calidad de vida de estas personas.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social Ayuntamientos
<b>Iniciativa 17:</b> Potenciando las alternativas de ocio, sociales y de acompañamiento frente a la excesiva medicalización del proceso fisiológico del envejecimiento.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo

Tabla II: Iniciativas “Sumando Esfuerzos”. Estructuras Responsables



No soplan vientos favorables para ganar en salud. Tal y como expresó acertadamente la ex-Directora de la OMS Gro Harlem Brundtland “algunos de los más temibles enemigos de la salud están uniéndose sus fuerzas con los aliados de la pobreza para imponer una doble carga de enfermedades, discapacidades y muertes prematuras. Es hora de cerrar filas”. Podría parecer que un mensaje de este calibre sólo es aplicable a países de tercer mundo y no a una región desarrollada como Asturias que goza de un nivel de salud aceptable. Estaríamos muy equivocados si pensamos así.

Es un hecho que los grandes avances de la salud pública han conseguido disminuir los riesgos de enfermar en nuestra sociedad. Buen ejemplo de ello han sido las mejoras en el suministro de agua o en el saneamiento, la generalización de los programas de vacunación, las legislaciones en salud laboral, en tráfico o sobre el consumo de tabaco o de alcohol. Los beneficios sobre la salud son indiscutibles. Pero no es tiempo de dormirse en los laureles. A principios de siglo la gripe hacía estragos entre nuestra población, hoy son el Sida o el Síndrome Respiratorio Agudo Severo quienes causan alarma a nivel mundial. Hasta hace unas décadas, en el mundo desarrollado, el agua insalubre y el déficit de saneamiento originaban una carga importante de mortalidad; hoy lo hace el cáncer o la carretera. No hace muchos años la alimentación insuficiente era un factor de riesgo asociado a muchas enfermedades prevalentes en el mundo occidental; hoy la obesidad es uno de los principales aliados de las enfermedades cardiovasculares o la diabetes. Nada que ver (¿o sí?) con los más de tres millones de niños que morirán este año... por hambre.

Ganar salud. Ése es nuestro objetivo para Asturias. Para hacerlo se proponen una serie de líneas de actuación que hagan frente de forma coste-eficaz a los riesgos que de forma persistente la menoscaban y debilitan. Más del 60% de la mortalidad en nuestro entorno se debe a esa auténtica epidemia de enfermedades no transmisibles que se extiende con rapidez. El tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, la diabetes, el sedentarismo, la hipercolesterolemia y las enfermedades asociadas a ellos son algunos de los principales retos de una comunidad como la nuestra.

Y estos retos sólo se pueden abordar cuando los poderes públicos basan sus estrategias en las mejores evidencias disponibles tras haber reforzado la base científica y empírica de sus políticas de salud. Se precisa asimismo conocer las expectativas de la población. Es decir, que los canales de comunicación estén siempre abiertos, que circule el tráfico de ideas. Pudiera suceder, si no tenemos este hecho en cuenta, que una de las preocupaciones y obsesiones de los gestores clínicos fuera mantener las cifras de colesterol en la población adulta por debajo de tal o cual límite mientras a nuestros mayores lo que más les preocupa es poder ver, oír y valerse por sí mismos.

Tradicionalmente muchas de las iniciativas que se adoptan para ganar en salud se centran en la intervención sobre un factor de riesgo aislado, abordado de forma persuasiva y limitado al comportamiento. Hoy sabemos que muchos factores de riesgo son más sensibles a un abordaje más global que precisa de una intervención política decidida, para la que se requiere la voluntad de afrontar grupos de interés poderosos. Se estima que los habitantes de países y regiones como la nuestra podrían ganar una media de cinco años de vida con buena salud si se redujeran a partir de ahora los factores de riesgo señalados. Debemos impulsar sin titubeos el proceso de construcción de políticas públicas saludables y aprovechar el papel que puedan jugar determinadas organizaciones para implantar progresos que favorezcan la salud de todos los asturianos/as.

#### DATOS PARA LA REFLEXIÓN

- La esperanza de vida al nacer en Asturias, en el año 2001, es de 79,8 años (75,9 en hombres y 83,7 en mujeres). En España es de 78,9 (75,5 en hombres y 82,6 en mujeres). La esperanza de vida al nacer continúa aumentando en los últimos años, de modo que, desde 1970, ha crecido en 7 años (6,5 en hombres y 8 en mujeres).
- La mortalidad prematura, medida como años potenciales de vida perdidos (APVP), es 2,6 veces más elevada en los hombres que en las mujeres.
- Las enfermedades o problemas de salud que provocan mayor cantidad de APVP son:
  - Los tumores, que suponen para los hombres algo más de un tercio del total de APVP y más de la mitad para las mujeres.
  - Las causas externas (accidentes), un 26 % para los hombres y un 15 % para las mujeres.

- Los problemas cardiocirculatorios, un 17 % para los hombres y un 15 % para las mujeres.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 10: Promover estilos de vida saludables.**

El abordaje médico tradicional, centrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, supone una respuesta parcial e incompleta a las necesidades en salud de la población. En nuestro entorno los problemas de salud que causan mayor morbilidad vienen determinados, en gran medida, por el nivel de desarrollo económico y la consecuente adopción de estilos de vida donde el perdedor es la salud individual y colectiva. Más de la mitad de las muertes prematuras se relacionan con los estilos de vida. Los factores ambientales contribuyen a una quinta parte de estas defunciones. Mientras tanto sólo una décima parte se relacionan de forma sustancial con el acceso inadecuado a los servicios de salud. Pero estas aseveraciones no son nuevas. Desde hace décadas diferentes estudios vienen demostrando de forma insistente que la adopción de estilos de vida saludable generan más ganancia en salud que otras intervenciones “estrella” del sistema sanitario y que con frecuencia son motivo de portadas en prensa y en los medios de comunicación. Una de las dificultades para hacer visible este concepto, es decir, para traducirlo en acciones políticas concretas es que sus beneficios son a medio-largo plazo.

Afortunadamente hace tiempo que las políticas de salud miran a otras direcciones. La comunidad y su sistema sanitario ya no se centra exclusivamente en la curación de la enfermedad sino también en evitarla, en el mantenimiento de la salud. La OMS ya venía insistiendo en su importancia en el documento “Salud para Todos en el siglo XXI” y en su objetivo 16 señala y “ordena”: “En el año 2000 debería existir un esfuerzo continuado en todos los estados miembros para apoyar y promover activamente los hábitos de vida saludables”. ¿Ha sido así? Tradicionalmente los planes de salud elaborados por las diferentes autonomías de nuestro país han tenido como elemento nuclear las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo que desconocemos es hasta qué punto han contribuido a modificar, aunque fuera ligeramente, el paso y el peso de los “viejos hábitos” exclusivamente asistencialistas.

En todo caso las actividades de prevención y promoción de la salud han de dirigirse a los factores de riesgo relacionados con hábitos culturales aprendidos y, por lo tanto, modificables. Significa ayudar a las personas a aprender y aceptar las responsabilidades de su propio bienestar. No deberíamos caer en las recomendaciones paternalistas de antaño sino ayudar a descubrir las propias soluciones y

capacitar a las personas para tomar sus decisiones. En este sentido cobra especial relevancia priorizar y conocer las necesidades de las personas según la edad y sexo para satisfacer sus expectativas, poner en marcha grupos de ayuda mutua y acciones que potencien el autocuidado, contrarrestando la creciente medicalización.

No se debe dejar de afrontar nuestro papel como mediadores entre intereses divergentes a favor de la salud. Implica adoptar más amplitud de miras para trabajar en diferentes escenarios y reconocer abiertamente que la salud se gana en el trabajo, en las escuelas, en la carretera, en los lugares de ocio. Implica reconocer el trascendente papel que juegan actores nunca suficientemente reconocidos (profesores, mediadores, ONG, sindicatos, trabajadores, voluntarios, agentes de seguridad, etc.). Por su enorme potencial y eficiencia para la promoción de la salud destaca sobremanera el papel de la escuela. Y todo ello enmarcado en la intención de hacer que “la elección más saludable sea la más sencilla de tomar”.

## EL ALCOHOL

El alcoholismo es uno de los problemas de salud más importantes que existen en los países occidentales. Cada año se producen en España más de 13.000 muertes atribuidas al alcohol, lo que representa más del 3,8% de la mortalidad total. Se estima que provoca un 6% de las muertes prematuras lo que se traduce en unos 224.000 años potenciales de vida perdidos.

El consumo excesivo de alcohol es responsable del 70% de las cirrosis y otras enfermedades del hígado, del 42% de las pancreatitis agudas, del 60% de las pancreatitis crónicas, del 75% de los cánceres de esófago, del 50% de los tumores malignos de la cavidad oral, del 46% de los cánceres de laringe y del 100% de otros procesos (psicosis alcohólica, polineuropatía alcohólica, cardiomiopatía alcohólica). La bebida es responsable del 40% de los accidentes de tráfico, con más de dos mil muertos al año. El 46% de los homicidios y el 25% de los suicidios y las autolesiones que se registran en España están causados por el alcohol. A todos estos problemas graves de salud, el consumo excesivo de alcohol tiene otro coste sobreañadido, el de los problemas sociales y familiares que siempre lleva a su lado.



España es en la actualidad el quinto país del mundo en cuanto a consumo per cápita, con 10,2 litros por habitante y año. El impacto del coste económico del alcoholismo en España arroja cifras muy elevadas: 637.717 millones de pesetas al año. La incidencia en la dependencia del alcohol está aumentando. En España un 9,9% de la población general realiza consumos de alcohol considerados de riesgo (12,5% en varones y 5,9% en mujeres). Un 4% se declara consumidor excesivo. Según la encuesta domiciliaria de consumo de drogas de 2001 (EDCD-2001), el 27% de los hombres y el 14% de las mujeres declaran haberse emborrachado durante el último año y un 7% y 4%, respectivamente, durante el último mes.

Entre los motivos aducidos para dejar de consumir alcohol entre los que bebían habitualmente, el más común ha sido la recomendación de su médico (el 41%), seguido de la preocupación por los efectos negativos del alcohol (17%) y el padecimiento de molestias (12%).

En Asturias se estima que existen aproximadamente 10.600 bebedores abusivos en días laborables de los que 4.100 son mujeres. El 10% de la población son consumidores habituales de alcohol (más de 4 días a la semana). El consumo de alcohol ha sido la causa de unas 400 muertes en Asturias en el año 2001. En el área rural las prevalencias de alcoholismo están entre el 15,7% y el 19,5%.

#### Iniciativa 18:

AUMENTANDO LA DETECCIÓN PRECOZ DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN CENTROS SANITARIOS, LABORALES Y DOCENTES, HACIENDO ÉNFASIS EN FAMILIAS O SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO.

Como sucede con la mayoría de las enfermedades, el diagnóstico precoz es uno de los factores que más influyen en mejorar su pronóstico. En el contexto del estudio de la OMS sobre alcohol y atención primaria se evidenció la necesidad de desarrollar instrumentos que faciliten a los profesionales de atención primaria la identificación temprana del consumo excesivo de alcohol. El uso de cuestionarios estandarizados, las pruebas biológicas y una entrevista clínica correcta sobre el consumo de bebidas alcohólicas son el principal instrumento al alcance de cualquier sanitario para favorecer la detección precoz.

Los ámbitos laboral y educativo constituyen otros escenarios donde es factible asimismo la detección precoz de problemas relacionados con el alcohol a través de signos indirectos en la conducta (disminución del rendimiento, accidentes laborales, conductas agresivas y de irritabilidad, deterioro de las relaciones personales, disminución de la autoestima, etc).

En Europa el estudio ESPAD muestra que a los 15 años más de la mitad de los adolescentes ha consumido una bebida alcohólica en los últimos 30 días. En nuestro país este inicio es más precoz, en 1994 el estudio Health Behavior of Children señala que a los 11 años un 3% de las chicas y un 5% de los chicos bebía alcohol al menos semanalmente, aumentando a un 24% de las chicas y un 25% de los chicos a los 15 años. En un trabajo realizado en Asturias con jóvenes entre 14 y 29 años que acudían a consulta de Atención Primaria a demanda, se observó una prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol del 11,8%.

Acciones a considerar:

- ◆ Introducir la anamnesis sistemática del consumo de alcohol y su registro en la historia clínica de atención primaria y en los centros de trabajo. Utilizar los instrumentos de detección precoz del consumo excesivo de alcohol.
- ◆ Incluir en el Plan de Formación de los profesionales sanitarios la detección de situaciones de riesgo de abuso de alcohol y la puesta en marcha de actuaciones preventivas. Extender este plan a los ámbitos docente y comunitario.
- ◆ Incluir la valoración de los signos indirectos, de tipo clínico o sociocultural, de consumo excesivo de alcohol en el ámbito docente y laboral.

Iniciativa 19:

MEJORANDO LA OFERTA DE CONSEJO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

El consumo excesivo de alcohol es el problema de salud que origina más consultas en la red asistencial pública de drogodependencias. Actualmente existe una gran diversidad de intervenciones desde la esfera sociosanitaria que se han demostrado efectivas para conseguir una disminución o

moderación del consumo de alcohol en bebedores de riesgo. Las intervenciones pueden adaptarse a los diferentes niveles de consumo del paciente y a los objetivos terapéuticos que el profesional sanitario se ha fijado alcanzar.

Por otra parte y dada la gran complejidad del abordaje del alcoholismo es importante considerar la extraordinaria aportación que organizaciones como Alcohólicos Anónimos realizan en la recuperación y rehabilitación de los alcohólicos.

Los programas de atención socio-sanitaria a las personas con dependencia alcohólica deben considerar de forma prioritaria las personas pertenecientes a los grupos sociales más vulnerables y de riesgo. En este sentido es especialmente preocupante el aumento del consumo en jóvenes y ancianos.

Acciones a considerar:

- ◆ Promover las intervenciones breves de los profesionales de atención primaria sobre el consumo excesivo del alcohol. Formación en entrevista motivacional.
- ◆ Impulsar alianzas y mecanismos de cooperación con la red asistencial de salud mental y otros dispositivos sociosanitarios, entidades y asociaciones de pacientes con capacidad de respuesta a los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol.
- ◆ Diseñar y poner en marcha programas y protocolos para prevenir el consumo de alcohol en los centros de trabajo.
- ◆ Estimular programas alternativos de ocio para jóvenes que faciliten la disminución del consumo de alcohol durante los fines de semana.
- ◆ Favorecer la detección de situaciones en el marco de la atención primaria donde el abuso de alcohol esté asociado a situaciones de violencia.

## EL TABACO

El tabaco es uno de los principales problemas de salud en España, en Europa y en todo el mundo. Es la mayor causa evitable de muerte prematura en los países de nuestro entorno. Las enfermedades causadas por el consumo de tabaco tienen un fuerte impacto sobre la esperanza de vida en las sociedades occidentales. Está demostrada la relación entre el consumo de tabaco, enfermedad y muerte. En el siglo

XX, 100 millones de personas murieron prematuramente por fumar, en la actualidad fallecen cerca de 5 millones de fumadores al año. En España mueren cada año a causa del tabaco 46.000 personas. En 1998 se atribuyó al tabaquismo en la población española de 35 o más años una de cada 4 muertes en varones y una de cada 40 en mujeres. Las cuatro causas principales de mortalidad son el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estos y muchos más datos y evidencias de toda índole han impulsado a 192 países miembros de la OMS a aprobar de forma unánime el Convenio Marco para el control del tabaco durante la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003. No es producto del azar que se eligiera el tabaco como motivo del primer convenio en salud pública de la OMS.

Los beneficios de las intervenciones antitabáquicas en la salud pública (expresados en años de vida ajustados en función de la discapacidad) se estiman sobre la base del impacto que el hábito de fumar tiene en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diversos tipos de cáncer. Dentro del abanico de intervenciones posibles la de mayor impacto en la salud de la población y la más coste-eficaz según la OMS es la subida de impuestos. Si las políticas impositivas sobre el tabaco se combinan con la prohibición de la publicidad y la organización de actividades de divulgación de información se logran aún mejores resultados. Al final la modificación de conductas frente al tabaco podría suponer un aumento entre 4 y 10 años en la esperanza de vida.

El consumo de tabaco difiere según la clase social. En un principio los varones de clase alta eran el grupo consumidor por excelencia. Posteriormente el patrón social cambió y los varones con bajos ingresos económicos pasaron a ser los mayores fumadores. En los últimos años se constata que los varones con estudios superiores fuman menos que aquellos con menor nivel educativo. Mientras que el consumo de tabaco se ha reducido a la mitad en las familias de renta alta, las de renta baja fuman con la misma frecuencia. Hoy en día los trabajadores no cualificados fuman en mayor número que los cualificados y además fuman más cigarrillos. En los últimos años, las enfermedades y las muertes causadas por el tabaco se producen con más frecuencia en las clases sociales bajas.

En España fuman diariamente 9,5 millones de personas (el 61 % varones), lo que supone el 29% de la población de más de 15 años. A los 16-17 años, fuman regularmente 4 de cada 20 chicos y 7 de cada

20 chicas. Según la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de 1996, la proporción de jóvenes que fumaron algún cigarrillo en los últimos 30 días aumentó de un 28 a un 29% de 1994 a 1996. En 1996 la proporción es mayor en el caso de las chicas, aunque los chicos las superan en el número medio de cigarrillos fumados diariamente. Entre un tercio y la mitad de los escolares experimentan con el tabaco antes de finalizar la escolarización secundaria pese a las campañas y programas de prevención.

En Asturias el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad evitable. En el año 2001 se estima que han fallecido en torno a 2.250 personas por causa directa del tabaco (1.650 hombres y 600 mujeres). Uno de cada tres asturianos mayores de 15 años son consumidores de tabaco. Fuman diariamente 283.000 asturianos, de los que 129.000 son mujeres. Alrededor de 160.000 personas fuman un paquete o más al día, 73.000 son mujeres. Un 16,3% de la población son ex-fumadores.

Los hombres siguen fumando en mayor proporción que las mujeres, aunque la tendencia en los últimos años es a un incremento del consumo de tabaco en las mujeres, especialmente las más jóvenes, y a un descenso en los hombres, similar a lo que ocurre en toda España.

#### Iniciativa 20:

#### AUMENTANDO EL NÚMERO DE ESPACIOS LIBRES DE HUMO.

Las leyes que prohíben fumar en los espacios cerrados se promulgaron inicialmente como medidas de prevención de incendios o como una forma de asegurar la higiene alimentaria. Con el tiempo, las legislaciones han ido haciéndose eco de las pruebas contundentes sobre los efectos nocivos del tabaquismo pasivo. El consumo de tabaco en el lugar de trabajo provoca enfermedad y muerte, molesta a las personas que no fuman, conduce a la pérdida de productividad y acarrea costes adicionales. A largo plazo el humo de tabaco inhalado puede conducir a la aparición de enfermedades tales como el cáncer de pulmón o infarto de miocardio e incrementa el riesgo de padecer asma bronquial y neumonía. Un lugar de trabajo libre de humo de tabaco contribuye a la reducción de la mortalidad prematura y disminuye la morbilidad y la discapacidad entre la población activa, tanto en fumadores como en no fumadores. Además, alienta a los fumadores a no fumar o a fumar menos.

Los trabajadores pasan alrededor de un tercio de sus vidas en el lugar de trabajo y tienen derecho a un ambiente laboral seguro y saludable. La elaboración de una política realista sobre lugares de trabajo libres de humo de tabaco pasa por involucrar a todos los interesados, elevar el nivel de concienciación, difundir los datos científicos y servirse de argumentos pragmáticos de relevancia en el contexto cotidiano de la realidad laboral. Esta cuestión atañe de manera especial a las mujeres. Mientras la prevalencia del tabaquismo entre la población masculina tiende paulatinamente a disminuir, entre las mujeres está aumentando. La tasa de empleo femenino está aumentando y se observa una feminización de algunos lugares de trabajo. Además, un 80% de las mujeres trabajan en el sector servicios, muchas de ellas en restaurantes y bares. Estas circunstancias elevan al 73% las mujeres que sin fumar respiran aire contaminado por el humo del tabaco.

La situación en los centros sanitarios asturianos, según un trabajo publicado en 1999, muestra que en el 60% de los hospitales y en el 30% de los centros de salud se observaba consumo de tabaco.

Acciones a considerar:

- ◆ Convertir todos los centros de la administración pública de Asturias, educativos y laborales en espacios libres de humo haciendo especial hincapié en los siguientes aspectos:
  - Promover y apoyar por parte de las empresas y los sindicatos políticas de prevención y control del tabaquismo.
  - Ofertar a los trabajadores la oportunidad de ser partícipes del diseño y puesta en marcha de políticas antitabaco. Los representantes de los trabajadores deben jugar un papel clave en su desarrollo.
  - Sensibilizar a través de campañas de información a todo el personal sobre los riesgos del aire contaminado con humo de tabaco en el ámbito laboral “en todos los niveles de la organización”.
- ◆ Impulsar y hacer cumplir las normas vigentes que velan por la existencia de entornos laborales libres de humo con la posibilidad de que los trabajadores y sus representantes puedan efectuar reclamaciones en caso de incumplimiento.

### Iniciativa 21:

#### ELABORANDO Y PONIENDO EN MARCHA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO.

Los países que han puesto en marcha programas integrales de lucha antitabáquica han obtenido buenos resultados. Las intervenciones que contemplan estos programas son muy variadas: prohibir su publicidad, introducir avisos del peligro de su consumo en las cajetillas, prohibir fumar en espacios cerrados, gravar con impuestos elevados los productos del tabaco, organizar actividades de educación para la salud e implantar programas para dejar de fumar.

En España, cada día 9.000 personas intentan dejar de fumar. Sólo 300 siguen abstinentes al cabo de un año. En la cohorte EPIC-España, integrada por mujeres de 30 a 64 años y varones de 35 a 64 años, la tasa de abandono del hábito (por 1000 personas – año) fue de 40,8 en las mujeres y de 57,4 en los hombres. En los no fumadores las tasas de iniciación fueron de 2,2 y 12,4 en mujeres y hombres respectivamente.

El papel del personal sanitario en la reducción del consumo de tabaco tiene una doble vertiente: como modelo de referencia y como transmisor de información y apoyo en el abandono del hábito. El 32% de los profesionales sanitarios en Asturias son fumadores. Hace 10 años el 54% y 57% de los médicos/as y enfermeros/as respectivamente eran fumadores. El 95% de ellos declara no fumar nunca delante de los pacientes. El 36% son ex-fumadores. El 70% del personal sanitario pregunta habitualmente a sus pacientes sobre el hábito de fumar y el 75% aconseja habitualmente a los fumadores que disminuyan o abandonen el consumo.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar e implantar un programa de ayuda para dejar de fumar, haciendo especial hincapié en las personas y grupos más vulnerables.
- ◆ Estudiar la viabilidad de financiación del tratamiento de apoyo con fármacos sustitutivos de la nicotina.

- ◆ Incorporar de forma sistemática el consejo antitabaco en atención primaria en el marco de cualquier acto médico o de enfermería con su refuerzo posterior.
- ◆ Entrenar a los profesionales de salud en la intervención mínima antitabaco.
- ◆ Elaborar y difundir material educativo que estimule y refuerce la no iniciación del consumo de tabaco y estimule a su abandono.
- ◆ Diseñar e implantar programas educativos dirigidos específicamente a mujeres, adolescentes y grupos sociales más frágiles.
- ◆ Incluir en los programas de formación de los profesionales de la salud, personal docente y técnicos en prevención de riesgos laborales, estrategias para la prevención y tratamiento del tabaquismo.

#### OTRAS DROGAS ILEGALES

Los hábitos de consumo de drogas ilegales están cambiando. El consumo de drogas que podríamos denominar tradicional, como la heroína, está disminuyendo en los últimos años, el de las modernas o de diseño va en aumento. Esta circunstancia junto con el policonsumo y el gran número de drogas disponibles hace que sea difícil cuantificar el consumo de drogas ilegales. En general, en Europa se calcula que existen aproximadamente 2 millones de personas que podrían denominarse grandes consumidores. En España se cifran en aproximadamente 116.000 los grandes consumidores.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001: el 8% de la población asturiana dice haber consumido cánnabis en el último año, el 5% en el último mes. El 2% de la población sería consumidora habitual de cocaína. El 2% de los adultos asturianos serían consumidores habituales de éxtasis o drogas de síntesis y el 4% las habrían probado alguna vez. El consumo de heroína estaría situado por debajo del 1% de este grupo de población. El grupo de edad en el que se registra un mayor consumo prácticamente de todas las sustancias es el que va desde los 15 a los 24 años.

No se dispone de una estimación de los costes económicos directos imputables al consumo de drogas en Asturias, pero sólo para el capítulo de programas de drogodependencias para el año 2002 se presupuestaron alrededor de 6 millones de euros (Plan sobre Drogas para Asturias).



Las repercusiones del consumo de drogas ilegales para la salud de nuestra comunidad, son múltiples pero cabría resaltar:

- Las sobredosis por drogas causan entre 30 y 45 muertes al año en Asturias.
- Su íntima relación con varias enfermedades infecciosas: De los 1.047 casos de Sida diagnosticados en Asturias, el 64% acontecen en consumidores de drogas por vía parenteral.
- Otras repercusiones sobre la salud, más difíciles de cuantificar, estarían en relación con los problemas laborales, la degradación de la vida familiar, la violencia, la delincuencia asociada a drogas y el aislamiento social que conllevan las drogas ilegales.

El riesgo de morir como consecuencia del consumo de drogas ilícitas aumenta con la frecuencia y con la cantidad consumida. Las pautas de consumo más peligrosas se observan entre las personas drogodependientes que por lo general se inyectan la droga a diario durante años. La carga atribuible de mortalidad al consumo de drogas es varias veces mayor entre los hombres que entre las mujeres.

#### Iniciativa 22:

#### DESARROLLANDO E IMPLANTANDO LAS ACCIONES CONSIDERADAS EN EL PLAN DE DROGAS.

El Plan de Drogas de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios pretende poner en marcha diferentes actuaciones y programas de un marcado carácter educativo y de promoción de conductas saludables en los ámbitos educativo, sanitario y comunitario.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Potenciar aquellas acciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias, dentro del marco de educación para la salud, a través de la salud escolar y desde la prevención comunitaria, especialmente municipal.
- ◆ Elaborar e implementar un programa de formación continuada para los profesionales de la salud en el área de las drogodependencias, resaltando las nuevas formas de consumo y dependencia.
- ◆ Crear un protocolo de actuación consensuado entre los profesionales de atención primaria, sus unidades de apoyo y atención especializada para la atención de los

problemas por el uso de drogas. Se busca favorecer el seguimiento y evaluación de la actividad asistencial donde prime la accesibilidad, la calidad y la integración de las personas drogodependientes.

- ◆ Impulsar los programas de intercambio de jeringuillas y disponibilidad de preservativos.
- ◆ Crear, poner en marcha y reforzar, en coordinación con la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, servicios y programas de rehabilitación psicosocial alternativos en pisos, pensiones y minirresidencias concertadas y supervisadas.
- ◆ Potenciar, apoyar e impulsar convenios con ONG e instituciones que velan por el abordaje comunitario en el campo de las drogodependencias o de las personas en situación de riesgo y quiebra social. Profundizar en la cooperación iniciada con el sector judicial y legislativo.
- ◆ Favorecer la normalización de la atención de los drogodependientes y la accesibilidad a la dispensación de metadona a través de Atención Primaria y Oficinas de Farmacia dentro del área de salud a la que pertenezca.

## LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La alimentación y el estado de nutrición influyen de forma decisiva, no sólo en la percepción subjetiva de buena salud y bienestar sino también en la calidad y condiciones de vida de las personas, constituyendo un determinante de su crecimiento, desarrollo y su rendimiento físico e intelectual. A nivel mundial la producción alimentaria es suficiente para proporcionar una dieta adecuada a todos los habitantes del planeta. A pesar de ello hay notables diferencias entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo en cuanto a la oferta y consumo de alimentos.

Debe recordarse que la malnutrición, con independencia de otros condicionantes, es en la actualidad un problema universal que incide sobre todo en los países pobres y en capas sociales específicas de los países ricos. Y que la malnutrición y sus consecuencias siguen siendo, con mucho, la primera causa de muerte en el mundo.

En un país y una región como la nuestra, la sobrealimentación y las dietas desestructuradas son los principales problemas que caracterizan los hábitos alimentarios. Su tendencia al alza se relaciona con el incremento de enfermedades cardiovasculares, obesidad, neoplasias (colon, mama y próstata),

osteoporosis, estreñimiento crónico, caries e incluso con otras enfermedades que, presentándose en forma de trastornos psicológicos y anomalías del comportamiento ocasionan problemas muy graves de salud, como es el caso de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia nerviosa y bulimia).

Los comportamientos alimentarios también se ven influidos por razones de género. Los modelos corporales que la sociedad actual impone a las jóvenes son factores que conducen a una mala alimentación

La prevalencia de la obesidad en España es del 13,4%, cifras intermedias respecto a las de los países occidentales. Su frecuencia aumenta con la edad y las mujeres son significativamente más obesas que los varones. En Asturias, según la ESA – 2002, el 12,4% de los hombres son obesos mientras que en las mujeres llega al 13,5%.

No existen datos de mortalidad directamente atribuibles a una alimentación inadecuada. Se estima que un tercio de las enfermedades crónicas pueden tener relación con la alimentación. Por eso solamente podemos hablar de mortalidad atribuible indirectamente a alimentación inadecuada, particularmente enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Según diferentes expertos la mortalidad, los gastos sanitarios relacionados con la obesidad y el sobrepeso se aproximan a los producidos por el tabaquismo.

En función de los datos del Estudio Nacional de Nutrición y Alimentación, elaborado a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE de 1991, Asturias estaría por encima de la media nacional en consumo de leche y derivados, azúcar y miel y leguminosas, y por debajo en pescados, carnes y bebidas alcohólicas.

En un análisis realizado en Asturias sobre el Estudio “Dieta y Salud” (EPIC), en el que se compara el consumo de alimentos de los 8.544 voluntarios de edades comprendidas entre 35 y 65 años con las recomendaciones (la "pirámide de la alimentación") del Departamento de Agricultura de EEUU (USDA), nos encontramos con que sólo un porcentaje relativamente bajo cumple las recomendaciones para cada grupo de alimentos. En los grupos de la carne y vegetales hay un sobreconsumo (a expensas

fundamentalmente de la patata), mientras que en el grupo de lácteos la media de consumo está cercana a la recomendación, y en los grupos de cereales y fruta la media está por debajo de lo recomendado. Otro de los hallazgos a destacar es que los grupos de nivel educativo más bajo consumían menor cantidad de aceite de oliva (mujeres), de leche y productos lácteos (varones) y vegetales.

En la Encuesta Asturiana de Salud 2002, el 10,5% de los adultos declararon realizar fuera de casa el almuerzo, el 5,5% el desayuno y el 3,2% la cena.

#### Iniciativa 23:

#### AUMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES.

Aunque comer es una necesidad basal para vivir, a su alrededor hay todo un mundo de hábitos y factores socioculturales que influyen en el patrón alimentario. La distribución y el consumo de alimento es reflejo del funcionamiento de la organización familiar, laboral y escolar. Se sabe que la elección de alimentos está condicionada en primer lugar por el factor económico y el gusto, la comodidad, la sencillez en la elaboración y el valor nutritivo.

El objetivo de una política nutricional bien planificada es modificar los hábitos alimentarios de la población y encaminarlos hacia un patrón más correcto, de manera que repercuta en una mejora de la salud de la población. Consiste en fomentar que la elección más fácil de tomar sea la del modelo alimentario más saludable.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar e implantar programas comunitarios que favorezcan la elección de una alimentación saludable y equilibrada. A destacar el papel al que están llamados a jugar los ayuntamientos como espacios donde escenificar estas acciones.
- ◆ Elaborar una guía de seguridad alimentaria en el hogar que contemple los riesgos vinculados a los alimentos, el papel del consumidor al hacer la compra, el

almacenamiento de los alimentos, la forma de cocinarlos y las normas básicas de higiene en su manipulación.

- ◆ Realizar actividades comunitarias sobre alimentación saludable dirigidas a colectivos más vulnerables con escasos recursos para la adquisición de alimentos y con patrones alimentarios irregulares.

#### Iniciativa 24:

#### INCORPORANDO DE MANERA SISTEMÁTICA A LOS SERVICIOS SANITARIOS COMO PROMOTORES DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

Actualmente, el consejo dietético para mantener la salud es un motivo frecuente de consulta médica. Es importante tener en cuenta que durante la vida hay situaciones diversas que requieren cuidados especiales en la alimentación: embarazo, lactancia, infancia, anciano (más de un 40% de los ancianos presentan un ingesta inadecuada de tres o más nutrientes). Asimismo, algunos pacientes necesitan una dieta terapéutica que forma parte del tratamiento prescrito para una diabetes, una úlcera gastroduodenal y un largo etcétera. Se sabe que los médicos son considerados una de las fuentes de información más fiable en temas de nutrición. Es conveniente por lo tanto, aprovechar esta posición estratégica para mejorar los conocimientos y las actitudes nutricionales de sus pacientes. La cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus son los trastornos más susceptibles de intervenir a través del consejo dietético.

Cuando se “impone” una dieta desde la consulta médica es vivida e interiorizada como una “agresión”. El papel del equipo sanitario es, usando la educación para la salud como principal herramienta, ayudar a que su aceptación no sea tan traumática y facilitar nuevos recursos gastronómicos para ayudar al paciente a disfrutar del nuevo patrón alimentario.

Con el envejecimiento de la población los problemas nutricionales asociados a la vejez se han constituido en objeto de primera atención en relación con la salud. En las personas de más de 85 años un porcentaje considerable padece enfermedades crónicas o está limitado desde el punto de vista funcional y, por tanto, es incapaz de realizar ciertas actividades diarias con autonomía. La mayor parte de estos

ancianos viven en residencias y se considera un grupo de riesgo que con frecuencia requiere intervención nutricional.

En el mundo desarrollado la obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente y constituye un problema emergente de salud pública. Afecta a amplios sectores de la población y su frecuencia está creciendo en niños y en adultos. Es frecuente que la obesidad de la infancia se mantenga en la adolescencia y durante al vida adulta. Dado que las enfermedades y trastornos de salud asociados con la obesidad se presentan principalmente en adultos, y que para éstos es difícil conseguir una disminución de peso y mantenerlo a lo largo del tiempo, parece lógico que la prevención de la obesidad en los adultos empiece identificando e interviniendo sobre aquellos niños que con más probabilidad tendrán sobrepeso u obesidad cuando lleguen a adultos.

Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar intervenciones comunitarias donde el médico de familia y la enfermería jueguen un papel relevante como vehículo de información que mejore los conocimientos y actitudes nutricionales de sus pacientes, sobre todo diabéticos, personas mayores y mujeres embarazadas.
- ◆ Conocer la prevalencia real de malnutrición en la población no institucionalizada, sobre todo de aquellas personas que viven solas o sin un soporte familiar que asegure la cobertura de sus necesidades.
- ◆ Ofrecer en el plan de formación del personal sanitario actividades formativas sobre alimentación y nutrición, detección de trastornos.
- ◆ Establecer mecanismos de identificación de la población de riesgo y desarrollar estrategias de atención social y sanitaria que aseguren el correcto estado nutricional.
- ◆ Reforzar la educación alimentaria y nutricional en los controles del niño sano desde el primer año de vida.
- ◆ Diseñar e implantar desde atención primaria un protocolo de actuación frente a la obesidad infantil que aborde su diagnóstico y tratamiento.

- ◆ Elaborar e implantar en los centros sanitarios un protocolo de cribado de malnutrición en los ancianos con largas estancias hospitalarias. Su abordaje y detección permite corregir este problema.

#### Iniciativa 25:

#### ESTABLECIENDO E IMPLANTANDO PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN COMEDORES ESCOLARES Y RESIDENCIAS DE ANCIANOS.

Es fundamental que los alumnos conozcan desde edades tempranas la importancia que tiene una correcta nutrición en el mantenimiento de la salud, así como en el desarrollo emocional y psicosocial. Los hábitos que se adquieren en este periodo de la vida son decisivos en el futuro comportamiento alimentario en la edad adulta. La educación debe considerarse, por tanto, como una herramienta indispensable en la prevención de los trastornos alimentarios.

Los problemas alimenticios entre los ancianos son diferentes. En nuestro entorno la prevalencia de malnutrición en la población anciana no institucionalizada se estima entre el 3 y el 7%. En la población que vive en residencias de ancianos, la prevalencia oscila entre el 30 y el 60%. El sexo, la edad y los ingresos constituyen los principales factores asociados a la malnutrición. La prevalencia de malnutrición en ancianos es mayor en mujeres y varones que viven solos.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Fomentar la presencia de profesionales cualificados que controlen la seguridad y adecuación nutricional colectiva de las residencias geriátricas.
- ◆ Informar a la comunidad educativa y otras instituciones sobre los menús, con su correspondiente valor nutritivo.
- ◆ Diseñar e implantar un programa formativo sobre las ventajas de la alimentación saludable destinado a mediadores y responsables del cuidado de otras personas.
- ◆ Fomentar actividades escolares integradas en el horario escolar que promuevan el desayuno, la visita a mercados, etc.

## EL EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio o actividad física es un hábito de vida saludable cuyo déficit se relaciona con distintas patologías y mermas en la calidad de vida de los ciudadanos. Está demostrado que las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo presentan un mejor estado de salud, mayor bienestar, mayor longevidad y menores tasas de mortalidad que los sedentarios. La inactividad física es, junto con los excesos alimentarios, la principal causa de obesidad.

La investigación epidemiológica ha demostrado que la actividad física disminuye el riesgo de enfermedades como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fracturas por caídas, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión.

La aparición de dispositivos mecánicos y la generalización de los medios de transporte en la segunda mitad del siglo pasado ha ido reduciendo progresivamente los niveles cotidianos de actividad física emergiendo una nueva conducta: el sedentarismo. La contribución de la conducta sedentaria a la mortalidad se estima en Estados Unidos en 250.000 muertes/año (un 12 % del total).

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, un 39% de la población mayor de 16 años es inactiva, el 38,2% hace ejercicio o deporte ocasionalmente, un 12,5% practica ejercicio de forma regular y el 9,8% realiza entrenamientos periódicos para algún deporte. Por sexo, las mujeres (8%) realizan menos ejercicio físico en su tiempo libre que los hombres (18%) y también caminan menos o realizan un trabajo menos pesado durante su actividad principal (9% frente a 21%). La frecuencia del sedentarismo aumenta con la edad. También se objetivaron diferencias entre las diversas comunidades autónomas, oscilando la prevalencia de sedentarismo durante la actividad ocupacional desde el 43 y 41% de Murcia y País Vasco, respectivamente, hasta el 27% de Extremadura, mientras que la inactividad física durante el tiempo libre oscilaba entre el 68 y 65% de Castilla La Mancha y Asturias, respectivamente, y el 33 y 39% de Murcia y Baleares.

En Asturias el 34% de la población entrevistada en la ESA-2002 refiere no practicar ningún ejercicio físico y el 45% sólo ocasionalmente. Con la edad disminuye la práctica regular de ejercicio y



aumenta la práctica ocasional; sin embargo el grupo de edad de 30 a 44 años es donde un mayor porcentaje de personas no realizan ningún ejercicio (40%).

#### Iniciativa 26:

#### AUMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO COMO PROMOTOR Y PROTECTOR DE LA SALUD.

No hay suficientes evidencias para valorar la efectividad en la población general de campañas educativas aisladas que persigan el incremento del ejercicio. Sin embargo, cuando se complementan con otro tipo de intervenciones pueden proporcionar ganancias de salud adicionales.

Además de las ventajas que sobre la salud origina el aumento del ejercicio físico se producen otros beneficios colaterales que fomentan la buena salud de la comunidad y que contribuyen a aumentar su capital social. Por ejemplo: caminar juntos puede mejorar el sentido de colectividad, de pertenencia a un grupo social y contribuye a disminuir situaciones de exclusión.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar campañas informativas sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud de la comunidad.
- ◆ Instalar en determinados “puntos de decisión” recordatorios que animen a la práctica del ejercicio frente a otras alternativas más sedentarias, ejemplo: usar escaleras frente al uso de ascensores.
- ◆ Incorporar actividades en escuelas, lugares de trabajo, barrios y asociaciones de vecinos que fomenten la conveniencia de practicar ejercicio: Creación de grupos por actividades deportivas, características personales, afinidades,... cuyo objetivo sea incrementar el nivel de actividad física. Uso de la figura del “contrato” en el seno de las redes sociales para alcanzar un determinado nivel de práctica de ejercicio.
- ◆ Diseñar e implantar programas que aumentan la práctica de ejercicio físico a través de abordajes sociales en las escuelas, colegios e institutos. Se pretende sustituir el tiempo

de ocio dedicado a ver la televisión, videoconsolas o juegos de ordenador por ocio alternativo menos sedentario.

- ◆ Realizar campañas de promoción del ejercicio físico entre las mujeres, con especial atención a las mujeres mayores y las adolescentes.
- ◆ Propiciar que los centros deportivos y polideportivos contemplen en sus instalaciones y programaciones espacios y actividades físicas tradicionalmente femeninas.

#### Iniciativa 27:

#### INCORPORANDO DE MANERA SISTEMÁTICA A LOS SERVICIOS SANITARIOS COMO PROMOTORES DE EJERCICIO FÍSICO.

La dieta, el ejercicio y la abstención de tabaco y alcohol son las medidas no farmacológicas indicadas con mayor frecuencia en atención primaria en muchas enfermedades crónicas. La rehabilitación de diversas enfermedades precisa el ejercicio físico como parte del abordaje terapéutico. El consejo sobre la conveniencia de aumentar los niveles de ejercicio se ha mostrado claramente eficaz para mantener la salud y mejorar la calidad de vida sin olvidar un beneficio añadido: una persona que practica ejercicio regularmente suele dejar de fumar si lo hacía, moderar el consumo de alcohol si bebía y comer más correctamente.

Otra de las bondades de incluir al ejercicio físico como herramienta de trabajo en el sistema sanitario es su capacidad para detectar problemas precozmente al someter al organismo a un nivel de exigencia superior al de las actividades cotidianas. En este sentido el consejo para aumentar los niveles de actividad sería muy eficaz. El inconveniente es que los profesionales sanitarios no tienen tan asumido su papel como promotores de ejercicio en comparación con el tabaco o el alcohol. La facilitación del empleo de dicha intervención mediante métodos sencillos, convincentes y que consuman poco tiempo e incluir el consejo sobre ejercicio en los contratos programa son algunas de las estrategias barajadas para estimular el interés de los profesionales de atención primaria.

Acciones a considerar:

- ◆ Introducir de forma sistemática el consejo sobre la conveniencia de la práctica de ejercicio físico en atención primaria y especializada.
- ◆ Diseñar e implantar actividades comunitarias (talleres, paseos, programas de mantenimiento físico, foros de salud) de promoción del ejercicio físico en el marco de la atención primaria impulsadas por las unidades de fisioterapia y trabajo social. Estas actividades se dirigirán preferentemente a grupos de riesgo: mujeres, obesos, personas en riesgo de exclusión social, enfermos crónicos etc.
- ◆ Elaborar guías u otro tipo de documentos sobre la utilidad preventiva, terapéutica y rehabilitadora del ejercicio físico y las directrices para utilizarlo correctamente.
- ◆ Confeccionar un programa de ejercicio físico para ser realizado en los hogares destinado a personas con movilidad limitada.
- ◆ Elaborar e implantar programas de ejercicio estructurados y supervisados en la rehabilitación de enfermos con cardiopatías, enfermedades respiratorias, endocrinas y del aparato locomotor.

Iniciativa 28:

AUMENTANDO LA OFERTA DE INSTALACIONES Y DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS O DE EJERCICIO FÍSICO MEDIANTE LA COORDINACIÓN EFECTIVA ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES.

La práctica de ejercicio físico guarda correlación no sólo con patrones conductuales y culturales sino también con el entorno físico y social. El papel de las intervenciones comunitarias se erige, en consecuencia, como una pieza crítica en la estrategia global que persigue aumentar la actividad física entre la población de Asturias. Se recomiendan intervenciones basadas en campañas de educación para la salud en un marco comunitario y escolar. Es muy aconsejable crear redes de sostén social y subrayar el papel efectivo de las actividades que inciden a través de los determinantes del comportamiento y en distintos lugares de actuación.

Existen estudios de correlación que demuestran que el nivel de ejercicio físico guarda relación con la disponibilidad de equipo deportivo en el hogar y la proximidad y densidad de lugares para la

práctica deportiva en el barrio. Influyen también aspectos como la seguridad, las condiciones climáticas y la polución atmosférica. Dos abordajes que han demostrado su efectividad, el estímulo de los cambios conductuales a través de actividades adaptadas individualmente y el aumento de la accesibilidad a instalaciones para realizar ejercicio físico, resaltan el papel que el abordaje del entorno social puede jugar para combatir la inactividad física en nuestra sociedad.

Acciones a considerar:

- ◆ Apoyar y ayudar las políticas municipales que fomenten la práctica regular de ejercicio: creación de sendas seguras o vías para caminar, institucionalización de la semana del ejercicio, etc...
- ◆ Facilitar el acceso a las instalaciones deportivas dependientes de la administración educativa a la población general de forma libre y ordenada dentro de una política real de “Centros Abiertos al Deporte.”
- ◆ Promover convenios y actuaciones coordinadas entre instituciones sanitarias y los centros deportivos de todo tipo, de forma que se favorezca el acceso a los mismos sin restricciones en aquellos casos donde la prescripción facultativa así lo aconseje.
- ◆ Diseñar y llevar a cabo una política de incentivos económicos dirigida a las instituciones deportivas que favorezcan el acceso a las mismas de las personas más necesitadas en el marco de un programa de estímulo y mantenimiento de la actividad física.

## LA ESFERA AFECTIVO-SEXUAL

El objetivo 4 del documento Salud 21 de la OMS que hace referencia a la salud de los jóvenes recomienda de forma inequívoca que *“las políticas y los programas de salud sexual deben implicar a todos los segmentos de la sociedad, en particular a los adolescentes y a los jóvenes”* y señala que *“nuestros niños, adolescentes y jóvenes deberán contar con mejores aptitudes útiles para la vida y ser capaces de tomar las decisiones más sanas”*. Y todo ello desde una perspectiva de género.

Con estas premisas debe realizarse una educación afectivo-sexual adaptada a cada edad donde se favorezca la relación de chicos y chicas con la creación de vínculos afectivos y de amistad, donde haya

una valoración positiva del propio cuerpo, que aborde los cambios de la pubertad y adolescencia y sus repercusiones psicológicas, la identidad sexual, los conceptos de embarazo-anticoncepción y maternidad, el papel que juegan los medios de comunicación, etc. Se recomienda un análisis de la demanda de forma que los adolescentes y jóvenes no queden fuera del Programa y sus necesidades adquieran un protagonismo real.

A continuación se presentan algunos datos relevantes sobre sexualidad, anticoncepción y embarazo no deseado:

- Según datos de la Encuesta de Fecundidad de 1999 [INE], en Asturias el 27,3% de las mujeres entre 15 y 49 años no ha utilizado nunca un método anticonceptivo, el 15,6% lo ha utilizado, pero no actualmente y el 2,7% utiliza un método ineficaz. El 51,4% de las mujeres que utilizan o han utilizado algún método anticonceptivo no acuden nunca a asesorarse a un centro sanitario sobre su uso.
- El número promedio de hijos que tienen intención de tener las mujeres en Asturias es de 1,69 según la misma encuesta, lo que supone la cifra más baja entre todas las CCAA. El promedio para toda España es de 1,90. Entre los motivos que en Asturias las mujeres aducen para haber tenido menor número de hijos del deseado, destaca la insuficiencia de recursos económicos (48,7%) y la situación de paro, propia o de su pareja (25%), cifras superiores a las declaradas en el resto de España.
- En 1999 se realizaron 827 vasectomías y 516 ligaduras de trompas (45% y 94% respectivamente en hospitales públicos). La utilización de anticonceptivos orales, aunque difícil de conocer, parece ir en aumento, basándose en estimaciones a partir de las ventas en farmacias, y podría estar en torno a 35.000 mujeres en el año 2000. Respecto a la anticoncepción postcoital, en el año 1999 se atendieron 3.308 demandas en Centros de Orientación Familiar, Clínicas Privadas y Urgencias Hospitalarias.
- El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) registrado en el año 2001 fue de 1.652, lo que supone una tasa de 6,1/1000 mujeres en edad fértil (15-49 años) por debajo de la media española. La evolución en los últimos años presenta un descenso marcado a partir de mediados de los años 90, en contraste con las tasas de IVE en España que han aumentado desde 1992 un 50%. En 2001 se han registrado 246 abortos en jóvenes de 15 a 19 años, lo que supone

una tasa de 8,4 /1000 adolescentes. El 56% de los embarazos en adolescentes en 2001 habrían sufrido una interrupción voluntaria. Aunque el número absoluto de interrupciones legales de embarazo ha descendido en Asturias en los últimos años, la tasa de IVE en este grupo de edad se mantiene relativamente estable frente al conjunto de España donde ha habido un incremento ininterrumpido del 100% desde el año 1992.

#### Iniciativa 29:

GENERALIZANDO LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA AFECTIVO–SEXUAL EN TODAS LAS ÁREAS SANITARIAS Y CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA DESDE UNA CLARA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La aprobación de la LOGSE incorporó la educación afectivo–sexual como parte del currículo educativo para la salud. Si bien se han puesto en práctica y en marcha numerosos proyectos e iniciativas, resulta imprescindible una apuesta institucional estructurada y decidida para lograr su implantación generalizada.

Con estas premisas, varios organismos del Gobierno del Principado de Asturias, han puesto en marcha el Programa de Educación Afectivo-Sexual cuyo objetivo es lograr que los y las adolescentes y jóvenes de Asturias puedan disfrutar de una vida afectivo-sexual placentera y saludable y prevenir los embarazos no deseados, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Esta formación estará libre de estereotipos sexistas, se basará en el respeto mutuo y contribuirá a una educación para la igualdad entre hombres y mujeres, previniendo la violencia de género y los comportamientos homófobos.

El objetivo último del Programa Afectivo–Sexual es lograr que los adolescentes y jóvenes de Asturias disfruten de una vida sexual natural, placentera y sana y que incorporen a sus valores la igualdad de género, el respeto y el pensamiento crítico.

Acciones a considerar:

- ◆ Potenciar el programa desde todas las instituciones del Gobierno del Principado de Asturias que han participado en su diseño e implantación.
- ◆ Impulsar las Comisiones de Salud de Área para divulgar el programa y asesorar a los centros educativos que se incluyan en el mismo, estableciendo mecanismos de coordinación de los distintos ámbitos y recursos implicados.
- ◆ Registrar un censo de centros que tienen incorporado el Programa Afectivo-Sexual entre sus líneas de trabajo curricular con medidas de discriminación positiva para aquellos que incorporan sus actividades.
- ◆ Integrar la educación afectivo-sexual en el proyecto educativo de los centros.
- ◆ Implantar la formación de formadores y formadoras en el ámbito del profesorado, responsables familiares, profesionales del terreno comunitario y asociativo.
- ◆ Establecer en los Centros del Profesorado y Recursos (CPR) un sistema de apoyo y asesoramiento.

Iniciativa 30:

ACERCANDO A TODOS LOS JÓVENES ASTURIANOS, ESCOLARIZADOS O NO, LA INFORMACIÓN Y LOS RECURSOS NECESARIOS PARA EL DISFRUTE DE UNA VIDA AFECTIVO–SEXUAL SALUDABLE SIN RIESGOS Y LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL EMBARAZO NO DESEADO.

Si bien el ámbito fundamental para desarrollar el Programa Afectivo-Sexual es el educativo, no debemos olvidarnos de otros escenarios, sanitario y comunitario sobre todo, para mejorar la accesibilidad de los jóvenes en función de sus peculiaridades y necesidades.

Acciones a considerar:

- ◆ Elaborar desde los Centro de Orientación Familiar un programa que dé respuesta a las necesidades de los jóvenes en materia sexual y contraceptiva.
- ◆ Elaborar material divulgativo adecuado a los fines que persigue el Programa Afectivo-Sexual donde se incluyan recursos y actividades disponibles en salud sexual.

- ◆ Favorecer la difusión del programa a través de las Unidades de Trabajo Social de los ayuntamientos y centros de salud asturianos.
- ◆ Canalizar a través de las asociaciones de alumnos las demandas de formación, asesoramiento y asistencia.
- ◆ Favorecer la accesibilidad de los adolescentes a los preservativos mediante implantación de máquinas expendedoras en lugares estratégicos y adecuados al medio juvenil.
- ◆ Detectar precozmente en atención primaria aquellos adolescentes en situación de riesgo por sus condicionantes sociales, culturales y económicos y facilitar el acceso a los medios anticonceptivos.
- ◆ Establecer y apoyar líneas de trabajo de las asociaciones, ONG e instituciones que desde fuera del ámbito sanitario trabajan con el objetivo de mejorar la salud afectivo-sexual de los jóvenes, en especial de quienes tienen menos recursos personales y económicos.



## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 11: Presentar batalla al cáncer.**

Durante el año 2001 perdieron la vida 3307 asturianos debido al cáncer. Fue la segunda causa de muerte y supuso el 39,4% de los Años Potenciales de Vida Perdidos.

El cáncer es un problema de salud de primera magnitud a escala mundial por ser una de las enfermedades más prevalentes y que más muertes y sufrimiento ocasiona después de las enfermedades cardiovasculares. En concreto, en el grupo de 35 a 64 años, constituye la primera causa de mortalidad en los países occidentales. Entre las diferentes localizaciones tumorales que tienen definidas estrategias de prevención secundaria con mayor o menor grado de evidencia destacan los cánceres de mama y cérvix en la mujer, el de próstata en el varón y el colo-rectal en ambos sexos. En todos ellos existen actualmente controversias para la implementación de su cribado en la práctica clínica, haciendo necesarias líneas de investigación específicas y avances tecnológicos y organizativos para mejorar la efectividad de estas intervenciones.

El objetivo 8 de Salud 21 se refiere a la reducción de las enfermedades no transmisibles y en uno de sus apartados dice: *“La mortalidad debida a todos los tipos de cáncer en las personas de menos de 65 años, se deberá reducir como promedio, al menos, un 15%, y la mortalidad debida al cáncer de pulmón en un 25%”*. Conseguir una mejor prevención y detección, así como un mejor tratamiento y asistencia son las piedras angulares para cumplir este objetivo.

El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de muchos tumores malignos y la mejor supervivencia de los enfermos de cáncer debida a los avances diagnósticos y terapéuticos, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con cáncer (prevalencia), situación que pone a prueba la red de asistencia oncológica y que marca la creciente importancia de este grupo de enfermedades como problema de salud pública en nuestro país.

Las localizaciones tumorales más frecuentes en España (excluyendo los tumores de piel no-melanoma) son el cáncer de pulmón, los cánceres colorrectales, el cáncer de próstata y el de vejiga en hombres y el cáncer de mama, los tumores colorrectales, el cáncer de útero, ovario y el de estómago en

mujeres. Se estima que cada año se producen 150.000 casos nuevos de cáncer en España (90.000 en hombres y 60.000 en mujeres). En comparación con otros países de la UE, podemos decir que España ocupa un lugar intermedio en la incidencia de tumores malignos. Sin embargo en hombres, en algunas localizaciones tumorales como el cáncer de laringe y desde hace pocos años el cáncer de vejiga, nuestro país presenta las tasas más altas de Europa. La incidencia y mortalidad por cáncer de las mujeres españolas son de las más bajas de Europa.

Merece un especial comentario el hecho de que es más fácil que los pobres padezcan un cáncer que los ricos. Estudios anglosajones en ámbitos de cobertura universal de la atención sanitaria resaltan que la supervivencia y la calidad de la asistencia y del tratamiento es menor en los segmentos de la población más vulnerables económicamente.

En España el cáncer es la segunda causa de muerte, con 89.866 muertes en 1999 (56.503 en hombres y 33.363 en mujeres), lo que supuso el 24% de todas las defunciones. Para ese mismo año, el cáncer ha pasado a ser ya la primera causa de muerte en hombres para el conjunto de España y para las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-León, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja. En mujeres aún se sitúa en segundo lugar después de las enfermedades cardiovasculares.

La tendencia en la mortalidad durante el periodo 1996-2001 según datos de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios es lentamente descendente para el conjunto de la población y para ambos sexos. Generalmente se debe a la disminución de la mortalidad en el cáncer de pulmón y próstata en los varones y el de mama en mujeres. El descenso del tabaquismo en los varones es muy probablemente el causante de la disminución en la mortalidad por cáncer de pulmón. En el caso del cáncer de mama podría deberse a una disminución en la incidencia debida a cambios en los factores de riesgo, o un aumento en los factores de la supervivencia debido al tratamiento y/o a un diagnóstico temprano.

En Asturias el cáncer de pulmón sigue siendo en el año 2001 la principal causa de mortalidad de origen neoplásico (616 fallecimientos), seguido del colo-rectal (419), de estómago (205) y de mama (202). El cáncer de pulmón supone el 10,7% de la mortalidad prematura en hombres y el cáncer de mama

el 12,8% en mujeres. Se espera un incremento de las tasas de cáncer de pulmón entre las mujeres que iniciaron el consumo de cigarrillos en los años setenta. Las neoplasias de origen respiratorio han sido la vigésima causa de hospitalización más frecuente en Asturias en 2001, con 782 altas (el 0,8% del total).

El cáncer colo-rectal es el segundo más frecuente en mujeres y el tercero en hombres. Es la segunda causa neoplásica de mortalidad tanto en hombres como en mujeres. En los últimos años se ha registrado un aumento de la mortalidad debido a cáncer colo-rectal, tanto en cifras absolutas como en tasas ajustadas por edad, sobre todo en hombres. En el periodo de 1987 a 1993 la Tasa Estandarizada por el método directo para Asturias en hombres fue de 40,7 / 100.000 y en mujeres de 24,6 / 100.000, ambas por debajo del promedio estimado en la UE.

El cáncer de mama sigue siendo la principal causa de mortalidad en las mujeres de Asturias. En el año 2001 originó 202 muertes, representando el 3,6% del total de fallecimientos de las mujeres asturianas y el 16,5% de las muertes por cáncer. En ese mismo año el número de años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama fue de 1.171,5; la mortalidad prematura por cáncer de mama supone el 12,8% del total. Respecto a otras CCAA del Estado la mortalidad por cáncer de mama en Asturias, ajustada por edad está en el rango bajo.

El número de diagnósticos de cáncer de próstata está aumentando de un modo muy acusado en los últimos años, fenómeno similar al ocurrido en otros países tras la generalización del uso del Antígeno Prostático Específico (PSA). Actualmente el cáncer de próstata es el segundo en incidencia en hombres y el tercero como causa de muerte.

En un reciente estudio no publicado el Registro de Tumores del Principado de Asturias constata que la supervivencia “cruda” a los 5 años de las personas diagnosticadas de cáncer en Asturias en el periodo 1996-2001 fue del 40,5% a los cinco años (35,2% en hombres y 48,7% en mujeres). La supervivencia relativa (tras descontar el efecto que por causas naturales pudiera acontecer) es de un 47,5%.

En definitiva, las iniciativas frente al cáncer persiguen salvar más vidas, asegurar una asistencia correcta a todos los asturianos con cáncer y reducir las desigualdades en salud. Alcanzar esta meta exige un abordaje integral como el que propone el Plan Oncológico de Asturias.

#### Iniciativa 31:

#### AUMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA PROTECTORES FRENTE AL CÁNCER.

Las personas toman sus propias decisiones, eligen si quieren fumar o no, qué comer y cómo vivir sus vidas. El papel de las políticas de salud es asegurar una información precisa y objetiva sobre los riesgos que comporta adoptar determinados estilos de vida y facilitar a los ciudadanos la elección de opciones saludables. Como quiera que el tabaquismo origina una tercera parte de todos los cánceres y es el principal factor de riesgo individual prevenible, los ciudadanos tienen que saber que el tabaco mata a las personas. Por lo tanto, las campañas educativas incidirán en el aumento del riesgo de enfermar si se fuma pero sin obviar otros factores de riesgo como el consumo excesivo de alcohol, las dietas pobres y desequilibradas, el abuso de la exposición al sol, etc. Las Iniciativas 21 y 22 del Plan de Salud especifican algunas de las acciones a seguir contra el tabaquismo. Como sucede con otras prácticas de riesgo su incidencia es mayor en las clases socioeconómicas más desfavorecidas por lo que es indispensable establecer alianzas estratégicas locales que trabajen en los sectores más deprimidos de los pueblos y ciudades.

La información sobre prevención del cáncer tiene que ser de fácil acceso y debe aportar recursos y habilidades para ayudar a los ciudadanos al abandono de aquellos estilos de vida perjudiciales para la salud. Asimismo es aconsejable que las personas reconozcan los signos y síntomas de sospecha de cáncer y cuándo y a dónde deben acudir ante la presencia o aparición de alguno de ellos.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Desarrollar programas de prevención primaria en el ámbito sanitario, escolar y laboral.
- ◆ Elaborar y difundir a la ciudadanía guías informativas que contemplen el reconocimiento de signos y síntomas de sospecha de un cáncer.

- ◆ Financiar convenios de colaboración con asociaciones, autoridades locales, empresas, escuelas, instalaciones de ocio, grupos minoritarios étnicos, etc... que formen una red donde se lleven a cabo iniciativas frente a los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de tener un cáncer.
- ◆ Realizar actividades comunitarias en las que se fomente la adopción de estilos de vida saludables. Se hará hincapié sobre el valor de no fumar, no consumir alcohol con exceso y llevar una dieta saludable.
- ◆ Difundir a través de diferentes medios, folletos, carteles, correo, etc... el Código Europeo frente al cáncer.
- ◆ Favorecer el acceso a consejo genético en personas que presentan un elevado riesgo de padecer un cáncer.
- ◆ Instaurar una semana al año en todas las áreas sanitarias donde se divulguen y promocionen los estilos de vida saludables frente al cáncer.

#### Iniciativa 32:

#### OPTIMIZANDO EL PROCESO ASISTENCIAL TOMANDO COMO EJE CENTRAL AL PACIENTE CON CÁNCER.

El Plan Oncológico de Asturias está llamado a jugar un papel estratégico aportando cohesión y una visión integral en todo el proceso asistencial del cáncer. A continuación se señalan algunas de las líneas de trabajo más trascendentes.

Es crucial para una asistencia de calidad reducir el tiempo de espera para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Se deben mantener los estándares más exigentes en este apartado ya que es uno de los puntos donde los pacientes y sus familias más “sufren” ante cualquier disfunción de los servicios sanitarios. La atención debe basarse en un trato humano, digno y respetuoso del paciente de forma paralela al uso de las mejores evidencias disponibles.

Los pacientes otorgan una gran prioridad a la comunicación con los profesionales sanitarios, a estar informados claramente acerca de su situación, al control de síntomas y a recibir apoyo psicológico cuando lo precisan.

Acciones a considerar:

- ◆ Poner en marcha el Plan Oncológico para el Principado de Asturias 2004-2007. Este Plan recoge la formulación de las políticas de salud en el campo de la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la atención sanitaria, los cuidados paliativos, la investigación, la docencia y los sistemas de información.
- ◆ Individualizar la atención al enfermo oncológico de forma que se garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad consensuados.
- ◆ Agilizar los circuitos asistenciales: oferta horaria diversificada, ventanilla única, etc.
- ◆ Minimizar el tiempo transcurrido entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento.
- ◆ Garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento para todos los ciudadanos de Asturias con independencia del lugar de residencia y cualesquiera condiciones personales.
- ◆ Ofrecer dentro del Programa de Formación para profesionales sanitarios actividades formativas que aborden aspectos asistenciales y la adquisición y desarrollo de habilidades en comunicación con los enfermos oncológicos y sus familias.

Iniciativa 33:

IMPULSANDO Y OPTIMIZANDO LAS ACTIVIDADES DE CRIBADO PARA LOS TUMORES EN LOS QUE SE HA DEMOSTRADO EFICIENCIA: CÁNCER DE MAMA SEGÚN LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO Y CÁNCER COLO-RECTAL EN LA POBLACIÓN DE RIESGO DEFINIDA POR EL CONOCIMIENTO ACTUAL.

Para reducir la mortalidad a largo plazo por cáncer es crucial su diagnóstico precoz. La vigilancia en el momento del inicio de la enfermedad forma parte de esta estrategia. Si el cribado es posible, es un método importante para detectar las anomalías en un estado precoz, realizando el tratamiento cuando es más posible que se pueda curar el cáncer, antes de su desarrollo y extensión.

La historia natural del cáncer de mama evoluciona en un plazo de 10 a 15 años desde la hiperplasia mamaria hasta el carcinoma invasivo, influyendo en su progresión diferentes factores exógenos y endógenos, algunos claramente identificados como las mutaciones en los genes BCRA 1 y 2 y los antecedentes de cáncer de mama en familiares de primer grado. En esta evolución natural existe una fase preclínica detectable mediante cribado que dura entre 1 y 3 años, antes de que la enfermedad comience clínicamente como un nódulo mamario palpable, que continúa siendo la forma de presentación en el 65% de las mujeres. Por tanto, con el cribado podemos adelantar el diagnóstico hasta 3 años, mejorando la eficacia de los tratamientos disponibles y, en consecuencia, la supervivencia de las mujeres afectadas.

El cáncer colo-rectal es el segundo tumor más frecuente en hombres y mujeres en nuestra comunidad. Diferentes estudios han demostrado que, manteniendo unos estándares de calidad altos, un diagnóstico precoz reduce la mortalidad por cáncer de colon alrededor de un 15%, sin embargo, al margen de la dificultad para reconocer los síntomas de forma lo suficientemente precoz, aún no hay consenso sobre la efectividad de la prueba de la sangre oculta en heces. Otros abordajes para el cribado del cáncer colo-rectal como la sigmoidoscopia flexible, la colografía por TAC y los test de DNA en las heces están siendo evaluados.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Realizar una evaluación del Programa de detección Precoz de Cáncer de Mama, tanto del proceso como de los resultados obtenidos, indicando el grado de efectividad y repercusión.
- ◆ Reforzar las actuaciones dirigidas a informar adecuadamente a las mujeres sobre los procesos clínicos a que son sometidas dentro de este programa de cribado de mama, con el fin de mejorar su capacidad de elección y protección.
- ◆ Ordenar adecuadamente las pruebas preventivas -citología, mamografía- a que están sometidas las mujeres para evitar intervenciones duplicadas, innecesarias y no exentas de riesgo en una parte de la población.
- ◆ Aplicar en atención primaria los protocolos clínicos basados en las evidencias disponibles y aumentar la cobertura de los programas de diagnóstico precoz del cáncer.

- ◆ Optimizar el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Asturias con el cumplimiento de estándares de calidad en todo el proceso.
- ◆ Establecer mecanismos de coordinación y evaluación del funcionamiento y de los resultados del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama entre atención primaria, hospitalaria y los servicios clínicos implicados.
- ◆ Evaluar la pertinencia y factibilidad de implantar un programa de cribado de cáncer colo-rectal.

#### Iniciativa 34:

REFORZANDO E IMPULSANDO PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN FASE TERMINAL CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA (ONCOLOGÍA, VIH-SIDA, DEMENCIA, ANCIANO, ETC.) A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE REFERENCIA.

*“Lo malo no es morir, sino morirse”*: Proporcionar la mejor asistencia a los pacientes que se están muriendo es una obligación ética y social. Afortunadamente se va extendiendo la visualización de los cuidados paliativos como una parte integral de la asistencia a los pacientes y sus familias en su entorno natural. Sus principios deben ser aplicables a todos los pacientes y en todos los lugares. No debemos permitir bajo ninguna excusa que la técnica o la desidia deshumanicen la etapa final de la vida, donde si es bien llevada invita a realizar con un último gesto, aquellas cosas específicamente humanas como recordar, expresar deseos y compartir sentimientos.

La OMS recoge la necesidad de favorecer que el paciente que recibe cuidados paliativos sea atendido en su domicilio con los mejores estándares de calidad asistencial. La atención domiciliaria es una responsabilidad de los equipos de atención primaria. Las características del trabajo de éstos, como la multidisciplinariedad, la accesibilidad, el cuidado longitudinal que permite una relación medicina/enfermería/paciente/familia establecida en la comunidad a lo largo de los años previos, el conocimiento del entorno familiar, la posibilidad de ofrecer una atención integral en el domicilio, entre otros, hacen que sean el recurso sanitario más lógico e idóneo para la atención de las personas con enfermedades progresivas e incurables mientras permanecen en su domicilio.



Acciones a considerar:

- ◆ Impulsar y fortalecer la atención domiciliaria de los pacientes que reciben cuidados paliativos. Reforzar el papel del equipo de atención primaria en la atención a los pacientes terminales.
- ◆ Establecer líneas fluidas de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y otros dispositivos tales como voluntariado y ONG.
- ◆ Promover y estimular convenios con entidades y asociaciones que prestan un apoyo psico-social a los pacientes oncológicos y sus familias.
- ◆ Mejorar la formación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos
- ◆ Disponer de una guía de uso de opiáceos y otros fármacos coadyuvantes para el tratamiento del dolor que asegure el acceso al nivel de analgesia adecuado a la situación de cada proceso.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 12: Disminuir las infecciones.**

El objetivo 7 de Salud 21: Reducir las enfermedades transmisibles señala: *“Para el año 2020, se deberán reducir considerablemente los efectos adversos para la salud derivados de las enfermedades transmisibles a través de programas sistemáticos para la erradicación, eliminación o control de las enfermedades infecciosas consideradas importantes desde el punto de vista de la Salud Pública”.*

El Plan de Salud para Asturias priorizó en este sentido actuaciones en cuatro grandes áreas: las enfermedades inmunoprevenibles, VIH–Sida, hepatitis víricas y tuberculosis.

### **LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más eficientes que existen. Las vacunaciones masivas aplicadas a la población general han supuesto uno de los mayores avances en la historia de la medicina, en cuanto a prevención de enfermedades infecciosas y disminución de las tasas de morbi-mortalidad de las mismas. En la actualidad, algunas enfermedades importantes, como la difteria, el tétanos y la rubéola congénita, se pueden considerar controladas y, a corto plazo, se va a plantear la erradicación de nuevas enfermedades, como el sarampión y la rubéola.

La función de los programas de vacunación es el control y la prevención de enfermedades infecciosas. Para ello es preciso asegurar su accesibilidad a todos los ciudadanos, realizar una vigilancia epidemiológica poblacional y mantener los mayores niveles de cobertura posibles.

En Asturias el Programa de Vacunaciones viene funcionando con distintos cambios desde 1986. Las enfermedades inmunoprevenibles presentan una incidencia muy baja o nula gracias a las elevadas coberturas vacunales obtenidas, próximas al 100%. En el caso de la población adulta la inmunización antigripal, la vacuna Td y la antihepatitis B todavía es baja.

Los datos más destacables obtenidos a partir de la encuesta de seroprevalencia realizada en Asturias en el año 2002 son los siguientes:

- Difteria: la población con anticuerpos anti-toxina diftérica supera el 90% hasta los 20 años; en el grupo de 40 a 64 años el porcentaje de población inmunizada es del 41,5%.
- Tétanos: el porcentaje de la población menor de 30 años inmune frente al tétanos es superior al 95%, disminuyendo hasta el 67% en el grupo de 40 a 64 años. Las mujeres con edades entre 30 y 64 años presentan menores tasas de inmunización.
- Todos los grupos de edad en Asturias tienen un grado suficiente de inmunidad frente al sarampión como para mantener su eliminación según las recomendaciones de la OMS, excepto en el grupo de 15 a 19 años donde un 6% de la población estudiada no está inmunizada.
- Rubéola: La prevalencia de anticuerpos anti-rubéola oscila entre el 98% y 100% en la población menor de 14 años. Los jóvenes de 15 a 19 años son el grupo de edad con menores tasas de anticuerpos (96%).
- Varicela: El 50% de los niños/as presenta anticuerpos a los 5 años de edad, llegando hasta el 99% en el grupo de 40 a 64 años.
- Hepatitis A: La prevalencia de personas inmunes aumenta con la edad hasta llegar al 86% en el grupo con edades entre 40 y 64 años. En los niños que tienen de 2 a 5 años y los que tienen de 6 a 9 años la frecuencia de anticuerpos frente a la hepatitis A es del 4% y 5% respectivamente.
- Hepatitis B: La prevalencia de infección natural es muy baja en general, si bien aumenta con la edad. En personas entre 40 y 64 años fue del 10%. Se encontraron un 2,7/1000 de portadores en las muestras analizadas lo que sitúa a nuestra Comunidad Autónoma entre las regiones con baja prevalencia para hepatitis B. En relación a la inmunidad vacunal (detección de anti-HBs con anti-HBc negativo) el 52% de los niños de 2 a 5 años está inmunizado. La mayor tasa de inmunizados corresponde al grupo de 15 a 19 años debido a la dosis puesta a los 13 años a los jóvenes que ahora tienen entre 13 y 22 años.
- Hepatitis C: El porcentaje de infectados es bajo. El mayor número de personas con anticuerpos frente al VHC está en el grupo de 30 a 39 años (3%).

Desde 1973 no se ha declarado ningún caso de difteria ni de polio gracias al aumento de la población inmune y a la pérdida de transmisibilidad debida al control del reservorio y de la fuente de infección, así como por la inmunidad poblacional. En España el último caso de poliomiелitis se produjo en 1989. El hecho de que no exista reservorio animal, que sólo afecte a humanos y alcanzar coberturas

vacunales cercanas al 100% con la vacuna de polio oral ha contribuido a cumplir el objetivo de erradicación que se marcaba la OMS en 1988. El 21 de junio de 2002 la Región Europea de la OMS (España incluida) obtiene el Certificado de Erradicación de la Poliomielitis pero sigue vigente desde 1999 el Plan para la contención del poliovirus salvaje en el laboratorio y la necesidad de mantener los programas de vacunación y los sistemas de vigilancia ante la posibilidad de una caso importado de parálisis fláccida aguda. La eliminación de la poliomielitis por virus salvaje en España y la certificación de Erradicación ha motivado la decisión de sustituir la VPO (vacuna oral de virus vivos atenuados) por la VPI (vacuna parenteral de virus inactivados) en los esquemas de vacunación en España. Respecto al tétanos en los últimos tres años se diagnosticó un caso, en contraste con las altas incidencias en las décadas de los setenta y ochenta.

El sarampión, la rubéola y la parotiditis se están controlando merced a la introducción de la vacunación en 1981 y diferentes campañas específicas posteriores. Un lento pero creciente número de personas constituye un reservorio de individuos susceptibles (por no haber sido vacunados, no padecer la infección natural o por ineficacia de la vacuna) por lo que pudieran aparecer brotes epidémicos como el de parotiditis ocurrido en 2002, con más de 1.500 casos entre adolescentes y adultos jóvenes.

En los años 1986 y 1990 hubo dos epidemias de Sarampión con casi 2000 casos cada una. Desde el año 2000 no se ha detectado ningún caso. Respecto a la rubéola se declararon 3 casos en el año 2002.

La incidencia de tosferina desde hace varios años es mínima: menos de 10 casos anuales, 3 casos en 2002. La enfermedad meningocócica mantuvo una alta incidencia a finales de los años setenta y comienzos de los ochenta. Tras un descenso mantenido se produjo el incremento de 1997, que generó una gran demanda social de vacunación en personas entre 18 meses y 20 años de edad. Cada temporada el número de casos oscila entre 20 y 40. Desde el año 2000 no ha habido ningún fallecimiento en la población infantil. Este mismo año se incorporó la vacunación frente al meningococo C. En los últimos años la mayor proporción de casos se debe al meningococo serogrupo B.

### Iniciativa 35:

INCREMENTANDO LA COBERTURA VACUNAL EN GENERAL Y ESPECÍFICAMENTE DE LOS NIÑOS DE COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE RIESGO POR RAZONES DE ETNIA, PROCEDENCIA O NIVEL SOCIO-ECONÓMICO.

La cobertura vacunal en el año 2002 en niños de 0 a 1 años fue del 96,2% para la poliomielitis, del 96,1% para DTP, del 96,1% para la hepatitis B, del 96,1% para *Haemophilus influenza* tipo b y del 96,1% para la meningitis C. En el caso de niños de 1 a 2 años las coberturas vacunales frente a la poliomielitis fueron del 95,6%, frente a DTP del 95,6% y triple vírica del 95,9%.

La cobertura de hepatitis B en adolescentes de 13 años (vacunados con tres dosis) fue del 81,1% y la de gripe en mayores de 65 años fue del 64,4%.

Los factores que pueden condicionar que los programas de vacunación alcancen buenas coberturas en edades infantiles son variados y complejos: el coste de la vacuna, los problemas de acceso, la necesidad de múltiples inyecciones o la interpretación de las contraindicaciones por parte de los clínicos. De todos ellos el factor determinante para explicar las coberturas a los dos años es disponer de un sistema de atención primaria eficaz; ahora bien, es conveniente que los equipos estén motivados, dispongan de protocolos de actuación y cuenten con un responsable del centro de vacunación que gestione la logística del programa.

La mayor amplitud de estos programas debe acompañarse de un esfuerzo de consenso para mantener la uniformidad de los calendarios, las mejoras en infraestructuras en los centros de atención primaria (cadena de frío, registros específicos e informatización de las consultas) y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica que aseguren el estudio de la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles, la detección de efectos adversos, la estimación de coberturas y la correcta supervisión de los programas.

Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar y llevar a cabo campañas de educación para la salud sobre los beneficios de la vacunación dirigidas específicamente a colectivos en riesgo de exclusión social.
- ◆ Disponer de relaciones detalladas de las poblaciones diana y de instrumentos sencillos para monitorizar las coberturas vacunales.
- ◆ Facilitar a los profesionales sanitarios recordatorios generados informáticamente para sus pacientes.
- ◆ Implantar puntos de vacunación alternativos frente a la gripe en los propios centros donde las personas están institucionalizadas (residencias de ancianos o prisiones) o en servicios de urgencias.
- ◆ Fomentar en atención primaria a través de la cartera de servicios la vacunación frente al tétanos-difteria en adultos y frente al sarampión, rubeola y parotiditis en el grupo de edad con mayor susceptibilidad.
- ◆ Establecer convenios para la colaboración con entidades sin ánimo de lucro y ONG para incrementar las coberturas vacunales en colectivos en riesgo de exclusión social.

### Iniciativa 36:

#### DISEÑANDO, IMPLANTANDO Y EVALUANDO EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EN VACUNAS

El Programa de Vacunaciones en Asturias se organiza en tres apartados generales: Programa de vacunaciones infantiles, vacunaciones del adulto y otras vacunaciones. Cada uno tiene sus objetivos específicos, sus particularidades y su evaluación. Esta iniciativa pretende visualizar, analizar y gestionar el proceso de la vacunación de forma que funcione lo más eficazmente posible.

Se propone un modelo de organización por procesos que facilite la adaptación al entorno actual de transferencias de las competencias sanitarias al SESPA. Para ello se precisa definir, interrelacionar y evaluar las diferentes actividades que se llevan a cabo desde la política de compras de vacunas hasta que se aplica la vacuna al ciudadano en el punto de vacunación. Tener una orientación clara hacia las personas que van a recibir la vacuna y hacia los profesionales, generar una sinergia de actuación que posibilite la innovación necesaria para mejorar continuamente la eficacia y eficiencia de la organización y ser capaz

de reaccionar y responder con flexibilidad para reorganizarse, son algunos de los elementos básicos de este proceso.

Acciones a considerar:

- ◆ Optimizar los procesos de identificación de necesidades, provisión, recepción, almacenamiento, y distribución de vacunas asegurando la cadena de frío vacunal en todos los puntos de vacunación.
- ◆ Promover y estimular la vigilancia y comunicación de las reacciones adversas a las vacunas en coordinación con la Unidad de Farmacovigilancia del Principado de Asturias.
- ◆ Establecer un sistema ágil de atención e información permanente sobre aspectos relacionados con las inmunizaciones destinado a usuarios y profesionales sanitarios.

## EL VIH / SIDA

Con más de 120.000 personas infectadas, el VIH sigue constituyendo uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país. El curso de la epidemia invita a cierto optimismo a condición de no bajar la guardia en las políticas de prevención. Actualmente nos encontramos en la tercera década de la epidemia y no todo han sido malas noticias: el sistema sanitario ha respondido con equidad y un alto nivel de profesionalidad en el tratamiento de los afectados, la administración sanitaria supo organizarse de forma cooperativa tras un primer momento de desconcierto y la participación ciudadana mostró su capacidad de reacción y el vigor de sus movilizaciones con la puesta en marcha de medidas innovadoras y protección de los derechos de las personas afectadas.

Desde los primeros años de la epidemia hasta el momento actual la situación ha cambiado drásticamente. Se producen menos infecciones, los nuevos tratamientos han prolongado la supervivencia hasta hacer de la infección por el VIH una enfermedad crónica, el uso de nuevos marcadores de progresión ha facilitado el seguimiento de los pacientes y las medidas preventivas adoptadas por muchas personas con prácticas de riesgo han evolucionado de actitudes puntuales a convertirse en hábitos saludables duraderos. Los retos están señalados: evitar nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida y supervivencia de las personas infectadas.

Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Asturias desde marzo de 1985 (cuando se declaró el primer caso de Sida en Asturias) hasta el 30 de junio de 2003, se han diagnosticado 1.166 casos de sida, de los que han fallecido 714 (61,7%). Durante 2002 se diagnosticaron 50 casos de sida en Asturias, lo que significó una tasa de 47,04 por millón de habitantes, similar a la media española (46,7 por millón de habitantes). En los últimos años, la generalización de los nuevos tratamientos antirretrovirales de gran eficacia ha aumentado el periodo de incubación de la enfermedad y disminuido la incidencia de casos de sida y la mortalidad de los afectados. Este cambio de dirección se ha traducido en un incremento de la prevalencia de infectados por el VIH y de enfermos, por lo que los estudios de seroprevalencia han perdido sensibilidad para detectar variaciones en la incidencia de la infección siendo los nuevos diagnósticos de infección por el VIH el parámetro más útil para describir la dinámica de la infección. Estos hechos subrayan la conveniencia de disponer de sistemas de notificación de nuevas infecciones por VIH para conocer la evolución actual de la epidemia y, por tanto, poder reforzar e implantar medidas específicas más útiles para su prevención.

En Asturias existen datos de nuevas personas infectadas por el VIH hasta el 31 de diciembre 1998 en que se suspendió el registro por medidas cautelares judiciales, estando pendiente de lo que dictamine el Tribunal Superior de Justicia de Asturias. Hasta esa fecha el Laboratorio de Salud Pública del Principado había detectado en nuestra Comunidad Autónoma un total de 3.880 personas infectadas por el VIH (incidencia media anual de 27,2 casos por cada 100.000 habitantes). Existe un manifiesto descenso en el número de nuevas infecciones por el VIH detectadas desde el año 1993, pasando de diagnosticarse unas 360 al año a prácticamente la mitad en los últimos años conocidos. Esta evolución es similar en aquellas otras CCAA en que existía también un registro específico de nuevas infecciones VIH.

El uso de drogas parenterales es la práctica de riesgo implicada en la mayor parte de los casos (61,4%) de la infección por el VIH para todo el período desde el inicio de la epidemia. En el 18,6% de los casos de Sida las prácticas heterosexuales no protegidas (16% en hombres y 29% en mujeres) fueron el segundo factor de riesgo. En las mujeres la frecuencia es similar en UDVP, siendo también frecuente la pareja seropositiva y la prostitución. Las relaciones homo/bisexuales suponen un 10,9% de los casos. El grupo de edad con mayor proporción de casos de Sida sigue siendo el de 30-39 años: 61% del total en 2001. El 87% de los casos en ese año fueron hombres.



La distribución de las prácticas de riesgo implicadas en la transmisión del VIH en el período 1986-1998 reproduce lo descrito anteriormente para los casos de Sida. Esta circunstancia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo: al comienzo de la epidemia casi la totalidad de los casos se centraban en la transmisión sanguínea, fundamentalmente en UDVP, pero actualmente la transmisión a través de relaciones sexuales sin protección se considera la más importante para los próximos años.

#### Iniciativa 37:

#### IMPLANTANDO Y DESARROLLANDO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH-SIDA EN ASTURIAS.

El Programa de VIH-Sida para Asturias supone la creación de un marco que da coherencia y sentido a las respuestas que desde el sistema sociosanitario se da a los retos y nuevas necesidades que plantea la infección por el VIH. Su concepción parte de la participación y colaboración de los profesionales sanitarios, profesionales de otras Administraciones no sanitarias (Educación, Bienestar Social, Justicia, etc.) y el trabajo de ONG y asociaciones ciudadanas con inclusión de afectados por la infección.

Algunas de las nuevas necesidades que precisan respuestas son la promoción de la detección precoz y la prevención desde el medio sanitario, disponer de herramientas para mejorar la adherencia al tratamiento y a las medidas de prevención entre las personas infectadas, la reintegración social y laboral y la participación de los mediadores sociales en la prevención.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Editar y distribuir materiales de prevención sobre la transmisión del VIH adaptados a las características socioculturales y lingüísticas priorizando a las mujeres procedentes de otros países que ejercen la prostitución.
- ◆ Facilitar el acceso a la red de Salud Mental a las personas afectadas que precisen atención psicológica.

- ◆ Individualizar el seguimiento y el tratamiento de las personas infectadas por el VIH a través de la asignación de un responsable de caso, haciendo hincapié en las personas con dificultad de acceso a los recursos asistenciales.
- ◆ Establecer servicios y recursos para la atención a personas con enfermedad avanzada y terminal con escaso apoyo sociofamiliar.
- ◆ Diversificar y extender el Programa Sanikit y el de intercambio de jeringuillas.
- ◆ Extender los programas de acercamiento y reducción de riesgos en personas que ejercen la prostitución y en el centro penitenciario de Villabona.
- ◆ Establecer contenidos específicos de prevención en mujeres que se encuentran en centros de atención a drogodependencias.
- ◆ Establecer servicios de apoyo para la realización de tratamientos supervisados de tuberculosis en enfermos con problemas sociales añadidos.
- ◆ Establecer un programa de atención a personas en riesgo social dentro de las carteras de servicios de los centros sanitarios.
- ◆ Desarrollar campañas educativas contra el estigma y la discriminación.

## LAS HEPATITIS VÍRICAS

En la última década la hepatitis C se ha convertido en una de las infecciones víricas crónicas de mayor prevalencia en todo el mundo constituyendo un desafío para los epidemiólogos. Descrita como la epidemia silenciosa (sólo se diagnostican una tercera parte de los casos), sigue siendo relativamente desconocida para la población general, ya que muchos pacientes se encuentran asintomáticos u oligosintomáticos durante años o incluso décadas. Se calcula que en el mundo existen 200 millones de personas que son portadores crónicos del VHC. En España el número de personas infectadas crónicamente por el VHC se sitúa entre 300.000 y 800.000 personas. Se estima que, después de un periodo de varias décadas de infección, el 20-40% de estos individuos progresarán hacia la cirrosis descompensada y/o el carcinoma primario de hígado. Ese período de latencia tan prolongado, junto al hecho de que la epidemia por el VHC parece ser relativamente reciente, induce a pensar que el momento de mayor impacto sanitario de la hepatitis está aún por llegar. En la actualidad la cirrosis hepática se sitúa entre las primeras causas de mortalidad prematura.

Los distintos tipos de hepatitis viral constituyen enfermedades con una prevalencia en los países poco desarrollados muy superior a la del mundo occidental, y por tanto es previsible que las tasas de infección crónica por los virus de la hepatitis B y C sean elevadas en los inmigrantes y similares a las que se registran en sus países de origen

En un estudio realizado en nuestra región se analizaron los episodios de hepatitis aguda desde 1983 hasta 1994. Se observó que el porcentaje de hepatitis A aumentó del 2,5% al 34%. Que la Hepatitis C disminuyó del 24,9% al 15,3% y que la B en UDVP cayó del 56,1% al 34,6%. En el año 2001 se declararon en Asturias 66 casos de hepatitis víricas: 2 casos de hepatitis A, 22 de hepatitis B, 40 de hepatitis C y otros 2 casos sin especificar tipo.

La incidencia exacta de hepatitis C es desconocida, pero es presumible una reducción por haberse beneficiado del aumento de las medidas de protección de carácter individual y colectivo comunes con la hepatitis B. Según estudios realizados en nuestra comunidad la prevalencia de la infección por el VHC es del 1,6%, ligeramente inferior a la encontrada en otras regiones de España. En otro estudio sobre la prevalencia de marcadores virales de hepatitis realizado en Gijón se encontró un 11% de individuos con anticuerpos frente al VHB y un 62% al VHA. El 1,2% era positivo al HBsAg y el 1,7% al anti-HCV.

Resultados provisionales de la Encuesta de Seroprevalencia realizada en Asturias en 2002 indican que el 47,8% de la población entre 2 y 64 años es inmune a la Hepatitis A. El porcentaje de portadores del VHB fue del 3,2/1.000. El 1,2 % de la población entre 15-64 años es positivo a VHC, siendo la proporción mayor en los hombres de 30-39 años.

#### Iniciativa 38:

POTENCIANDO LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN HEPATITIS C Y AUMENTANDO LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A HEPATITIS B, ESPECIALMENTE EN NIÑOS DE GRUPOS SOCIALES MÁS VULNERABLES.

La hepatitis vírica tipo B es objeto de vacunación con carácter poblacional desde el año 1991 en los adolescentes (13-14 años de edad) y en los neonatos desde el año 1999. Desde 1989 se viene

vacunando a personas en riesgo de contraer la hepatitis B. La vacuna es de gran eficacia y ha logrado, sobre todo en su aplicación a grupos de riesgo, reducir drásticamente la incidencia anual de casos.

En el caso de la hepatitis C no hay vacuna disponible y de no mediar programas e intervenciones que limiten su diseminación es muy probable que las tasas de mortalidad por la hepatitis C sobrepasen las ocasionadas por el Sida. La única prevención posible es la interrupción de la cadena de transmisión .

Acciones a considerar:

- ◆ Implantar programas de reducción de riesgos: educación para la salud, dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas a través de los equipos de atención primaria y salud mental.
- ◆ Desarrollar y establecer programas de formación de mediadores.
- ◆ Promover y estimular la vacunación frente a la hepatitis B en mujeres que trabajan en la prostitución y personas con prácticas de riesgo.
- ◆ Vacunar frente a la hepatitis A y B a personas con hepatitis crónica por VHC tras realización de estudio inmunológico.

## LA TUBERCULOSIS

En 1993 la OMS declaró la tuberculosis en situación de emergencia global, con el fin de llamar la atención sobre el alarmante estado en que se encontraba la enfermedad a causa del aumento de la pobreza y de las circunstancias de emergencia en todo el mundo. La estrategia DOTS (tratamiento directamente observado y con pautas cortas) fue una de las acciones planteadas para mejorar la adherencia y cumplimiento del tratamiento.

En Europa la situación es muy heterogénea, con tres zonas claramente diferenciadas: Europa occidental, central y oriental, cuyas tasas de incidencia respectivas en 1999 fueron de 13, 44 y 86 casos/100.000 habitantes. En España, tanto la incidencia como la mortalidad por tuberculosis han disminuido de forma continuada en los últimos 50 años pero todavía ocupamos el segundo lugar en incidencia notificada entre los países de la UE y nuestro patrón epidemiológico difiere en tres puntos: la mayor afectación de los jóvenes, la modesta contribución de los inmigrantes y el impacto del VIH.

La incidencia de la tuberculosis en Asturias ha sido tradicionalmente elevada en comparación con el resto del país, especialmente en hombres de edad avanzada. No obstante, desde el año 1992, en que se registraron más de 700 casos nuevos, la incidencia ha ido bajando progresivamente hasta cerca de 400 casos anuales. A pesar de ello Asturias sigue presentando una de las tasas más elevadas de España en el sistema de EDO, solo por detrás de Ceuta, Melilla, Galicia y País Vasco. Tras el largo debate habido sobre la eficacia de la vacunación contra la tuberculosis y su papel en el control de la enfermedad en la comunidad, la vacuna ha dejado de ser aplicada sistemáticamente desde el año 1999. Anteriormente se administraba al nacimiento en la mayoría de los hospitales de la región.

La mayor parte de las tuberculosis diagnosticadas son de localización respiratoria, siendo más frecuentes las formas extra-respiratorias a medida que aumenta la edad del enfermo. Las tasas de pacientes bacilíferos aún son muy elevadas, superiores a 20 casos por 100.000 habitantes, lo que hace pervivir la transmisión y la infección tuberculosa en nuestra comunidad autónoma. Aún hoy en día existe una elevada mortalidad causada por esta enfermedad: entre 25 y 40 casos anuales, especialmente en personas de edad avanzada.

#### Iniciativa 39:

#### REVISANDO, ADAPTANDO E IMPLANTANDO EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PARA ASTURIAS A LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE CADA ÁREA SANITARIA.

La tuberculosis es una enfermedad asociada a situaciones socioeconómicas precarias para la que se dispone de un tratamiento farmacológico muy eficaz y de relativo bajo coste. La realidad sin embargo, camina por otro lado. Los bajos porcentajes de cumplimiento de la quimioterapia, sobre todo en usuarios de drogas parenterales, la calidad de los estudios de contactos de casos bacilíferos, la consideración social de los pacientes de cara a integrar esta dimensión en el proceso y seguimiento del paciente ponen a prueba de forma pertinaz la flexibilidad y coordinación del sistema sociosanitario.

La existencia de un programa específico de control y prevención de esta enfermedad desde el año 1996 ha logrado reducir la incidencia de la enfermedad así como su elevado riesgo de infección pero

su escaso desarrollo e impregnación de la actividad asistencial dejan un margen de mejora al que no se puede renunciar.

Acciones a considerar:

- ◆ Actualizar las indicaciones y procedimientos para la detección de la tuberculosis latente, así como las indicaciones y los regímenes terapéuticos con evidencia clínica de eficacia.
- ◆ Mejorar la accesibilidad de todos los enfermos a los fármacos antituberculosos y asegurar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, incluyendo el despistaje sistemático de indicadores de riesgo de no cumplimiento.
- ◆ Implantar el tratamiento directamente observado a todos aquellos colectivos que no alcancen un cumplimiento del 90%. Prioritariamente en drogodependientes, presos, indigentes y personas con antecedentes de abandono, personas con dependencia del alcohol, tratamientos intermitentes, etc.
- ◆ Implantar un sistema de notificación de casos y evaluación de resultados de tratamiento o el desenlace del tratamiento antituberculoso.
- ◆ Establecer mecanismos de coordinación efectiva entre los distintos niveles asistenciales que aseguren la calidad de los estudios de contactos de casos bacilíferos.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 13: Plantar cara a las enfermedades prevalentes.**

### **LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en el conjunto de la población asturiana, al igual que ocurre en los países industrializados. La enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular son sus principales responsables y originan casi un 60% de la mortalidad cardiovascular total. Suelen manifestarse clínicamente a partir de la mediana edad, aunque la arteriosclerosis, el proceso que subyace en un gran número de ECV, se inicia en la infancia y en la juventud, y está asociada a numerosos factores modificables que constituyen la clave de la estrategia de prevención primaria y secundaria.

Las estrategias integrales de lucha tienen en cuenta toda una gama de factores de riesgo interrelacionados, como la presión arterial, la alimentación, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y la diabetes. Combinan las intervenciones de ámbito poblacional con las basadas en los individuos, y los países que han elaborado y desarrollado políticas integrales han visto descender significativamente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares se asocian a cargas de morbilidad considerables por lo que es muy importante fundamentar las estrategias de lucha en intervenciones asequibles, factibles, eficaces y aceptables para la comunidad.

Durante el año 1999, las enfermedades cardiovasculares causaron en España 131.774 muertes (59.982 en varones y 71.792 en mujeres), lo que supone el 37% de todas las defunciones (32% en hombres y 43% en mujeres) y 232.977 años potenciales de vida perdidos. La tasa de morbilidad hospitalaria de las enfermedades del aparato circulatorio fue de 1.292 por 100.000 habitantes (1.470 en los hombres y 1.121 en las mujeres) en 1998, originando algo más de 5 millones de estancias hospitalarias. En los últimos años la tendencia en las tasas de morbilidad hospitalaria ha sido de un constante incremento tanto en hombres como en mujeres.

La distribución de la mortalidad cardiovascular en España es similar sin encontrarse grandes diferencias regionales. Se ha descrito que las variables que más pueden explicar las disparidades en las

tasas de mortalidad coronaria son principalmente el consumo de pescado, de vino y algunos factores socioeconómicos.

En Asturias las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte, con un 35% del total de fallecimientos en 2001 (el 41,2% de las muertes en mujeres y el 29,2% en hombres). Dentro de este grupo, las causas de muerte más frecuentes son el infarto de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón seguidas de las enfermedades cerebrovasculares. El 16,5% de los años potenciales de vida perdidos (APVP) por muertes antes de los 70 años de edad son debidos a enfermedades del sistema circulatorio. A pesar de ello, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares mantiene una tendencia constante al descenso en las últimas décadas, fenómeno que se está observando en la mayoría de las regiones y países de nuestro entorno.

En la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria* de 2000 (INE) Asturias presenta una tasa bruta de altas por enfermedades del aparato circulatorio de 1.717 por 100.000 habitantes. Entre las causas de hospitalización más frecuentes en Asturias en 2001 se encuentran varias patologías cardiovasculares y procedimientos clínicos relacionados con las mismas: insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, dolor torácico y el accidente isquémico transitorio.

Otros datos que resaltan la importancia de las enfermedades cardiovasculares en la comunidad es su demostrada capacidad para generar pérdida en la calidad de vida, discapacidad y dependencia. Respecto a su repercusión económica señalar que el gasto farmacéutico de todos los fármacos del sistema cardio-circulatorio, incluyendo los antihipertensivos, hipolipemiantes, vasodilatadores, etc., suponen una quinta parte del gasto total.

#### Iniciativa 40:

INCORPORANDO A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL PAUTAS DE ACTUACIÓN BASADAS EN LAS EVIDENCIAS SOBRE EL MANEJO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Aunque no disponemos de estudios poblacionales representativos de toda la Comunidad Autónoma sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, la Encuesta Asturiana de Salud



realizada en 2002 puede aportar información indirecta. El 16,8% de los entrevistados declaran padecer hipertensión arterial, el 13,7% hipercolesterolemia y el 6,7% diabetes y el 32,5% son fumadores. El 13,6% consume fármacos antihipertensivos, el 5,6% para reducir el colesterol, el 4,0% para la diabetes y el 6,5% fármacos "para el corazón".

En capítulos precedentes ya se han comentado y establecido las principales acciones a seguir en relación con el tabaco, el ejercicio físico y la alimentación.

Acciones a considerar:

- ◆ Incorporar la valoración individualizada del riesgo global de patología vascular en atención primaria, haciendo especial hincapié en mujeres y en hombres jóvenes.
- ◆ Incluir en la cartera de servicios las normas técnicas mínimas a seguir ante los factores de riesgo cardiovascular
- ◆ Incorporar la valoración del riesgo global cardiovascular y el abordaje de los factores de riesgo en los planes de formación de los profesionales sanitarios.
- ◆ Desarrollar la investigación adecuada en relación con el diagnóstico del IAM, sus factores de riesgo y la atención clínica al mismo, teniendo en cuenta las variables sexo biológico, género social y edad, imprescindibles para comprender y corregir las diferencias en la atención a los pacientes y a las pacientes y mejorar los resultados en salud.

Iniciativa 41:

ELABORANDO Y PONIENDO EN MARCHA PAUTAS DE ACTUACIÓN CONSENSUADAS ANTE EL PACIENTE CON PROCESO CARDIO Y CEREBROVASCULAR POR TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS.

Cálculos realizados a partir de las tasas de incidencia observadas en estudios poblacionales (MONICA, REGICOR e IBÉRICA), estimaban para el año 2002 en Asturias 2.083 casos de infarto agudo de miocardio (IAM), que ocasionarían 1.243 fallecimientos (en los 28 días siguientes al IAM). Asimismo se estimaban en 1.217 los casos hospitalizados por IAM, tanto nuevos como recurrentes y en 996 los

casos hospitalizados por angina inestable. Al hospital llegarían el 58,4% de los infartos (el 41,6% restante fallecería antes de llegar al hospital) y de los que reciben asistencia hospitalaria el 25,9% fallecerían durante el primer mes y otro 6,6% durante el resto del primer año. Aproximadamente 3 de cada 4 muertes por IAM se producirían fuera del hospital. El retraso en la asistencia de una persona infartada es clave en la supervivencia del enfermo; supone un aumento en la mortalidad y un deterioro en la calidad de vida para los pacientes que logran sobrevivir. Aquellas intervenciones e iniciativas que reduzcan la demora entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario mejoran la supervivencia al incidir en uno de los momentos críticos de la enfermedad.

Recientemente se ha aprobado por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo el Plan Nacional de Enfermedades Cardiovasculares que se iniciará con el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica. Las áreas de intervención del Plan son la prevención de los factores de riesgo coronario en la población general y la promoción de hábitos saludables, la identificación y tratamiento de pacientes que presentan factores de riesgo coronario, la asistencia a pacientes con cardiopatía isquémica, la rehabilitación cardíaca, investigación y sistemas de información. Es lógico pensar que su adaptación y aplicación a nivel autonómico redunde en una optimización de la atención y una disminución del impacto global de la cardiopatía isquémica en España.

Una herramienta en la asistencia inicial al paciente infartado son los desfibriladores semiautomáticos, esenciales en los centros de atención primaria y ambulancias. En otros países, estos sistemas de fácil manejo están presentes, no sólo en los centros sanitarios sino también en lugares con importante concentración de personas, sean grandes centros comerciales, aeropuertos o estadios deportivos. De hecho, la desfibrilación es, junto a la edad del paciente infartado, la variable más importante para la supervivencia de los enfermos.

En un estudio sobre pacientes ingresados por IAM en el año 1998 llevado a cabo por la Sociedad Asturiana de Cardiología (RIMAS), se encontró que la mediana del tiempo transcurrido entre el inicio del dolor y la atención en Urgencias fue de 2,15 horas y entre ésta y el ingreso en Unidad Coronaria de 70 minutos.

Acciones a considerar:

- ◆ Adaptar el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad y Consumo a las actuaciones a seguir por todos los servicios de urgencias ante un proceso cardiovascular agudo.
- ◆ Disponer para los pacientes con cardiopatía isquémica aguda un transporte rápido al hospital con personal médico entrenado.
- ◆ Iniciar el tratamiento antiagregante con AAS inmediatamente tras la ocurrencia de un infarto agudo de miocardio.
- ◆ Detectar precozmente la fibrilación auricular e iniciar tratamiento en mayores de 60 años de edad.
- ◆ Organizar un dispositivo eficiente de asistencia precoz e integral al paciente con ACV.
- ◆ Realizar un TAC craneal en las primeras 6 h a todo paciente que tras la valoración inicial presente ictus en evolución progresivo, complicaciones sistémicas neurológicas o modificaciones de actuación diagnóstico terapéuticas.
- ◆ Implantar un sistema de consultas de acto único para la realización de estudios diagnósticos complementarios.
- ◆ Establecer mecanismos de coordinación y consenso entre atención primaria y especializada para el control de factores de riesgo en personas que ya han tenido un accidente cerebrovascular.
- ◆ Mantener y potenciar las actividades sobre reanimación cardiopulmonar dentro del plan de formación del SESPA para profesionales sanitarios.
- ◆ Garantizar el acceso en la red sanitaria a los dispositivos desfibriladores cardíacos semi-automáticos así como incluir en los programas de formación del personal sanitario talleres que aborden su manejo y mantenimiento.

#### Iniciativa 42:

AUMENTANDO EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO, LA CONDUCTA A SEGUIR ANTE SÍNTOMAS SOSPECHOSOS DE PROCESO AGUDO Y LA REINCORPORACIÓN A UNA VIDA SOCIO-LABORAL ADAPTADA A SUS CAPACIDADES FAVORECIENDO LA REHABILITACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL SUPERVISADA DE ENFERMOS CARDIOVASCULARES.

Para las personas que han sufrido un infarto de miocardio o padecen una angina de pecho es muy útil conocer con más detalle su enfermedad, prevención y las consecuencias. Es importante que el paciente comprenda que la enfermedad coronaria es una enfermedad crónica y por tanto precisará de cuidados, de un tipo u otro, el resto de su vida. Hasta no hace mucho la hipertensión arterial no era considerada un factor de riesgo crítico y no se la relacionaba con el IAM o el ACV; lo mismo acontecía para el colesterol; el tabaco se consideraba una “licencia” perdonable, más que un problema de salud y en los diabéticos la mayor preocupación era que no presentaran episodios de cetoacidosis, coma hiperosmolar, amputación de extremidades o insuficiencia renal.

Cada persona es diferente y también puede serlo la forma de manifestarse en cada uno la misma enfermedad, de forma que no todos los pacientes precisan las mismas pruebas o recomendaciones. Se pretende el reingreso a una vida activa satisfactoria y para ello, además de una correcta atención a los eventos coronarios, es necesario dotar a los pacientes de herramientas y conocimientos que les posibilite tomar las decisiones más saludables en lo que respecta a sus estilos de vida, episodio agudo o la rehabilitación cardíaca.

La relevancia del papel de los pacientes en lo que respecta al IAM viene dado por su elevada mortalidad: del 40 al 50% de las muertes por coronariopatía se producen sin haber recibido asistencia hospitalaria. En un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Central de Asturias, integrado en el proyecto ARIAM, el 40% de los enfermos con infarto agudo de miocardio llegó al hospital con más de seis horas de retraso desde el inicio de los síntomas. Dicho retraso limita la efectividad del tratamiento fibrinolítico, y supone un aumento en la mortalidad y un deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Para intentar paliar este retraso, se están ensayando y poniendo en práctica diversas iniciativas, que incluyen, desde la educación de la población a través de campañas informativas, hasta la mejora de la infraestructura sanitaria, y programas concretos, como pueden ser la fibrinólisis extrahospitalaria y las reformas en la organización asistencial de los hospitales. Es importante resaltar que son las mujeres quienes presentan una mayor letalidad hospitalaria por IAM. Podría relacionarse con un mayor retraso en acudir a urgencias, en todo caso se impone buscar respuestas al porqué la mortalidad por IAM en mujeres es 2,4 veces superior a la de los hombres y porqué acuden a urgencias una hora de promedio más tarde.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Incorporar de forma sistemática por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada el consejo sobre estilos de vida saludable.
- ◆ Diseñar e implantar estrategias comunitarias de información y educación sobre la prevención primaria de la enfermedad cardio y cerebrovascular que aborde la influencia de la hipertensión, el tabaco, las dislipemias y la falta de ejercicio en la enfermedad cardiovascular. Se incidirá especialmente en grupos de alto riesgo.
- ◆ Incluir en la Atención Primaria y en las consultas de Cardiología la pauta a seguir ante síntomas compatibles con un evento coronario agudo, teniendo especialmente en cuenta a las mujeres con más de un factor de riesgo cardiovascular.
- ◆ Iniciar el tratamiento cinesiterápico en las primeras 48 h en todo paciente encamado que haya tenido un ACV. Iniciar tratamiento foniátrico y logopédico de la afasia.
- ◆ Estimular la creación y desarrollo de redes de apoyo psicosocial que potencien la rehabilitación funcional de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular.
- ◆ Fomentar y poner en marcha los programas de rehabilitación cardiaca en las unidades de fisioterapia de atención primaria.

#### Iniciativa 43:

##### MEJORANDO EL CONTROL DE LOS HIPERTENSOS CONOCIDOS.

Los estudios epidemiológicos realizados en población adulta de diversas regiones españolas en los años ochenta y principio de los noventa muestran una prevalencia de hipertensión arterial del 20-30%.

En España, según los estudios poblacionales publicados sobre la situación de la hipertensión arterial a finales de los años ochenta, se estimaba en un 67% los hipertensos detectados, un 49% de tratados, y un grado de control óptimo en el 10-15% de los tratados.

El riesgo de accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica asociado con el aumento de la presión arterial se ha demostrado en un gran número de estudios epidemiológicos. La hipertensión (HTA) es la causa de un importante número de complicaciones en España. El descenso de 5-6 mm de Hg de la presión arterial diastólica produce a largo plazo una reducción del 35 al 40% de los accidentes cerebrovasculares y entre un 20-25% de los episodios coronarios. Se estima que la HTA no tratada es la causa de una cuarta parte de los ACV ocurridos en hipertensos.

Estos datos resaltan la importancia del control de la hipertensión. No basta con pautar fármacos: es necesario controlar las cifras de tensión arterial y es conocido que el grado de control de la población hipertensa en España es bajo, oscilando entre el 25 y 30% de la población tratada. Diferentes autores opinan que dos son las causas fundamentales del mal control tensional: por una parte, los errores en la prescripción e indicación del tratamiento farmacológico, y por otra el bajo cumplimiento terapéutico. Para la mejora del cumplimiento son necesarios programas de intervención educativa y una adecuada relación de los hipertensos con el medio asistencial, permitiendo una atención continuada y la participación de diferentes profesionales sanitarios en la atención de estos pacientes.

Para la consecución de un grado de control satisfactorio de la HTA, es necesario obtener un nivel de cumplimiento del tratamiento farmacológico cercano al 76% en el hipertenso. Se ha observado que el incremento del cumplimiento terapéutico disminuye las cifras de presión arterial y reduce los costes de salud en el tratamiento de la HTA. Es posible que el incumplimiento explique parcialmente por qué los hipertensos tratados presentan un riesgo cardiovascular superior a los normotensos de su mismo grupo de edad y sexo .

Una de las intervenciones propuestas por la OMS para el control poblacional de la hipertensión arterial es la reducción de la ingesta de sal en la dieta. Se precisa colaboración de la industria alimentaria para incluir en el etiquetado de los productos información adecuada del contenido de sal y para garantizar

una reducción gradual en los contenidos de ésta en los alimentos elaborados. A la larga se reduciría la ingesta de sodio en un 15%, con los correspondientes descensos de la tensión arterial.

Otras intervenciones con efecto demostrado en la reducción en las cifras tensionales son la reducción del 3 al 9% del peso corporal en hipertensos obesos o los suplementos de potasio

Acciones a considerar:

- ◆ Detectar precozmente la hipertensión arterial en atención primaria.
- ◆ Calibrar y aumentar la fiabilidad del aparataje que mide la presión arterial en los centros sanitarios.
- ◆ Formar en técnicas de entrevista motivacional y habilidades en comunicación a los profesionales de la salud haciendo hincapié en el seguimiento de pacientes crónicos y la modificación de estilos de vida no saludables.
- ◆ Diseñar e implantar actividades de educación para la salud dirigidas a hipertensos no controlados, adaptadas al medio y a los equipos de atención primaria
- ◆ Fomentar y estimular el uso racional de fármacos antihipertensivos.
- ◆ Fomentar la elección de productos de consumo bajos en sal.
- ◆ Reducir la presencia de alimentos salados en los comedores escolares y centros residenciales dependientes de la Administración.

## LA DIABETES

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas, no transmisibles, que ha incrementado marcadamente su prevalencia en este siglo, y constituye la alteración metabólica grave más común en la población. En el mundo occidental se estima que la prevalencia de la DM está entre el 2 y el 6%. La prevalencia total de la DM tipo 2 representa el 90-95% de las personas con diabetes, aumentando de forma significativa con la edad. En un estudio multicéntrico realizado a nivel nacional en el ámbito de la atención primaria, la diabetes mellitus fue el 8º problema de salud más frecuente, teniendo en cuenta el número de episodios atendidos, con 39,3 episodios por cada 1.000 personas atendidas.

Se empieza a considerar una enfermedad epidémica y se ha convertido en una importante causa de muerte e invalidez con un elevado coste. En Asturias, dadas sus características demográficas, es de esperar un progresivo aumento en el número de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad. Otros factores que contribuyen a esperar un aumento en el número de casos son conductuales (aumento del consumo de grasas, prevalencia de la obesidad, sedentarismo) y la mejora de los sistemas de diagnóstico y vigilancia.

En el año 2000 la prevalencia de la DM tipo 2 fue del 9,9% de la población de 30-75 años, (el 4% conocida y el 5,9% ignorada). La prevalencia de intolerancia a glucosa fue del 13,3%. La proporción de diabetes ignorada con relación a la conocida es más elevada en los grupos de edad más jóvenes. Las tasas, una vez estandarizadas por edad, son similares a las de otras CCAA.

El 6.7% de los asturianos que han respondido a la Encuesta de Salud para Asturias en 2002, declaran padecer diabetes. Asimismo el 4% declara haber tomado medicamentos para la diabetes en las últimas dos semanas.

Los pacientes con diabetes diagnosticada antes de los 15 años tienen una tasa de mortalidad 11 veces superior a la población general y 2-3 veces superior en pacientes en los que se diagnostica la diabetes después de los 40 años.. En España, durante 1998 (INE), la diabetes fue la sexta causa de fallecimiento expresada en tasa de mortalidad ajustada por edad (3ª causa en mujeres y la 7ª en hombres). En la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción.

En los países europeos la tasa de mortalidad oscila entre 7,9 y 32,2/100.000 habitantes aunque este indicador reflejaría una importante subestimación del problema, dado que no incluye todas las muertes ocasionadas por las múltiples complicaciones de la enfermedad. De ahí la dificultad de utilizarlo para efectuar comparaciones entre diferentes regiones o países o para evaluar la evolución en el tiempo. En España se sitúa alrededor de 23,2/100.000 habitantes. En la mayor parte de los estudios las tasas son mayores para mujeres que para hombres (en España, 29,3 frente a 16,1). En Asturias la mortalidad directamente atribuida a la diabetes fue de 336 casos en el año 2001.



#### Iniciativa 44:

#### INCREMENTANDO EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA DIABETES Y DE SUS COMPLICACIONES.

El diagnóstico precoz de la diabetes tiene una importancia capital pues permite prácticamente eliminar las complicaciones agudas (cetoacidosis, coma hiperosmolar) cuya mortalidad no es despreciable, a la par que puede ayudar a preservar la secreción insulínica residual si se pauta un tratamiento adecuado y se logra un buen control metabólico. Así mismo influye en el curso evolutivo y en la gravedad de las complicaciones tardías.

En España la DM es la primera causa de ceguera. El 20-30% de las cegueras son achacables a la retinopatía diabética. El 40-50% de todos los pacientes con diabetes desarrollan retinopatía diabética, presentando el 10% retinopatía proliferativa. En conclusión: la DM multiplica por 20 el riesgo de pérdida de visión.

El 30-40 % de los pacientes diabéticos con más de 20 años de evolución presentan algún grado de afectación renal. El riesgo de insuficiencia renal es 25 veces más elevado.

El riesgo de desarrollar enfermedad arterial coronaria, cerebral o periférica es 2-4 veces mayor en el diabético (2 veces superior en hombres y 4 veces superior en mujeres). Aproximadamente la mitad de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores son realizadas en pacientes con diabetes, significa un riesgo 15-40 veces superior de precisar una amputación que la población general.

Éstos y otros problemas de salud asociados a la DM contribuyen a menoscabar la calidad de vida y generar importantes discapacidades entre las personas diabéticas.

Adoptar medidas de prevención secundaria (control glucémico, de lípidos y de la tensión arterial) y prevención terciaria (cribado para detectar precozmente complicaciones a nivel ocular, renal o en los pies) seguidas de un tratamiento apropiado son algunas de las estrategias más eficaces y justificadas para la prevención de complicaciones innecesarias, discapacidad y muerte.

Acciones a considerar:

- ◆ Facilitar a los profesionales de la salud recordatorios informáticos que indiquen la conveniencia de detectar de forma rutinaria la glucemia basal en plasma venoso en la población diana en la que está indicado el cribado sistemático, personas con factores de riesgo y mujeres embarazadas.
- ◆ Mejorar las habilidades y el proceso del diagnóstico precoz de las complicaciones de la DM: el deterioro de la función renal mediante la determinación de microalbuminuria, la retinopatía diabética con el estudio del fondo de ojo y la amputación a través de la exploración de los pulsos pedios y tibiales posteriores y la sensibilidad.
- ◆ Optimizar el proceso asistencial del paciente diabético acorde a los estándares de calidad diseñados y elaborados por el Consejo Asesor de Diabetes en Asturias y la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias.
- ◆ Optimizar los programas de educación individual impartidos en las visitas de control de enfermería.
- ◆ Incluir en los programas de formación destinados a los profesionales sanitarios el diagnóstico precoz de la diabetes y sus complicaciones.

Iniciativa 45:

MEJORANDO EN EL PACIENTE DIABÉTICO EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA SU MANEJO ADECUADO.

En un estudio realizado en atención primaria en el Área Sanitaria IV (Oviedo), el 26% de los pacientes diabéticos tipo II menores de 65 años tenían un mal control metabólico.

La educación de los pacientes con DM es vista de forma unánime como una medida efectiva y económica para prevenir sus complicaciones a largo plazo. Un paciente diabético dedica menos del 1% de su tiempo al contacto con los servicios de salud y sin embargo diariamente tiene que tomar varias decisiones importantes acerca de su enfermedad. Un paciente informado y motivado es esencial en el manejo de la enfermedad y en la reducción de sus complicaciones.

Acciones a considerar:

- ◆ Elaborar y poner en marcha un programa de formación de educadores que unifique y acuerde el contenido sobre educación diabetológica en los diferentes niveles asistenciales.
- ◆ Organizar el entrenamiento y enseñanza en el diagnóstico, cuidado y manejo de la diabetes y sus complicaciones para los pacientes y personal sanitario.
- ◆ Implantar en atención primaria actividades en grupo y/o individuales que fomenten el auto-control glucémico de los pacientes.
- ◆ Estimular desde atención primaria y atención especializada el control de otros factores de riesgo vascular fomentando la adopción de estilos de vida saludable.
- ◆ Apoyar y estimular actividades de educación para la salud realizadas por asociaciones de enfermos, agrupaciones de la comunidad y ONG relacionadas.

## LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es en todo el mundo un problema médico y social de primera magnitud. Es responsable de una gran morbilidad, tiene un importante impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen y acarrea elevados costes sanitarios y sociales. Suele complicarse con varias agudizaciones al año (entre 1 y 4) y con frecuencia son motivo de ingreso hospitalario.

En España la prevalencia de obstrucción crónica al flujo aéreo se cifra en el 9,1% de los adultos entre 40 y 70 años, con una relación varón-mujer de 4:1. Se estima que sólo están diagnosticados como EPOC la quinta parte del total de casos. En las últimas décadas el número de personas afectadas ha aumentado. En un estudio realizado en atención primaria en el Área Sanitaria III (Avilés) entre personas de 40-65 años hallaron una prevalencia de EPOC del 11,1%: 20,1% en hombres y 3,2% en mujeres.

El 9,9% de los entrevistados en la Encuesta Asturiana de Salud de 2002 declaran padecer o haber padecido asma o bronquitis crónica, siendo el porcentaje casi idéntico en hombres y en mujeres.

La prevalencia de la EPOC va ligada al consumo de tabaco, por lo que si un 15-20% de los fumadores desarrollan EPOC la situación que cabe esperar en los próximos años no es nada optimista. Una tercera parte de la población española mayor de 16 años es fumadora, apreciándose un incremento del hábito en mujeres en edades comprendidas entre los 16 y 25 años.

En Asturias la EPOC fue la causa del fallecimiento de 529 personas. Nuestra comunidad es una de las CCAA con mayor mortalidad por patología respiratoria, especialmente por EPOC.

#### Iniciativa 46:

DESARROLLANDO Y APLICANDO UNA VÍA CLÍNICA SOBRE EPOC QUE CONTEMPLE DE FORMA PRIORITARIA: EL DIAGNÓSTICO PRECOZ, LA NUTRICIÓN ADECUADA, LA ASISTENCIA CLÍNICA EN LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES, LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA FRENTE A GRIPE Y EL USO RACIONAL DE FÁRMACOS EN EPOC.

La organización de la atención a pacientes crónicos como quienes padecen EPOC debe sustentarse en el conocimiento de la situación de salud en la población susceptible de cuidados, la puesta en marcha de los procesos asistenciales y la medición de resultados en términos de salud. En el caso de la EPOC la principal iniciativa a seguir es el desarrollo de una “vía clínica” EPOC. Su campo de actuación es la atención primaria, la especializada y los dispositivos de urgencias. Otras iniciativas de actuación de carácter multidisciplinario como el abordaje del tabaquismo u otros estilos de vida se abordaron en el capítulo correspondiente.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Formar el grupo de trabajo que inicie la elaboración de la Vía Clínica de EPOC.
- ◆ Registrar en cada centro sanitario la calibración de los espirómetros, el técnico que la realiza y la fecha. Disponer de una hoja de información al paciente con los aspectos básicos de la prueba y las recomendaciones previas.
- ◆ Establecer en los equipos de atención primaria un registro de pacientes con EPOC y estimar los que, según los datos de prevalencia, deberían estar diagnosticados.

- ◆ Complimentar por parte del equipo de atención primaria las actividades iniciales ante un paciente con sospecha de EPOC y las de seguimiento del paciente clínicamente estable.
- ◆ Crear y estimular otros canales de vías de comunicación e interconsulta rápidos y eficaces entre atención primaria y neumología.
- ◆ Consensuar entre los diferentes niveles los criterios de derivación al neumólogo.
- ◆ Identificar y tratar las agudizaciones en los pacientes con EPOC mediante protocolos consensuados o guías de práctica clínica, valorando la derivación a servicios de urgencias o neumológicos.

## EL DOLOR CRONICO

Se define como dolor crónico aquel dolor o molestia que persiste de forma continua o intermitente durante más de tres meses. Entre los factores determinantes de la calidad de vida la ausencia de dolor ocupa un lugar crucial. Diferentes patologías músculo-esqueléticas como la artrosis, la osteoporosis y el dolor crónico de espalda tienen un impacto extraordinario en la salud de los ciudadanos. Las repercusiones en la salud pública se reflejan en algunos hechos: el dolor ocasionado por la artrosis es la principal causa de discapacidad y limita las actividades de casi el 3% de la población. Es un problema multidisciplinario que limita la independencia de las personas afectadas y con frecuencia lleva a una ruptura en la vida de los pacientes y sus familias.

Los indicadores de salud ajustados por calidad de vida son mucho peores en las personas con dolor crónico, es decir presentan mayor incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria o tienen más días con limitación de la función en los últimos 30 días. Asimismo el dolor crónico tiene repercusiones negativas en la salud mental y por último genera gastos por consultas médicas, hospitalizaciones y fármacos.

La frecuencia del dolor crónico aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres, vivir en instituciones o residencias, estar jubilado o estar incapacitado para el trabajo. Las dos causas más frecuentes son el dolor de espalda y la artrosis.

El 34.3% de los asturianos (26.0% de los hombres y 41.5% de las mujeres) que han respondido a la Encuesta de Salud para Asturias en 2002, declaran padecer artritis, artrosis o problemas reumáticos. Asimismo el 5.9% (4.2% de los hombres y 7.3% de las mujeres) declara haber tomado medicamentos para "el reuma" en las últimas dos semanas.

**Iniciativa 47:**

**PROMOVIENDO QUE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DISPONGAN UN PLAN TERAPÉUTICO DOCUMENTADO Y ADAPTADO A LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE CADA PERSONA Y DEL EQUIPO QUE LO TRATA.**

Un número importante de pacientes con dolor crónico considera insuficiente el abordaje médico y social de su problema. La injusta asociación del dolor al envejecimiento "justifica" en este caso que las personas no pueden hacer frente a "algo" que es considerado fruto de la edad. Por otra parte, uno de los factores causantes de que una parte importante de la población desarrolle un síndrome de dolor crónico incapacitante es la falta de respuesta a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas. Esta falta de respuesta junto al reconocimiento de la importancia de la relación entre los factores psicológicos y sociales, y el proceso biológico en el dolor y la incapacidad condujo a la creación de programas terapéuticos multifactoriales cuyas metas eran el alivio del dolor, la disminución del déficit funcional y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Lejos de atisbar un horizonte optimista, las proyecciones demográficas en Asturias hablan por sí solas. Estamos en camino de asistir a un protagonismo creciente de personas mayores con dolor crónico en nuestras consultas. Este aumento aporta los suficientes argumentos como para enfocar nuestras prioridades en el mantenimiento de la calidad de vida además de su duración.

En Asturias durante el año 2001 se han prescrito con cargo al SNS 1.037.436 envases del grupo terapéutico "Otros analgésicos y antipiréticos", lo que le sitúa en el 2º grupo de mayor consumo por número de envases. El 3º grupo en número envases (y el 6º en gasto) es el de los "Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos solos". El grupo "Antiinflamatorios y antirreumáticos tópicos" es también uno de los más frecuentemente recetados.

Acciones a considerar:

- ◆ Informar de forma personalizada a los pacientes sobre el significado, pronóstico y abordajes posibles del dolor crónico.
- ◆ Diseñar y llevar a cabo con los pacientes un programa educativo acerca de los estilos de vida saludables (ejercicio, abandono del tabaco, mantener un peso adecuado, abstención de alcohol, llevar una dieta sana y equilibrada...) relacionados con su proceso para obtener mayor bienestar y aliviar el dolor crónico.
- ◆ Poner a disposición de los pacientes el arsenal farmacológico frente al dolor e informar del plan terapéutico a seguir a través de una relación de confianza mutua.
- ◆ Acceder a los servicios de fisioterapia de atención primaria en tiempo real.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 14: Proteger la salud mental.**

El Objetivo 6 de Salud 21, cuyo título es Mejorar la Salud Mental, explicita: *“Para el año 2020, se deberá mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos mejores y más accesibles a las personas con problemas de salud mental.”*

La Salud Mental es uno de los factores con más peso en la calidad de vida de los ciudadanos y uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Esta afirmación se repite en prácticamente todos los documentos de análisis de la situación de salud de referencia. El informe “Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. O.M.S. 2001”, señala a los problemas de Salud Mental como una de las principales causas de pérdida de salud en la población y por tanto la sitúa como una de sus prioridades:

- La depresión es, en la actualidad, la cuarta causa global de enfermedad. Y se espera que en 2020 sea la segunda situada solamente tras la cardiopatía isquémica.
- Una de cada cuatro personas en el mundo se verá afectada por algún problema mental o neurológico a lo largo de su vida. Alrededor de 450 millones de personas sufren actualmente algún tipo de enfermedad mental.
- De las diez primeras causas que producen discapacidad, cuatro corresponden a problemas de salud mental.
- Los tratamientos están disponibles, pero casi dos tercios de los pacientes afectados por enfermedades mentales nunca buscan la ayuda de un profesional de la salud. El estigma, la discriminación y el descuido dificultan el acceso al tratamiento.

Finalmente el informe invita a los gobiernos a tomar las decisiones estratégicas para modificar esta situación, haciendo especialmente hincapié en las medidas educativas y de carácter preventivo.

En Asturias se aprobó en diciembre del año 2000 el Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001-2003 señalando entre sus objetivos genéricos impulsar el desarrollo y adecuación de la capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas que la sociedad requiere. Se propone llegar a este objetivo general a través de:



- Un mayor grado de responsabilidad de la sociedad y sus instituciones en la promoción, mantenimiento y mejora de la salud mental.
- El uso apropiado de los recursos y servicios de salud mental.
- La evaluación continua del grado de adecuación de la atención al modelo comunitario de salud mental.
- Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental con criterios de calidad y, en particular, de orientación al usuario.
- Disponer de los recursos suficientes para tratar a cualquier paciente del territorio en condiciones adecuadas de accesibilidad, prestaciones y calidad.
- Una implantación de programas integrados para el abordaje de problemas específicos y prioritarios.

La preocupación expresada en el marco específico de los profesionales de Salud Mental fue corroborada por los usuarios y técnicos que trabajaron en las fases iniciales del Plan de Salud para Asturias. Así, concluyeron que la depresión y el suicidio, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la demencia, el alcoholismo, el consumo de drogas ilegales y la esquizofrenia deberían ser abordados de manera preferente. El alcohol y el consumo de drogas ilegales se han abordado en los estilos de vida saludable, por lo que no nos referiremos a ellos en este momento.

Los trastornos mentales suponen una importante fuente de pérdida de salud en la población asturiana y una de las patologías que consumen más recursos del sistema, tanto desde el punto de vista económico como en número de consultas que generan. Existen suficientes datos e indicadores que así lo avalan:

- El 16.9% de los asturianos (10,2% de los hombres y 22,7% de las mujeres) que han respondido a la Encuesta de Salud para Asturias en 2002 declaran padecer o haber padecido ansiedad ("nervios"). El 12,6% (6,6% de los hombres y 17,8% de las mujeres) declaran padecer o haber padecido depresión.
- Asimismo, el 14,1% (7,8% de los hombres y 19,5% de las mujeres) declara haber tomado medicamentos "para los nervios" en las últimas dos semanas.

- Durante el año 2001 se diagnosticaron, por parte de los servicios de Salud Mental, 4430 nuevos casos de "Trastornos neuróticos" en Asturias, un 9% más que el año anterior. El número de casos prevalentes fue de 11.744. Teniendo en cuenta que una elevada proporción de los trastornos de ansiedad serían diagnosticados y tratados directamente en atención primaria, las cifras de pacientes atendidos por parte de los servicios especializados sería sólo la "punta del iceberg" del problema. Algo similar ocurriría con las formas leves de depresión.
- Los tranquilizantes (grupo terapéutico N05B) han sido los fármacos más recetados en el año 2001 en Asturias: con cargo al SNS se han prescrito 1.361.586 envases. Durante el año 2001 en Asturias se han prescrito a través de receta del Sistema Nacional de Salud 651.572 envases de antidepresivos (incluidos en los grupos terapéuticos N06A3 y N06A1, siendo los grupos 7º y 35º respectivamente en orden de mayor consumo por número de envases). Si nos atenemos al importe de estos fármacos, el grupo N06A3 ("Otros antidepresivos") ha sido el de mayor gasto en Asturias: 2.709.964.128 pesetas, lo que supone un 7,5% del total.
- El suicidio continúa siendo una importante causa de mortalidad en Asturias. En el año 2001 fallecieron 134 personas por esta causa (110 hombres y 24 mujeres).
- En el año 2001 la Enfermedad de Alzheimer ha sido la causa certificada y codificada de muerte en 225 personas y la demencia en 503 personas en Asturias.
- En un estudio realizado en el ámbito de la atención primaria en el Área Sanitaria IV (Oviedo) entre la población mayor de 65 años, encontraron una prevalencia de deterioro cognitivo del 16%, un 69% de éstos de grado leve.

#### Iniciativa 48:

#### AUMENTANDO EN LA POBLACIÓN GENERAL EL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE MANEJO DE DETERMINADAS SITUACIONES VITALES DIFÍCILES Y CONFLICTIVAS.

La creciente medicalización de nuestra sociedad ha impulsado a los ciudadanos a buscar en el sistema sanitario la panacea que resuelva el malestar psíquico que conllevan determinadas circunstancias y fases vitales. El escaso tiempo que disponen los profesionales sanitarios para atender estas demandas de forma natural y la solicitud de fármacos por los pacientes son factores que no favorecen la promoción de

habilidades personales para superar con éxito las diferentes crisis vitales. Con demasiada frecuencia se toma la solución más fácil y peligrosa para la salud: la prescripción de fármacos en situaciones donde no están indicados y que a medio y largo plazo conducen a una dependencia estéril y consumidora de recursos del sistema sanitario.

Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar y realizar campañas de promoción sobre el uso correcto de los fármacos y recursos personales para afrontar las crisis sin “medicalizar” problemas de la vida corriente.
- ◆ Desarrollar programas de educación para la salud que promuevan la adquisición de habilidades para el manejo de acontecimientos vitales estresantes.
- ◆ Elaborar y difundir una guía para profesionales sanitarios de actuación ante demandas no encuadradas entre los procesos patológicos mentales pero que causan malestar psíquico.
- ◆ Implantar programas de prevención de trastornos mentales centrados en los adolescentes y ancianos con perfil de riesgo.
- ◆ Desarrollar e implantar recursos específicos para la atención de alteraciones mentales en niños y jóvenes.
- ◆ Diseñar programas específicos de rehabilitación psiquiátrica que fomenten la adquisición y uso de aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de cada caso concreto
- ◆ Implantar servicios de apoyo a los familiares y cuidadores de enfermos mentales.

#### Iniciativa 49:

FORMANDO Y DOTANDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE HERRAMIENTAS Y HABILIDADES EFICIENTES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD MENTAL, HACIENDO HINCAPIÉ EN LA DEPRESIÓN Y EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

La salud mental es un campo de conocimientos en continuo desarrollo, por lo que resulta imprescindible mantener un sistema de formación continuada que dote a los profesionales de habilidades para el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes con la mejor calidad posible. Una de las áreas más señaladas es la formación de los profesionales de atención primaria en la detección oportunista de la depresión y el riesgo de suicidio, así como también en el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves.

La formación en salud mental se diseña en función de varios criterios: demandas de los profesionales sanitarios, líneas de acción del Plan de Salud, independencia de financiadores externos relacionados con la industria, ligada a criterios de calidad y adecuando la política de recursos humanos a las necesidades de formación.

#### Acciones a considerar:

- ◆ Mejorar el diagnóstico de la patología mental más frecuente siguiendo los criterios del “*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*” DSM-IV.
- ◆ Diseñar un programa de formación sobre diagnóstico precoz y recursos terapéuticos basados en las evidencias disponibles para las enfermedades mentales susceptibles de ser abordadas en atención primaria, especialmente la depresión y la prevención del suicidio
- ◆ Establecer en cada área sanitaria protocolos consensuados de actuación conjunta entre atención primaria y las unidades de salud mental para garantizar un mejor ajuste psiquiátrico, psicológico, social y laboral.
- ◆ Estimular la creación de espacios de intercambio de información y conocimientos entre atención primaria y los servicios de salud mental. Implantar sesiones clínicas

con participación conjunta de profesionales de los diferentes dispositivos y niveles de atención.

Estas dos iniciativas encaminadas a la protección de la salud mental de los asturianos se complementan con las iniciativas formuladas en el área estratégica “Avanzando en Equidad” que hacen referencia a los pacientes con trastorno mental o a las personas encargadas de su cuidado:

- La Iniciativa 2 incide en la necesidad de cuidar al cuidador.
- La Iniciativa 5 reclama la necesidad de integrar social y laboralmente a las personas con problemas síquicos.
- Y la Iniciativa 6 acentúa la trascendencia de detectar precozmente el riesgo de dependencia que la enfermedad mental genera.

**INICIATIVAS “GANANDO SALUD”. ESTRUCTURAS RESPONSABLES:**

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 10: Promover estilos de vida Saludables</b>	
<b>Iniciativa 18:</b> Aumentando la detección precoz de consumo excesivo de alcohol en centros sanitarios, laborales y docentes, haciendo énfasis en familias o situaciones de especial riesgo.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Industria y Empleo
<b>Iniciativa 19:</b> Mejorando la oferta de consejo y tratamiento en pacientes con consumo excesivo de alcohol.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 20:</b> Aumentando el número de espacios libres de humo.	Gobierno del Principado de Asturias Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Ayuntamientos Otras Instituciones Públicas y Privadas
<b>Iniciativa 21:</b> Elaborando y poniendo en marcha un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 22:</b> Desarrollando e implantando las acciones consideradas en el Plan de Drogas.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social
<b>Iniciativa 23:</b> Aumentando el conocimiento de la población general sobre los hábitos alimentarios saludables.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo
<b>Iniciativa 24:</b> Incorporando de manera sistemática a los Servicios Sanitarios como promotores de una alimentación saludable.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 25:</b> Estableciendo e implantando programas específicos de alimentación saludable en comedores escolares y residencias de ancianos.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Vivienda y Bienestar Social
<b>Iniciativa 26:</b> Aumentando el conocimiento de la población general sobre la importancia del ejercicio físico como promotor y protector de la salud.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo
<b>Iniciativa 27:</b> Incorporando de manera sistemática a los Servicios Sanitarios como promotores de ejercicio físico.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 28:</b> Aumentando la oferta de instalaciones y de actividades deportivas o de ejercicio físico mediante la coordinación efectiva entre las distintas administraciones.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo Ayuntamientos Federaciones Deportivas
<b>Iniciativa 29:</b> Generalizando la implantación del Programa Afectivo-Sexual en todas las Áreas Sanitarias y centros educativos de secundaria desde una clara perspectiva de género.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 30:</b> Acercando a todos los jóvenes asturianos, escolarizados o no, la información y los recursos necesarios para el disfrute de una vida afectivo-sexual saludable sin riesgos y la prevención y atención al embarazo no deseado.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 11: Presentar batalla al cáncer</b>	
<b>Iniciativa 31:</b> Aumentando el conocimiento de la población general sobre hábitos y estilos de vida protectores frente al cáncer.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo
<b>Iniciativa 32:</b> Optimizando el proceso asistencial tomando como eje central al paciente con cáncer.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 33:</b> Impulsando y optimizando las actividades de cribado para los tumores en los que se ha demostrado eficiencia: Cáncer de mama según los objetivos del Programa de Cribado y el Cáncer Colo-rectal en la población de riesgo definida por el conocimiento actual.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 34:</b> Reforzando e impulsando programas de atención integral al paciente en fase terminal con independencia de la causa (oncología, vih-sida, demencia, anciano, etc.) a través de la coordinación entre la Atención Primaria y los servicios Hospitalarios de referencia.	Servicio de Salud del Principado de Asturias Consejería de Vivienda y Bienestar Social
<b>Línea de Actuación N° 12: Disminuir las infecciones</b>	
<b>Iniciativa 35:</b> Incrementando la cobertura vacunal en general y específicamente de los niños de colectivos en situación de riesgo por razones de etnia, procedencia o nivel socio-económico.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 36:</b> Diseñando, implantando y evaluando un Programa de Control de Calidad en Vacunas	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 37:</b> Implantando y desarrollando el Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-Sida en Asturias.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Vivienda y Bienestar Social Instituciones Penitenciarias
<b>Iniciativa 38:</b> Potenciando las medidas de prevención primaria en Hepatitis C y aumentando la cobertura vacunal frente a Hepatitis B, especialmente en niños de grupos sociales más vulnerables.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<b>Iniciativa 39:</b> Revisando, adaptando e implantando el Programa de Control de la Tuberculosis para Asturias a las circunstancias especiales de cada Área Sanitaria.	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 13: Plantar cara a las enfermedades Prevalentes</b>	
<b>Iniciativa 40:</b> Incorporando a la práctica clínica habitual pautas de actuación basadas en las evidencias sobre el manejo de los principales factores de riesgo cardiovascular.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 41:</b> Elaborando y poniendo en marcha pautas de actuación consensuadas ante el paciente con proceso cardio y cerebrovascular por todos los profesionales sanitarios implicados.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 42:</b> Aumentando el conocimiento del paciente cardiovascular sobre los factores de riesgo, la conducta a seguir ante síntomas sospechosos de proceso agudo y la reincorporación a una vida socio-laboral adaptada a sus capacidades favoreciendo la rehabilitación clínica y funcional supervisada de enfermos cardiovasculares.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 43:</b> Mejorando el control de los hipertensos conocidos.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 44:</b> Incrementando el diagnóstico precoz de la Diabetes y de sus complicaciones.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 45:</b> Mejorando en el paciente diabético el conocimiento de la enfermedad y las habilidades necesarias para su manejo adecuado.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 46:</b> Desarrollando y aplicando una vía clínica sobre EPOC que contemple de forma prioritaria: el diagnóstico precoz, la nutrición adecuada, la asistencia clínica en los diferentes niveles asistenciales, la vacunación sistemática frente a Gripe y Neumococo y el uso racional de fármacos en EPOC.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 47:</b> Promoviendo que los pacientes con dolor crónico dispongan un Plan Terapéutico Documentado y adaptado a las características individuales de cada persona y del equipo que lo trata.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Línea de Actuación N° 14: Proteger la Salud Mental</b>	
<b>Iniciativa 48:</b> Aumentando en la población general el conocimiento y la capacidad de manejo de determinadas situaciones vitales difíciles y conflictivas.	Consejería de Educación y Ciencia Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Consejería de Cultura, Comunicación Social y Turismo Consejería de Vivienda y Bienestar Social
<b>Iniciativa 49:</b> Formando y dotando a los profesionales sanitarios de herramientas y habilidades eficientes para la detección precoz y el manejo de la enfermedad mental, haciendo hincapié en la depresión y en la prevención del suicidio.	Servicio de Salud del Principado de Asturias

Tabla III: Iniciativas “Ganando Salud”. Estructuras responsables





## MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

A lo largo de este "viaje" se ha insistido en el valor de la actuación social para impulsar la salud y prevenir la enfermedad mediante la promoción de estilos de vida saludables y el ataque a las influencias nocivas de determinados factores sociales y medioambientales. El sistema sanitario desempeña una función relevante en la protección y mejora de la salud de los asturianos y en su lucha contra la enfermedad. Su papel como integrador de los colectivos sociales menos favorecidos, como elemento de cohesión social y de desarrollo económico en la región no debe ser minusvalorado. El impacto que sobre el nivel de salud de una comunidad tienen las intervenciones sanitarias es difícil de cuantificar con precisión.

La preocupación por disponer de unos servicios sanitarios de calidad parece haber calado en nuestra sociedad, a veces como una moda, un eslogan o una cuestión estética. Sin embargo, los cuidados de alta calidad deben ser un derecho de todos los pacientes. La calidad en la asistencia trata de dar respuesta desde la ética del bien común y de la evidencia científica a las exigencias de un ciudadano cada vez mejor informado y que quiere participar en las decisiones que afectan a sus vidas; surge asimismo de las demandas de los profesionales de trabajar cada vez mejor y de la incorporación de la cultura de la calidad en un entorno de recursos limitados y necesidades crecientes.

Una referencia inexcusable en la elaboración del Plan de Salud ha sido el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Tanto por su diseño y estructura como por su metodología y áreas abordadas busca construir las líneas estratégicas del sistema sanitario asturiano desde una concepción basada en la participación y responsabilidad social.

El Plan de Salud para Asturias tiene un compromiso con los ciudadanos y ciudadanas de Asturias: *ayudar a mejorar y mantener la salud de los asturianos*. Para cumplir este compromiso utiliza y quiere utilizar todas las herramientas a su alcance. Uno de sus instrumentos más valiosos son las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, las cuales, mediante el desarrollo de sus grandes líneas de actuación, pretenden articular en los Servicios Sanitarios un proceso de mejora

continua de la calidad que responda adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y profesionales. Para alcanzar su propósito se priorizan y definen objetivos estratégicos para los próximos cuatro años, se diseñan las líneas operativas de implantación y se describen las herramientas disponibles para su aplicación.

Desde el 1 de enero de 2002 el Principado de Asturias recibió las competencias en asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el Insalud. El SESPA, como principal protagonista en la atención sanitaria de los ciudadanos, asume el reto de modernizar un modelo de gestión y organización asistencial diseñado hace décadas. Se propone orientar los servicios de salud hacia las necesidades y expectativas reales de los ciudadanos con criterios de excelencia en el uso de los recursos y contando con la experiencia, compromiso y dedicación de sus profesionales sanitarios.

En este marco de actuaciones y trabajo el Plan de Salud no tiene vocación de ser un esquema del plan estratégico de servicios sanitarios ni aspira a resumir las Estrategias de Calidad; busca y propone mediante la priorización de líneas de actuación resaltar aquellas donde la ganancia en salud de la población puede ser mayor.

El Plan de Salud propone intervenciones orientadas a la mejora de la calidad en la atención sanitaria a través de cuatro líneas de actuación que convergen en la búsqueda de la excelencia mediante:

- 1.- La orientación del sistema sanitario a los ciudadanos *“pensar para el ciudadano”*.
- 2.- La optimización de las prestaciones sanitarias públicas en aspectos de gestión y de accesibilidad *“mejorar la organización”*.
- 3.- La participación y compromiso de los profesionales *“implicar a los profesionales”*.
- 4.- La búsqueda de una gestión más autónoma que mira al horizonte cuidando la racionalización, sostenibilidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios *“mirar al futuro”*.

En cualquier caso, toda esta nomenclatura, todas estas buenas intenciones no pasarán de ahí (de aquí) si no se establecen (y usan) herramientas que traduzcan en acciones los buenos propósitos. Lo que de verdad importa es que los usuarios de los servicios sanitarios sean atendidos con un alto nivel de

calidad desde todos los puntos de vista, no sólo desde el lado técnico sino también considerando el trato personal, la comodidad de las instalaciones y la propia organización del sistema sanitario.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 15: Pensar en el ciudadano.**

Hasta no hace mucho las organizaciones sanitarias se sustentaban en una sola de las partes de la relación profesional-paciente. Esos tiempos han cambiado. La relación de los usuarios con el sistema sanitario ha evolucionado desde un papel pasivo y “paciente” a un modelo donde el ciudadano tiene más información, pide rapidez, facilidad y reivindica mayor protagonismo en la toma de decisiones. No obstante, si las expectativas estuviesen en contraposición con una actuación clínica determinada nuestro trabajo es convertirlas en adecuadas a través de la empatía, la confianza, el interés y la dedicación de los profesionales.

La satisfacción de los usuarios es clave para cualquier servicio de salud. Por eso es importante conocer sus puntos de vista y los aspectos o características de la atención que son claves para el ciudadano. Se ha progresado mucho en aspectos técnicos de la organización, del trabajo en equipo, de la gestión, etc. pero no se han traducido en grandes mejoras en la satisfacción. En términos generales la satisfacción en los tiempos de espera, la información recibida, el trato personal, el confort de los centros sanitarios es mejorable. Se han corregido aspectos de la asistencia sanitaria para los ciudadanos, pero sin los ciudadanos ya que el trabajo se planifica muchas veces en función de los profesionales más que en función del usuario que lo va a recibir. Cuando las circunstancias personales o cualesquiera otras impiden que un usuario pueda adaptarse al horario o a las normas de los circuitos organizativos, éstos se resienten y lo que es peor, se dificulta la vida de las personas.

Nuestro reto pasa por planificar en función de los problemas de los ciudadanos que son quienes van a recibir la asistencia, pasa por adaptarnos a las circunstancias particulares del usuario cuando las normas chocan con sus necesidades, pasa por estar atentos a las insuficiencias “no previstas” ni por profesionales ni siquiera por los ciudadanos, y pasa por alcanzar estos objetivos a través de un consenso con los profesionales. En definitiva, si la atención de calidad es el objetivo de los servicios sanitarios, la alianza con los profesionales es clave para conseguirla.

La accesibilidad, continuidad asistencial y seguridad son algunas de las dimensiones irrenunciables en la asistencia sanitaria. Su expresión concreta en los contrato-programa impulsa el paso de la teoría a la cotidianeidad.

#### Iniciativa 50:

MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS Y ADECUANDO LOS HORARIOS Y LOS SISTEMAS DE CITA PREVIA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON AGENDAS Y LISTAS DE ESPERA AJUSTADAS A LA IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Nuestro sistema sanitario asegura el acceso de toda la población a la atención sanitaria. Esta garantía actúa como un mecanismo solidario de redistribución frente al riesgo de enfermar. Un servicio accesible es aquel que es fácil de obtener, se proporciona en lugares y momentos oportunos y con poco tiempo de espera. La estrategia del SESPA se centra en la mejora de la accesibilidad física y horaria, proporcionar servicios con la mayor celeridad e inmediatez posible y favorecer la libertad de elección de médico por parte de usuarios. En este planteamiento se encuentran implícitos los recursos destinados a satisfacer las necesidades de la población y las barreras para su utilización.

La incorporación de las nuevas tecnologías de la información debe jugar un papel muy importante en la eliminación de los obstáculos y la simplificación de los trámites a realizar por los ciudadanos. El peligro subyacente es aumentar la inequidad al consolidarse grupos socioeconómicos con dificultades para superar las excesivas barreras, no digamos las tecnológicas. Podría darse el caso de estar favoreciendo que el desfase entre las diferentes clases sociales aumente si no disponemos de mecanismos que corrijan estas desigualdades. Se impone una reflexión acerca de las potencialidades de los sistemas de información sin que ello suponga que bajo los conceptos de formación, atención e información estemos creando y favoreciendo las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios.

En la encuesta de salud para Asturias 2002 el 67,2% de los pacientes consideró que su médico/a de familia está geográficamente bastante o muy cerca de su residencia habitual. Sólo un 8,8% opinó que dicho servicio está algo o muy lejos. Según el 55% de los encuestados el horario de consulta de su centro de salud era bastante o muy adecuado. Un 12% de las personas opina que es poco o nada adecuado. En

relación al género el 60% de las mujeres opina que es bastante o muy adecuado frente al 50% de los hombres. Por edades hay una mayor proporción de personas que opinan que el horario es poco o nada adecuado en las de 16-44 años de edad (una de cada cinco) mientras sólo el 2,5% de la personas mayores piensa que el horario es poco o nada adecuado.

Según el Estudio de Satisfacción entre Usuarios (E.S.U) de Atención Primaria realizado en Asturias en septiembre de 2003 el 25,3% de los usuarios considera difícil o muy difícil hablar por teléfono con el centro de salud cuando lo necesitan.

En relación a otros aspectos de la accesibilidad en Atención Primaria el 84% de la población está de acuerdo en que la atención solicitada es atendida en el mismo día o en el día siguiente y tres de cada cuatro personas refiere que los horarios son cómodos (91% de las personas mayores y el 62% de personas jóvenes). A un 89% de los pacientes atendidos a domicilio les resultó fácil o muy fácil lograr que los profesionales sanitarios acudieran a su domicilio frente a un 5,3% que opinaron que era difícil o muy difícil.

Respecto a los servicios de Atención Especializada dos tercios de las personas opinan que el horario de consultas es cómodo, el 44% refiere estar de acuerdo en que es fácil conseguir consulta, el 38% en que una vez conseguida no hay que esperar mucho para ser atendidos. Un tercio de los pacientes personas afirma que no hay que esperar mucho tiempo para que se realice una intervención. En sintonía con estos porcentajes las listas de espera son el principal motivo de preocupación y queja de los asturianos respecto a los servicios sanitarios, según el Barómetro de Mayo de 2003.

En Septiembre de 2003 había en Asturias 11.959 personas en lista de espera quirúrgica de las que el 63,4% llevan menos de tres meses y el 33% de 3 a 6 meses. La catarata, la osteoartritis, la hernia inguinal y las venas varicosas de miembros inferiores suponen la tercera parte de los pacientes en lista de espera según datos del Sistema de Información del SESPA.

Acciones a considerar:

- ◆ Mejorar la accesibilidad telefónica a los Centros de Salud mediante cita automatizada, centralita de recepción, etc...
- ◆ Planificar horarios y actividades de acceso ágil y adaptados a las necesidades de pacientes con dificultades de acceso por su situación personal (laboral, cuidadores, etc...).
- ◆ Impulsar y expandir el Proyecto Salud Próxim@ como acercamiento al ciudadano de forma que se puedan obtener prestaciones de servicios como solicitar citas, ejercer la opción de elección de médico, obtener información sobre aspectos de salud, realizar trámites administrativos, etc.
- ◆ Favorecer la disponibilidad de los medicamentos para aquellos pacientes en situaciones de carencia o limitados en su movilidad.
- ◆ Informar con transparencia total la gestión de las demoras en las listas de espera y actualización permanente de los datos informando a los pacientes de los plazos de espera.
- ◆ Estudiar el establecimiento de estándares de espera máxima para cada proceso sanitario en el marco de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Iniciativa 51:

IMPULSANDO Y RENOVANDO LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD.

Las personas deben participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Esta participación puede realizarse como usuario o como ciudadano. Sin embargo, esta exigencia política dista bastante de la situación real. La seducción de la tecnología y la influencia de la medicina hospitalaria nos ha llevado a veces a actitudes donde los profesionales deciden cuál es el problema y cuál la solución. Lo más fácil, en este contexto, es dar soluciones técnicas a problemas humanos porque no hemos aprendido a escuchar las necesidades, conveniencias o valores de las personas a quienes se dirigen las prestaciones. El efecto de este modo de concebir la relación es la adopción de todo un modelo asistencial caduco donde se imponen decisiones que, de haber sido consultadas con los pacientes, hubieran sido probablemente muy distintas.



En nuestra comunidad la Ley de Salud del Principado de Asturias, Ley 1/1992, de 2 de julio, recoge de forma expresa los mecanismos de participación ciudadana en las instituciones más próximas a la ciudadanía:

- 1- El Consejo de Administración, con representación del Parlamento, municipal, y de los trabajadores.
- 2- El Consejo de Salud del Principado, que incluye representantes de los concejos, de profesionales, de la Universidad, de colegios profesionales, sindicatos y asociaciones ciudadanas.
- 3- El Consejo de Dirección del Área de Salud.
- 4- Los Consejos de Salud del Área y de Zona.

Podríamos pensar que son suficientes y que cumplen su función. ¿De verdad lo pensamos? ¿Realmente facilitan la participación de los ciudadanos? Se reconoce abiertamente que estos cauces son insuficientes o poco efectivos al constatarse en su seno grandes asimetrías en lo que a información se refiere. Es necesario impulsar mecanismos más flexibles que faciliten la expresión de sus opiniones y sugerencias en relación con el funcionamiento de los servicios y con las prestaciones que se ofertan, a fin de poder incorporarlas a la toma de decisiones. Un modelo a seguir es la incorporación de la ciudadanía en actividades comunitarias tomando como punto de partida y eje el centro de salud. La participación activa en este contexto contribuye al desempeño de la organización en función de las necesidades, los valores y las expectativas de la población.

Si entendemos que la calidad de la asistencia sanitaria pasa por obtener resultados clínicos aceptables y beneficiosos para los pacientes, medir su satisfacción ha pasado a un primer plano y se recomienda que a la hora de diseñar los procesos asistenciales se tenga en consideración las informaciones sobre sus preferencias, expectativas o las causas de insatisfacción. En este orden de cosas el SESPA y las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias establecen mecanismos para participar en la formulación de sus iniciativas.

La posibilidad de implicar más intensamente a los ciudadanos a través de foros específicos, la participación de los ayuntamientos en el sistema sociosanitario y la adopción por parte de los Servicios de

Atención al Paciente de un papel de intermediario real entre personas y centros sanitarios, son algunas áreas a explorar por su cercanía a los ciudadanos.

A nivel individual el paciente participa en las decisiones que afectan a su salud a través de la relación médico paciente o en la educación para la salud. El primer requisito es ser capaces de entender las experiencias y percepciones para facilitarle la mejor información disponible sobre opciones de tratamiento, resultados asociados y posibles efectos adversos, de una forma comprensible. Mejorar la información de los pacientes es un paso crítico para que puedan tomar decisiones de forma autónoma si bien debe ser una información de calidad, basada en la evidencia, de fácil acceso y uso, apropiada e integrada en los valores de los pacientes. A partir de este momento estamos en condiciones de facilitar la participación y capacitación de los pacientes en función de su contexto personal, familiar y social. En este marco las ayudas en la toma de decisiones son instrumentos que mejoran el conocimiento de los pacientes y favorecen el que tengan expectativas más realistas. Su puesta en práctica requiere entornos adecuados: tiempo suficiente de consulta, comunicación abierta y fluida, actitudes profesionales y estrategias de política y gestión sanitaria.

Si queremos alcanzar altas cotas de participación ciudadana en todos aquellos aspectos relacionados con la salud no se trata de sustituir un modelo de despotismo ilustrado por la autonomía absoluta de los pacientes sino sustituir la concepción del paciente como objeto por la de sujeto y co-protagonista de la atención que recibe. Para ello se requiere que la gente afectada por los problemas participe en su definición, la planificación para resolverlo y el establecimiento de las estructuras para que se mantenga el cambio.

Acciones a considerar:

- ◆ Poner a disposición de los ciudadanos información sobre la calidad de la atención que hagan posible la libertad de elección efectiva y la participación de los ciudadanos, pacientes y sus familias en las decisiones relacionadas con la salud y los servicios sanitarios.
- ◆ Impulsar el papel de los ayuntamientos como instrumentos de participación comunitaria en el ámbito de la salud y de los servicios sanitarios.

- ◆ Fomentar en cada área de salud la creación de foros de ciudadanos en relación con determinadas necesidades de salud. Se hará especial hincapié en aquellos grupos sociales más frágiles y vulnerables.
- ◆ Implantar mecanismos de ayuda para compartir decisiones que afectan a la salud o el bienestar de los ciudadanos.
- ◆ Elaborar un programa de formación y pautas de actuación dirigido al personal que atiende al público.
- ◆ Reorientar los Servicios de Atención al Paciente hacia un papel de mediador entre usuarios, profesionales y centros, más que como oficina de reclamaciones.
- ◆ Formar a los profesionales de la salud en modelos de atención que favorecen la capacitación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su salud o bienestar.
- ◆ Impulsar y mantener vínculos estrechos de participación con las asociaciones de enfermos.
- ◆ Promover la realización de actividades comunitarias desde Atención Primaria.
- ◆ Implantar sistemas dinámicos de evaluación de los procesos participativos donde intervienen ciudadanos y pacientes.
- ◆ Desarrollar efectivamente lo previsto en la ley del SESPA en lo relativo a participación.
- ◆ Explorar nuevas formas de participación que transfieran mayor poder decisorio a los ciudadanos y sus organizaciones.

#### Iniciativa 52:

#### ELABORANDO E IMPLANTANDO UN PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Estar enfermo comporta muchas veces vivir una situación de zozobra, miedo e incertidumbre. La organización sanitaria puede convertirse en un factor de sufrimiento añadido ya que el contacto con el sistema sanitario es mucho más que la calidad científica del acto médico. No debemos considerar que sólo con una actuación profesional de acuerdo a normas y estándares se está ofreciendo un servicio de calidad. Ésta es sólo una de sus dimensiones, la calidad técnica. Otros aspectos de la organización pueden

contribuir asimismo a considerar al paciente individualmente, valorando su biografía, su contexto, sus necesidades personales y su escala de valores.

El cómo se recibe a los pacientes, la calidez de las consultas, de las salas de espera, la confidencialidad, el cómo se explican las cosas... son algunos de los aspectos que los ciudadanos viven o “sufren” desde “la otra” perspectiva. Según la ESU de septiembre de 2003 el trato recibido por médicos y enfermeros o ATS son los aspectos que presentan un mayor nivel de satisfacción obteniendo una valoración superior a 8 sobre 10. La información sobre la dolencia y el tiempo dedicado por el médico son los únicos que, aún alcanzando puntuaciones superiores a 8, obtienen una valoración inferior a la satisfacción global.

Desde este Plan de Salud se propone profundizar en el uso de herramientas que favorezcan una relación humana entre usuario y sistema sanitario de forma que se facilite la comunicación y el trabajo conjunto. Se parte de una concepción de asistencia donde no sólo curar tiene importancia. La base cultural que se pretende rescatar es aquella que persigue que la primera “mirada” usuario-sistema supere incluso las expectativas del primero, que resalta la calidad y calidez de ese encuentro y que fomenta como principal objetivo “estar con” los pacientes.

Acciones a considerar:

- ◆ Elaborar y desarrollar la Ley de Derechos y Deberes de los ciudadanos y usuarios para con el Sistema Sanitario.
- ◆ Impulsar la creación de un Registro de Últimas Voluntades donde los pacientes expresen cómo desean ser tratados si no pueden expresarlo libremente por la enfermedad.
- ◆ Potenciar la responsabilidad del personal de Atención al Paciente respecto a las necesidades que expresan los usuarios.
- ◆ Diseñar e implantar un protocolo de recepción y acogida a todo usuario nuevo de los centros de salud y hospitales, de forma sistematizada y personalizada.
- ◆ Mejorar el confort de las zonas de espera y acogida a pacientes y familiares en los centros sanitarios.

- ◆ Reforzar la figura de la atención primaria como integradora y coordinadora de los cuidados del paciente a nivel socio-sanitario.
- ◆ Incluir en el programa de formación de los profesionales de la salud aquellas actividades docentes que posibiliten la adquisición de habilidades y destrezas para una comunicación efectiva con los pacientes.

#### Iniciativa 53:

DISEÑAR Y PONER EN MARCHA UN PROGRAMA COMÚN PARA ASTURIAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON EL FIN DE GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD Y SITUAR A LA MUJER COMO PROTAGONISTA DE ESTE PROCESO NATURAL.

Una adecuada atención prenatal se relaciona con un mejor nivel de salud de la madre y su hijo. El VI Informe del Comité de expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño, señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente, si los controles durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario. Por tanto, los principales objetivos de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio en Asturias deben dirigirse a facilitar que cada mujer tenga los hijos que desee, a reducir la incidencia de bajo peso al nacer y la morbimortalidad de causa obstétrica, así como promover la lactancia materna.

La atención preconcepcional, la realización de los controles necesarios durante el embarazo, la educación maternal suficiente y la oferta universal de una analgesia epidural de calidad, son cuestiones demandadas tanto en los grupos de usuarios como en los de profesionales y están avaladas por la evidencia científica.

Existe unanimidad en todas las personas consultadas sobre la trascendencia que tiene en la salud de la mujer promover en el parto un entorno humano y respetuoso con las elecciones maternas.

Los múltiples beneficios de la lactancia materna sobre la salud infantil, el desarrollo intelectual, motor y el posterior riesgo de enfermedad crónica están fuera de toda duda. A medida que la

investigación avanza y las crecientes evidencias se acumulan prevalece la superioridad de la lactancia materna sobre cualquier otro método de alimentación del lactante. La lactancia materna crea unos fuertes vínculos entre la madre y su hijo, y representa asimismo beneficios de tipo económico para la familia. Todo esfuerzo que se haga en esta área será poco para los bienes conseguidos.

#### Situación en Asturias:

- Durante el año 2001 el 22,7% de los nacimientos han sido de madres de 35 o más años de edad. El 3,3% de las madres tenía 40 o más años de edad. Las madres menores de 20 años han sido 193, un 2,8% del total.
- La tasa de mortalidad infantil en 2001 ha sido de 4,8 fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos. Tanto la mortalidad perinatal como la infantil, indicadores del nivel de salud y de atención al embarazo y parto en una población, han ido descendiendo en las últimas décadas hasta cifras difíciles de reducir. El 8,4% de los recién nacidos en 2001 han sido de bajo peso al nacer (<2.500 gr.), cifra que va en aumento en los últimos años.
- Un 18% de los partos atendidos en los hospitales públicos de Asturias y el 24% de los atendidos en los hospitales privados en 1999 se realizan por cesárea.
- La lactancia materna está en nuestra región en niveles inferiores a los del conjunto de España y por debajo de las recomendaciones de la OMS. Según un estudio realizado en Asturias el 73% de los niños inician la lactancia (el 51% de forma exclusiva), la continúan el 31% a los 3 meses y sólo la mantienen el 20% a los 4 meses.
- Según los datos de la evaluación de cartera de servicios durante el año 2001 el 70,7% de las mujeres embarazadas fueron captadas y valoradas. El 72,4% recibieron educación para el parto (el 62% en el año 1999) y el 71% recibieron una visita en el primer mes post-parto.
- El grupo multidisciplinario de profesionales que fue consultado en este área destacó la falta de un programa único para Asturias que permitiera definir aspectos como: atención preconcepcional, diagnóstico, seguimiento del embarazo, evaluación del riesgo, criterios de derivación, manejo de sintomatología habitual, educación maternal y la atención al puerperio. Se precisaba asimismo una definición clara de qué, quién, cómo y cuándo se realizan las actividades citadas, haciendo especial énfasis en las situaciones de riesgo. Los aspectos a mejorar que se destacaron por estos profesionales fueron la necesidad de extender

al 100% la oferta de la anestesia epidural en los servicios de obstetricia y aumentar la visita pre-anestésica, la ausencia de un profesional de referencia para las embarazadas a lo largo de todo el proceso, la falta de coordinación y un apoyo insuficiente a la lactancia.

- Las mujeres que participaron en este grupo focal manifestaron una sensación de “no poder elegir nada durante el proceso”, tener informaciones contradictorias según los profesionales, sensación de abandono después de dar a luz, cierta deshumanización en el trato, falta de confianza en el médico de familia para el seguimiento del embarazo, rigidez en los horarios de preparación al parto y poca atención post-parto.

Acciones a considerar:

- ◆ Prestar atención a las actuaciones específicas relacionadas con el diagnóstico prenatal de los defectos congénitos, integrándolas adecuadamente en el proceso de atención al embarazo.
- ◆ Mejorar la atención humana durante el embarazo y parto, teniendo como objetivo alcanzar en la práctica la libre elección de obstetra que sea la referencia para la mujer durante todo el embarazo y parto.
- ◆ Facilitar el conocimiento de las mujeres sobre su embarazo y promover el autocuidado, potenciando el papel y la formación del personal de enfermería y las matronas de primaria y especializada, evitando la excesiva medicalización.
- ◆ Elaborar y poner en marcha un programa para Asturias de embarazo, parto y puerperio. Incluir en dicho programa los ciclos de mejora de la calidad en todas las fases de atención al embarazo.
- ◆ Identificar a las parejas, a los padres y madres con hijos pequeños pertenecientes a los grupos más vulnerables y establecer un plan de visitas domiciliarias (pre y postnatales) de profesionales que den educación sanitaria, apoyo práctico y emocional para la preparación del parto y el cuidado del niño.
- ◆ Favorecer el desarrollo e implantación de estrategias efectivas para abandonar el hábito tabáquico durante el embarazo.

- ◆ Facilitar el acceso y ofertar a todas las mujeres un servicio de calidad de educación maternal que incluya información y formación sobre aspectos como la fisiología del embarazo, la nutrición, los estilos de vida saludables en la gestación, el control del dolor, la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.
- ◆ Poner a disposición de las mujeres la información que necesiten para facilitar una decisión libre sobre la lactancia e implantar medidas organizativas y de apoyo que faciliten la lactancia materna a las que quieran amamantar.
- ◆ Promover, desarrollar y mantener la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en todos los hospitales asturianos.
- ◆ Incluir en la cartera de servicios de todos los Hospitales de Asturias la analgesia epidural en el parto. Ofrecer a todas las embarazadas la posibilidad de anestesia epidural.
- ◆ Sistematizar la visita pre-anestésica para el parto: valoración de riesgos, planificación de la anestesia e información adecuada.
- ◆ Detectar y cubrir las necesidades formativas de los profesionales implicados en todo el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio priorizando en la educación maternal y en la anestesia epidural.
- ◆ Facilitar información fluida y comprensible y fomentar la capacidad de elección de la madre en el proceso del parto.
- ◆ Cuidar la privacidad y el respeto en el entorno del parto.
- ◆ Fomentar la creación de grupos informales de madres y padres con el propósito de mejorar los conocimientos y los autocuidados.



## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 16: Mejorar la organización del sistema sanitario.**

El sistema sanitario de Asturias se encuentra actualmente en proceso de evolución y maduración, tras la asunción de las competencias en materia sanitaria en la primavera del 2002. Después de dieciocho meses de rodaje y adaptación a la nueva situación se hace necesario definir de forma precisa y clara las funciones, roles y competencias de cada una de las partes que configuran el sistema para evitar duplicidades de funciones o conflictos de competencias.

La estrategia corporativa del sistema sanitario asturiano viene definida por tres documentos clave: el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, el Plan de Salud para Asturias 2004-2007 y las Estrategias de Calidad. Su alineamiento y sus valores deberían permitir poner en marcha proyectos importantes para la salud de los ciudadanos y el desarrollo de sus profesionales.

Desde el punto de vista de la organización diferentes factores influyen en la necesidad de una reorganización del sistema sanitario. El envejecimiento de la población, el nuevo marco social y económico, las nuevas tecnologías y las demandas de los usuarios exigen respuestas que en buena medida condicionarán el éxito del sistema y su aceptación social.

A continuación se enumeran en esta línea de trabajo algunas de las fortalezas y retos del sistema sanitario asturiano.

### **Fortalezas del sistema sanitario asturiano**

- **La percepción y satisfacción ciudadana es buena.**

Tanto la Encuesta de Salud para Asturias 2002, como el Barómetro Sanitario y las diferentes oleadas de los Estudios de Satisfacción de los Usuarios (mayo y septiembre de 2003) destacan un alto grado de satisfacción (por encima de 8,5 sobre 10) de los usuarios de los servicios sanitarios, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Un 67% de los asturianos se sienten algo o muy satisfechos con la asistencia sanitaria prestada en Asturias.

Los pacientes que solicitan asistencia domiciliaria y quienes han estado ingresados en hospitales expresan una alto grado de satisfacción con la atención recibida.

- **La estructura del sistema es muy buena y amplia.**

Según el Anuario Social de España 2003 elaborado por el Servicio de Estudios de La Caixa el índice de servicios sanitarios en Asturias es de 7 (sobre un máximo de 10), sólo superado por Madrid y Navarra con un índice de 10, Aragón y Cataluña con 9 y Cantabria y País Vasco con 8. Este índice se elabora seleccionando seis indicadores: accesibilidad física al hospital público más cercano, tasa de camas de hospital, tasa de servicios de alta tecnología médica en hospitales, tasa de médicos colegiados, tasa de diplomados en enfermería colegiados y tasa de plazas de residencias de mayores.

Actualmente se dispone de 9 hospitales distribuidos por Áreas Sanitarias, 3,2 camas hospitalarias/1000 habitantes, concertos establecidos con otros cinco centros hospitalarios.

En cuanto a los indicadores hospitalarios de mayor relevancia, según la encuesta nacional de hospitales y sin tener en cuenta a Ceuta y a Melilla por sus singulares características, se resumen en la siguiente tabla:

Indicador	España	Asturias	Máximo	Mínimo
Hospitales / 100.000 hab.	2,09	2,07	3,09 (Baleares)	1,40 (Andalucía)
Hosp. Públicos/ 100.000 hab.	0,94	1,13	1,66 (Aragón)	0,63 (Madrid)
Camas públicas / 1.000 hab.	2,70	3,21	3,91 (Aragón)	2,03 (Cataluña)

TABLA IV. Indicadores de la Red de Atención Hospitalaria.

Respecto a la Atención Primaria se cuenta con 64 centros de salud, 119 consultorios periféricos y 31 consultorios locales para una población protegida de 1.051.137

habitantes distribuida en 8 Áreas Sanitarias. En cada una de ellas se halla ubicada una Unidad de Salud Pública dependiente de la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo. Estas cifras significan que en el año 2002 el 93,2% de la población asturiana era atendida por un EAP y un 98,4% de las Zonas Básicas de Salud tenían un EAP.

La Red de Salud Mental de Asturias a nivel estructural cuenta con 15 Centros de Salud Mental, 4 Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, 1 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el HUCA, 6 Hospitales de Día, 1 Centro de Tratamiento Integral, 1 Centro de Rehabilitación, 4 Comunidades Terapéuticas, 1 Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, 12 Centros de Dispensación de Tratamiento Sustitutivos para Drogodependencias, 1 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y 30 plazas en Pisos Protegidos u Hogares Tutelados.

- **Es un sector generador de empleo.**

La plantilla orgánica consolidada del SESPA para 2004 asciende a 14.719 personas.

En Atención Primaria desarrollan su labor 2.582 trabajadores, de los que un 6% se dedica a tareas de dirección y gestión. Profesionalmente se reparten así: 41% personal médico, 41% personal de enfermería, 14% personal administrativo y 4% celadores.

Dentro de la red de Atención Primaria, los ratios de personal sanitario eran, en el año 2002, los siguientes: un médico de AP por cada 1.387 habitantes; un enfermero de AP por cada 1.543 habitantes; un fisioterapeuta por cada 32.439 habitantes y una matrona cada 6.580 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 64 años.

En Atención Especializada (centros hospitalarios de uso público), según el Informe de Personal 2004 del Gobierno del Principado de Asturias trabajan 11.625 personas, un 16,5% son personal facultativo, un 52,2% personal sanitario no facultativo y el resto personal no sanitario.

Tomando como base los datos de colegiación del Instituto Nacional de Estadística, en la siguiente tabla puede visualizarse de forma comparada la presencia de profesionales de la Salud en Asturias respecto al resto de España:

<b>Indicador</b>	<b>España</b>	<b>Asturias</b>
Médicos / 1.000 hab.	4,38	5,04
Odontólogos / 1.000 hab.	0,43	0,48
D. U. E. / 1.000 hab.	5,01	5,65
Matronas / 1.000 hab.	0,16	0,12
Fisioterapeutas / 1.000 hab.	0,04	0,12

Tabla V. Relación de profesionales sanitarios colegiados por habitante.

- **Mantiene una gran actividad asistencial.**

Según la memoria del SESPA de 2002, la actividad anual en Atención primaria era de 5,6 millones de consultas en medicina general, más de 561 mil consultas de pediatría y 3,4 millones de consultas de enfermería. La frecuentación alcanzó la cifra de 6 consultas / habitante / año en medicina de familia; 6,1 en pediatría; y 3,0 en enfermería.

En Atención Especializada en el año 2002 se llevaron a cabo 37.326 ingresos programados y 69.316 ingresos urgentes (71,7%). Las estancias totales alcanzaron la cifra de 841.794. Se realizaron 1.509.936 consultas externas (un 31% de ellas primeras consultas). Como actividad ambulatoria en los hospitales de la red del SESPA en el año 2002 se realizaron 38.824 tratamientos en hospital de día.

En el año 2002 se realizaron 63.881 intervenciones, un 37% de ellas de carácter ambulatorio, y un 21% del total de carácter urgente. Se efectuaron 187 transplantes (58 de riñón, 34 de córnea, 18 de corazón, 28 de hígado y 49 de médula ósea). Se produjeron 5.959 partos hospitalarios de los que 4.747 fueron partos vaginales y 1239 cesáreas.

## Retos del sistema sanitario asturiano

### ▪ La sostenibilidad.

El presupuesto total del Sistema Sanitario Público de Asturias es el que surgió tras la negociación de las transferencias sanitarias en 2001 y que fue de 156.012 millones de las antiguas pesetas, con los incrementos que por ley se le vayan aplicando año a año. En la tabla VI puede verse el gasto sanitario de las distintas autonomías correspondiente a 2001, a destacar que el gasto por habitante más alto de España corresponde a Asturias:

Comunidad Autónoma	Total en miles de €	Por habitante en €
Asturias	1.014.899	943,80
Aragón	1.090.837	909,22
País Vasco	1.887.763	898,30
Navarra	498.509	896,18
Cantabria	480.827	894,39
Castilla la Mancha	1.512.089	861,56
Castilla León	2.103.542	848,40
Rioja	229.090	847,23
Murcia	980.000	823,27
Canarias	1.449.627	813,77
Extremadura	856.367	807,14
Galicia	2.189.427	801,13
Cataluña	5.089.000	799,99
Comunidad Valenciana	3.293.061	783,58
Madrid	4.207.000	783,07
Andalucía	5.655.948	763,91
Baleares	661.113	752,44

Tabla VI. Gasto sanitario por habitante de las diferentes CCAA

El Presupuesto de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios para 2004 asciende a 1.107.653.701 €, lo que supone un 35,58% del presupuesto total del Principado de

Asturias. Sin embargo estas grandes cifras y presupuestos exigen más que nunca optimizar el equilibrio aún cuando la relación recursos y demandas es desigual a favor de éstas últimas.

El presupuesto del SESPA es de 1.051.743.864 € Los costes de personal representan el 47,6%, las inversiones el 1,43% y los gastos de farmacia más de la cuarta parte del presupuesto.

En lo que se refiere al gasto farmacéutico los datos referentes a los primeros 9 meses de 2003 no son nada favorables, pues se han gastado 189 millones de € lo que supone un incremento acumulado del gasto 2002/2003 del 11,53%. El incremento del gasto medio por receta acumulado en los últimos doce meses (septiembre 2002 y septiembre 2003) es del 6,37%.

- **La calidad**

La adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud y la vinculación de su personal suponen uno de los mayores retos a alcanzar. Muchas de las acciones que se proponen en el Plan de Salud persiguen en su desarrollo aumentar la calidad del servicio que reciben los usuarios, entendiendo calidad como un concepto más amplio que el meramente asistencial o clínico.

El Barómetro Sanitario es una encuesta periódica de satisfacción que aporta información adicional actualizada. En los datos de mayo de 2003 destaca que la mitad de los asturianos piensan que la Sanidad funciona bien pero que necesita algunos cambios. En general prefieren contratar más personal antes que mejorar las instalaciones. Igualmente prefieren mejorar la calidad antes que aumentar el número de prestaciones.

- **Dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía.**

Si bien la mayoría de los asturianos tienen una opinión favorable respecto a la atención primaria de salud, un 30% opina que hay que esperar mucho para ser atendido; un 8% cree que no recibe información adecuada; otro 8% piensa que los profesionales no transmiten confianza y seguridad; un 7% afirma que no se les atiende el mismo día que pide la cita y otro 7% cree que las instalaciones no son cómodas.

También se señalan algunos aspectos mejorables en la atención especializada: el 43% de los asturianos cree que hay que esperar mucho para ser intervenido; un 33% opina que la consulta está lejos de su domicilio; el 32% dice que hay que esperar mucho para ser atendido; otro 32% refiere que no es fácil conseguir consulta; un 22% manifiesta que no es posible obtener cita para una segunda opinión y un 17% siente que los profesionales no intercambian información sobre los pacientes.

Los problemas que más preocupan a los ciudadanos de Asturias, según el barómetro sanitario de 2003, son: Las listas de espera al 69% de los encuestados, la falta de personal al 20,5% y el trato recibido al 12.5%. Otros aspectos destacados en los grupos focales participantes en el Plan de Salud fueron: La continuidad en la atención, la accesibilidad al sistema, la falta de tiempo que el profesional puede dedicarle al paciente especialmente en Atención Primaria, la calidad y la calidez en el trato, la participación del paciente en la toma de decisiones y la coordinación entre profesionales.

- **La rigidez y burocratización del sistema.**

Según la ESU de septiembre de 2003 el 13,1% de los pacientes de atención primaria considera difícil o muy difícil resolver los trámites burocráticos cuando lo necesita.

Actualmente el rosario de normas legales internas y el abanico tan amplio de situaciones laborales junto con un grado crónico de pereza por la innovación en la gestión son un caldo de cultivo favorable a la rigidez del sistema sanitario y a un deficiente uso de los recursos existentes. Sería aconsejable una desburocratización en todos los niveles de gestión, dotar de mayor autonomía a las estructuras periféricas del sistema sanitario e

impulsar una gestión basada en el uso eficiente de los recursos pero donde la innovación y el riesgo no se vean como cualidades proscritas.

#### Iniciativa 54:

#### REVITALIZANDO EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO BASE DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE.

La asociación entre la eficiencia del sistema sanitario y una atención primaria robusta y consistente ha sido suficientemente argumentada por autores de la relevancia de Bárbara Starfield. Asturias fue pionera en el proceso de reforma de la atención primaria iniciado en los años ochenta con la aprobación del mapa sanitario. Como se ha referido anteriormente, en la actualidad un 93,2% de la población asturiana es atendida por un EAP y un 98,4% de las Zonas Básicas de Salud tienen un EAP.

Hasta no hace mucho tiempo, el nivel primario de atención se prestaba en los antiguos ambulatorios, estructuras donde la actividad burocrática prevalecía sobre la asistencial y continuamente se cuestionaba su capacidad de resolución de los problemas. La reforma de la atención primaria supuso un cambio de orientación del sistema. Se pasó de una atención basada exclusivamente en la demanda del usuario a disponer de un amplio catálogo de servicios entre los que se encuentran los programas de salud para las enfermedades de alta prevalencia, atención domiciliaria, atención urgente y actividades de prevención y promoción. El aumento de recursos y del tiempo de dedicación de los profesionales, la implantación de una nueva cultura de trabajo y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria fueron los mecanismos que hicieron ese cambio posible.

Hoy la Atención Primaria de Salud, lejos de triunfalismos, debe consolidarse como la puerta de entrada al Sistema Sanitario. Pero no sólo la entrada, sino también la guía a través de todo el proceso asistencial. Es necesario reafirmarse en esta declaración para seguir considerando la atención primaria como elemento estratégico para la salud del ciudadano. Desde este Plan de Salud se propone ser radicalmente exigente con los niveles de calidad que se prestan en atención primaria y hacer bandera de la excelencia asistencial. En España la reforma de la atención primaria ha supuesto un incremento muy moderado del gasto, mucho menor que en otras partes del sistema. Así, mientras el gasto sanitario público



creció un 40% entre 1991 y 1996, el porcentaje del gasto en atención primaria sobre el total se redujo ligeramente del 16,9% al 16,2% (ministerio de Sanidad y Consumo 1999). La caída en los periodos 2000-2001 de los gastos de personal de atención primaria del 29,6% al 28,9%, frente al incremento de los mismos en atención especializada (Memoria SESPA) no son acordes con la enorme presión asistencial que sufren buena parte de los centros de salud. Tal y como se señaló en el capítulo anterior, el tiempo dedicado a cada paciente por su médico de familia es uno de los motivos que menos satisfacción origina en los ciudadanos,

La atención primaria no puede perder capacidad de respuesta ante cualquier situación, y precisa dotarse de medios y de una filosofía de trabajo donde se tengan en cuenta las dificultades de acceso de los ciudadanos por motivos de salud, laborales o por cualquiera otro. Debe ser fiable, con capacidad para realizar el servicio de forma correcta y que cumpla lo que promete. Esta cualidad incluye coherencia en la información, consistencia de sus actuaciones, atención puntual y respeto a la capacidad de decisión del paciente. Debe mostrar un interés real por conocer y comprender a sus usuarios y sus necesidades, ofrecerles tiempo y dedicación (incluye calidad del tiempo y no tener prisa). Tendrá una adecuada competencia técnica acompañada de cortesía, sensación de seguridad, credibilidad y confidencialidad y seguirá a sus usuarios a lo largo del tiempo. Esta dimensión, la longitudinalidad y la continuidad, es una de las más apreciadas por los ciudadanos.

Para conseguir que lo referido impregne la Atención Primaria no sólo es cuestión de mejorar procesos desde el punto de vista racional o técnico, es necesario que se acompañe de algo sutil y emocional. Y desarrollar y hacer explícito ese compromiso requiere una herramienta muy valorada por los profesionales de atención primaria: el tiempo. Se sabe que a medida que disminuye el tiempo de consulta aumenta el riesgo de error, la insatisfacción del usuario, la educación sanitaria no es tan efectiva, la información se asimila peor y hay mayor gasto en fármacos, solicitud de pruebas diagnósticas y número de derivaciones al segundo nivel. Disponer de un tiempo adecuado para desarrollar con dignidad las funciones encomendadas se convierte en un elemento clave para llevar a cabo una actividad asistencial satisfactoria para usuarios y profesionales.

Acciones a considerar:

- ◆ Crear los EAP necesarios hasta cubrir al 100% de la población.
- ◆ Incrementar los tiempos clínicos de dedicación al paciente en Atención Primaria a través de medidas estructurales y reorientación en la organización y funciones de los miembros de sus equipos.
- ◆ Desburocratizar la consulta médica mediante la simplificación y optimización de sus procesos, desplazando labores burocráticas al nivel administrativo correspondiente.
- ◆ Desarrollar los procesos de enfermería: Fomentar la atención domiciliaria en pacientes crónicos, convalecientes y terminales, con los medios adecuados para proporcionar una atención sanitaria integral.
- ◆ Corresponsabilizar a todos los profesionales de atención primaria de los procesos asistenciales mediante la implantación de un modelo de gestión por procesos.
- ◆ Adecuar los presupuestos en atención primaria a su peso teórico en el sistema sanitario.

Iniciativa 55:

OPTIMIZANDO EL DESARROLLO Y ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN A LAS NECESIDADES DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Las organizaciones sanitarias y la medicina en particular se basan en la gestión del conocimiento, por lo que la información es un valor estratégico. La mejora que el desarrollo de las nuevas tecnologías de información puede deparar a las diversas prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos es su principal argumento. El almacenamiento y ágil procesamiento de la información posibilita un seguimiento simultáneo por diferentes profesionales y la inmediatez temporal en la relación médico-paciente cuando no es posible la asistencia presencial, o es innecesaria o más costosa. Otras ventajas añadidas son la mejora de los flujos de gestión y control, la posibilidad de establecer vías o canales de comunicación reales entre todos los agentes participantes y entre diferentes ámbitos estatales e incluso internacionales.

Las tecnologías de la información son herramientas al servicio de la organización para mejorar la asistencia. Deben ser capaces de dar respuesta a las necesidades actuales y futuras. Los conocimientos científicos crecen a un ritmo exponencial, cada vez es más necesario acceder a múltiples fuentes de

información y a buscarlas selectivamente. Las necesidades de gestión obligan a una mayor disponibilidad de la información, con distintos niveles de agregación, más fiable, precisa y orientada a la toma de decisiones. Los ciudadanos son cada vez más exigentes, tienen acceso a información sanitaria de primera mano y quieren ejercer su capacidad de elección. Se valora la rapidez y comodidad en la resolución de problemas. La movilidad geográfica de los ciudadanos y la accesibilidad a los servicios fuera de su ámbito de residencia hace necesario disponer de forma remota de su información clínica como garantía de continuidad de la atención. Los profesionales esperan que los sistemas de información sean instrumentos útiles para su trabajo, que eliminen o simplifiquen trámites administrativos, que agilicen la relación médico-paciente, que les permita acceder a información estructurada sobre el paciente. Los gestores precisan información que dé una visión global, agregada, basada en indicadores de calidad, económicos, de eficiencia y satisfacción. Es decir precisan disponer de datos que les permita conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos y sirva de base para adoptar decisiones. Satisfacer las necesidades que se han comentado son algunos de los retos pendientes a los que se enfrenta la puesta a punto de los sistemas de información en nuestra comunidad.

Actualmente los sistemas de información han iniciado su andadura hacia la descentralización, es decir, hacia el lugar donde reside el encuentro entre los profesionales sanitarios y los usuarios, su lugar natural. La informatización de los centros de salud, el acceso a Internet, y la mejora de procesos de gestión esenciales son sólo algunas de las buenas señales que en este sentido el sistema sanitario asturiano ha emprendido en los últimos años.

No obstante se precisa acometer una ineludible e inaplazable tarea, la de desarrollar un sistema de información que realmente pueda medir con fiabilidad los productos, costes y resultados de la actividad asistencial y de gestión. Es necesario orientar los sistemas de información a la gestión de la calidad y de la no-calidad para poder gestionar “lo conocido”. No se puede gestionar lo que no se puede medir. El poder analizar los estándares de calidad con rigor es la base, y requisito imprescindible de la contratación de servicios, de la autorregulación y del autocontrol de los profesionales. La falta de un sistema de información adecuado impide medir los niveles de calidad acordados y genera gran parte del gasto incontrolado.

La informatización de centros y consultas en España ha avanzado a paso desigual. Se han producido sonoros fracasos (SICAP, TAIR) y progresos reseñables. En Asturias el 100% de las consultas de atención primaria adscritas a los centros de salud se han informatizado. La aplicación elegida en atención primaria es OMI-AP y supone poner a disposición de los profesionales una herramienta de gestión y de información con grandes posibilidades de desarrollo. Ha simplificado procedimientos comunes tales como la gestión de las agendas, la emisión de recetas y partes de incapacidad laboral, la petición de pruebas diagnósticas, etc. Está pendiente la compatibilidad con aplicaciones del ámbito hospitalario permitiendo el acceso bidireccional a información relevante.

Acciones a considerar:

- ◆ Desarrollar los medios (red de comunicaciones y centro de gestión de servicios corporativos, establecimiento de estándares y elaboración de un plan integral de sistemas información) para implantar plataformas tecnológicas compatibles entre que permita:
  - Unificar la Historia Clínica en los dos niveles asistenciales.
  - Posibilitar el acceso en tiempo real a los resultados de las pruebas diagnósticas.
  - Establecer mecanismos que mantengan informados a los profesionales de la actividad que realizan y los costes ligados a sus decisiones clínicas (interconsultas, uso de fármacos, etc).
- ◆ Diseñar para cada proceso asistencial un conjunto de indicadores sensibles y fáciles de obtener de forma que permita consensuar objetivos de calidad y su monitorización.
- ◆ Crear e impulsar comités de mejora continua de la calidad encargados de elaborar los indicadores necesarios para monitorizar la evolución de los servicios contratados.

### Iniciativa 56:

#### FOMENTANDO LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE TAL FORMA QUE SE GARANTICE LA CONTINUIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

La coordinación e integración de los dos niveles asistenciales y, sobre todo, entre asistencia sanitaria y sociosanitaria es un elemento clave para obtener mejores resultados en términos de salud y bienestar. Los ciudadanos deberían ser tratados como un todo, sin fragmentaciones ni discontinuidades debido a su patología o a las peculiaridades de la organización. La ruptura en la continuidad de la atención sigue siendo una asignatura pendiente y uno de los retos más importantes de cualquier sistema sanitario. Según los resultados de la Encuesta de Salud para Asturias y la opinión de los grupos focales del Plan de Salud, la descoordinación asistencial es un relevante motivo de preocupación e insatisfacción sanitaria.

Sobre el tapete las dificultades para mejorar la coordinación entre ambos niveles no son pocas. La desconfianza entre especialistas y médicos de familia, la retención excesiva de pacientes en los circuitos hospitalarios, la ubicación monopolística de la tecnología en el nivel especializado, el desconocimiento de lo que es la atención primaria a nivel secundario, la idealización de la población hacia los medios de alta tecnología... son algunos de los obstáculos a superar.

El médico de familia ocupa una posición clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial, y sin embargo nuestro sistema continúa basculando hacia la atención hospitalaria, es decir, el papel de la atención primaria no tiene suficiente reflejo en la importancia que se le concede en todo el sistema. Si no se recupera el reconocimiento de las funciones de la atención primaria dentro del sistema, la amplitud de los criterios de derivación conllevará por exceso un colapso del segundo nivel y por defecto la posibilidad de negar a los enfermos que lo necesiten una asistencia especializada. Según el Informe SESPAS 2002 la idea clave es “converger”, en lugar de coordinar. Se trata de eliminar las barreras administrativas, acercar la prestación de servicios y la gestión y potenciar las acciones a nivel local.

Acciones a considerar:

- ◆ Establecer una circulación fluida de los informes clínicos de calidad en ambos sentidos.
- ◆ Coordinar las altas hospitalarias con notificación y seguimiento desde Atención Especializada hacia Atención Primaria.
- ◆ Promover y extender la continuidad de los cuidados de enfermería mediante la implantación en todas las áreas del Informe de Enfermería al Alta o el Plan de Cuidados en un informe único.
- ◆ Estimular la creación de foros de encuentro entre profesionales de ambos niveles asistenciales mediante sesiones conjuntas e interconsultas docentes con reflejo en los futuros Contratos Sanitarios y estimular las rotaciones de profesionales por distintos ámbitos asistenciales.
- ◆ Propiciar encuentros por parte de la administración entre Coordinadores de los centros de salud y Jefes de Servicio de los hospitales de referencia donde se incluyan aspectos de la organización asistencial.

Iniciativa 57:

ADOPTANDO LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS CONTRATOS PROGRAMA COMO HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DIRIGIDAS A LA EVALUACIÓN REAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y A LAS NECESIDADES DE SALUD PRIORITARIAS DE LA POBLACIÓN ASTURIANA.

La definición de la cartera servicios significó una inflexión en el proceso de mejora de la gestión de los servicios sanitarios en España. Surge de la interacción entre las demandas de los usuarios como consumidores y un contexto limitado en los recursos. Inicialmente parte de las actividades que debían realizar los profesionales de salud, se agrupan y trasladan a los servicios que constituyen la cartera según unos determinados criterios. Más adelante se cuantifican aspectos de “cómo” se realizan dichos servicios y surgen las normas técnicas mínimas, como elementos de adecuación de lo que mínimamente se debía efectuar en cada programa o servicio.

La realidad mira a otro lado: la mayoría de los profesionales no se sienten implicados en la evaluación de la cobertura de los servicios incluidos en la cartera de servicios y el grado de cumplimiento

de las normas técnicas mínimas. Se percibe como algo ajeno al desempeño diario y que sólo tiene su justificación en la “cuenta de resultados de las gerencias” ante sus superiores (¿se cumplió el contrato-programa?) y en la objetivación necesaria para poder facilitar la percepción de incentivos.

El Plan de Salud apuesta por la Cartera de Servicios y el Contrato-Programa como elementos de aplicación priorizada de las políticas de salud contenidas en sus áreas estratégicas. En desagravio de las pocas simpatías que la cartera de servicios despierta se propone corregir su uso como herramienta de gestión, así debería recoger la mayor parte de la actividad de los profesionales, “no sólo lo que toca”, deberían incluirse la voz y sentir de los profesionales para conocer y debatir con ellos lo que se hace, cómo se hace y qué recursos se precisan para ello. La clave de su éxito estriba en su aplicación por parte de los profesionales y mantener una continua revisión y adecuación a las necesidades de los usuarios.

Se trata, en fin, de consolidar una herramienta que, mejorada, puede medir de forma homogénea la actividad, puede impulsar la historia clínica como soporte de la calidad asistencial y desarrollar un lenguaje común entre gestores y clínicos.

En Asturias los Contratos-Programa se llevan a cabo según criterios de cobertura de la población en Atención Primaria y según criterios de actividad y procesos atendidos en Atención Especializada.

Acciones a considerar:

- ◆ Orientar las Carteras de Servicios según la definición de objetivos e iniciativas recogidas en el Plan de Salud para Asturias y en las Estrategias de Calidad a través del Contrato-Programa como vehículo para ganar salud en Asturias. Es necesario consensuar con los profesionales de salud qué es lo que se evalúa y por qué.
- ◆ Configurar y delimitar las acciones y medidas adoptadas para alcanzar dichos objetivos siguiendo las estrategias formuladas en el Plan de Salud y su aceptabilidad social y profesional.
- ◆ Descentralizar la capacidad de gestión de los centros alcanzando una mayor implicación de los profesionales.

- ◆ Orientar los sistemas de información de forma que midan, cuantifiquen, evalúen e integren actividad, calidad y costes de los procesos asistenciales.



## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 17: Implicar a los profesionales.**

Los profesionales son el principal activo de las organizaciones sanitarias, sin embargo no siempre han recibido el reconocimiento a su trabajo, compromiso y participación. Ellos son quienes hacen posible la calidad y la eficiencia, quienes, mejor que nadie, pueden aportar su experiencia y conocimiento en la búsqueda de soluciones para afrontar nuevos retos. El logro de los objetivos que se plantean en el Plan de Salud pasa por sus trabajadores, por promover el desarrollo integral de los profesionales de la salud y respetar su autonomía profesional y su código ético, en el marco de una legítima dirección política y de gestión.

El reconocimiento profesional y la satisfacción de los profesionales deben constituir una línea estratégica en nuestra organización sanitaria. No se puede obviar que el instrumento clave del funcionamiento de los servicios sanitarios es que quien los provee desempeñe su trabajo persiguiendo unos estándares de calidad que aporten la mayor salud, calidad de vida y satisfacción posible a los usuarios y con ello consiga las más altas cotas de satisfacción profesional. El desarrollo de las Estrategias de Calidad y el Plan Estratégico del SESPA son buenas oportunidades para incidir favorablemente en muchos de los factores relacionados con la calidad asistencial ofertada y la satisfacción profesional.

Las fórmulas de reconocimiento y satisfacción profesional no son sinónimo exclusivamente de mejora de los niveles retributivos. No son necesarias grandes dosis de imaginación para descubrir nuevos elementos motivadores, se necesita tan sólo aplicar a la rutina iniciativas y voluntad para mejorar la vida profesional. Las opiniones de los profesionales son indispensables en el desarrollo de nuevos instrumentos de mejora. Un beneficio añadido a la participación reflexiva de los profesionales sanitarios es la posibilidad de favorecer la emigración “de un saber a un querer”: el cambio deseado. Si éste se produce desde dentro todo el proceso es más consistente y creíble, se favorecen nuevas movilizaciones y se adquiere una visión estratégica de los problemas de salud y de gestión.

Tal y como se ha señalado, la ampliación de la oferta de servicios sanitarios, la mejora de la accesibilidad y la optimización de recursos debe ser dialogada y debe acompañarse de medidas que fomenten la motivación intrínseca y extrínseca. Nuestros mejores profesionales demandan una

armonización de las retribuciones en función de la cantidad y calidad de su trabajo, reivindican mayores expectativas de promoción y reconocimiento profesional por parte de la organización, mejoras en el ambiente laboral, coordinación de sus centros de trabajo, más autonomía y mejores condiciones de trabajo en el ejercicio de su profesión. Una política basada en el “café para todos” es el mejor ejemplo de inequidad en el trato de las mejores prácticas.

#### Iniciativa 58:

DESARROLLANDO E IMPLANTANDO UN MODELO DE CARRERA PROFESIONAL QUE MOTIVE, IMPLIQUE E INCENTIVE A TODOS LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

La carrera profesional es algo de lo que se ha venido hablando desde hace tiempo. Su concepto ya se recoge en el anteproyecto del Estatuto Marco de Instituciones Sanitarias de 1987 (¡hace 16 años!) y la Comisión Abril de 1991 propone el establecimiento de “sistemas de valoración del desempeño y de desarrollo profesional (carrera profesional)”. Las opiniones son unánimes: es necesario su desarrollo. Los hechos también: apenas se ha hecho nada al respecto. En este momento ya se han aprobado tanto la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) como el Estatuto Marco, normas que regularán el ejercicio profesional de los más de 600.000 profesionales sanitarios que prestan su servicio en el Sistema Nacional de Salud. Los principales aspectos objeto de discusión atañen a la financiación y al ámbito competencial de las comunidades autónomas.

Cualquier organización debe preocuparse de fomentar la implicación y el compromiso de los profesionales en su trabajo mediante el reconocimiento de su personal. La búsqueda de elementos de motivación de los profesionales, las mejoras en las condiciones de trabajo, tanto en su vertiente retributiva como no retributiva, redundan en una mejora de la atención a los usuarios. Se requiere un sistema de acreditación continua y de reconocimiento que mantenga la motivación de los trabajadores, promueva su desarrollo y estimule su dedicación profesional.

No se pueden obviar las dificultades para la implantación de la carrera profesional. Se precisa voluntad, consenso político y disponibilidad presupuestaria. Se requiere reglamentar los instrumentos, procedimientos y competencias en la acreditación, evaluación y certificación de méritos.

Acciones a considerar:

- ◆ Adecuar el modelo de carrera profesional a la Ley de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias. Se valorará la experiencia, la formación y los méritos ligados a la asistencia, docencia e investigación para reconocer la cualificación profesional e incentivar a los profesionales.
- ◆ Establecer mecanismos de acreditación profesional dialogando con los organismos profesionales y científicos representativos y en colaboración con los responsables médicos de los centros sanitarios.
- ◆ Promover, mediante el reconocimiento y la motivación del personal, la implicación de los profesionales con la organización.
- ◆ Facilitar la movilidad de los profesionales entre áreas de trabajo diferentes.
- ◆ Fomentar la puesta en marcha de acciones formativas, docentes y de investigación a todos los profesionales.

Iniciativa 59:

IMPREGNANDO EL PLAN DE FORMACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CONTENIDOS QUE TENGAN EN CUENTA DE MANERA PREFERENTE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

La formación continuada de los profesionales es un instrumento básico para el mantenimiento de la competencia y el desempeño en la provisión de servicios. La actualización de conocimientos y competencias debería contemplarse como una cuestión ética para el profesional y estratégica para la organización para acercarse a la excelencia profesional. Influye asimismo en la satisfacción de sentirse competente, prestar un servicio de calidad y saberse valorado por los compañeros.

El sistema de formación de los profesionales debe estar ligado a la utilización de los recursos disponibles y la resolución de los problemas, debe ser motivador y garantizar el acceso a todos los profesionales. Por otra parte es ineludible disponer de un sistema de evaluación de las actividades, su pertinencia y el impacto que tienen sobre los cuidados de la población.

El Programa de Formación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios denominado **Formación en Salud – gcSalud** – es una herramienta dirigida a los casi trece mil trabajadores de la sanidad asturiana que busca crear, compartir conocimiento y difundir una cultura de mejora continua de los servicios que se ofrecen y de los profesionales en su faceta técnica y humana. Se configura como una estrategia integral de gestión del conocimiento para el sistema sanitario asturiano y persigue dar coherencia a todos los esfuerzos que en este tema se hacen desde diferentes ámbitos administrativos. El Programa está estructurado en diez líneas de trabajo que pretenden cubrir las necesidades formativas o de actualización en aquellas áreas donde es más necesario. Durante 2003 se ofrecen 9302 plazas en 159 cursos y 363 ediciones enmarcadas en las áreas de sostenibilidad, satisfacción, seguridad, transparencia, comunicación, efectividad, integridad, continuidad, cooperación y pertenencia. Estas cifras suponen 8,7 horas al año de formación por profesional sanitario.

Acciones a considerar:

- ◆ Incorporar a la estrategia “gcSalud” aquellas parcelas derivadas de las necesidades de formación contempladas en el Plan de Salud y en las Estrategias de Calidad de los Servicios Sanitarios.
- ◆ Reconocer la formación acreditada como mérito en el baremo de contratación del SESPA.
- ◆ Desarrollar las competencias profesionales potenciando el desarrollo, la carrera profesional y la acreditación.
- ◆ Facilitar con ayudas económicas estancias breves de carácter formativo en otras instituciones.
- ◆ Diseñar e implantar mecanismos y herramientas que faciliten la difusión del conocimiento generado por el propio sistema sanitario.

### Iniciativa 60:

#### DESARROLLANDO UNA POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ACORDE CON LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y CON LAS INQUIETUDES DE LOS PROFESIONALES.

En Salud XXI la OMS formula en su objetivo 19 “Para el año 2005, todos los estados miembros deberán contar con unos sistemas de comunicación e información y con una investigación sanitaria que facilite la adquisición, la utilización efectiva y la divulgación de los conocimientos necesarios para la aplicación de los principios de salud para todos”.

Según el Informe SESPAS 2000 no se ha alcanzado el desarrollo mínimo relativo a la investigación sobre salud y los servicios sanitarios. Las referencias a la investigación en los planes de salud de las CC.AA apenas ocupan unas líneas remarcando la necesidad de investigar la magnitud y características de los problemas de salud.

En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, uno de los compromisos recogidos en el documento “Mejorando la salud”, de 1995 es: “establecer grandes áreas de investigación de salud de interés prioritario en Asturias”. Esta formulación sigue vigente y se proponen áreas prioritarias de investigación:

- 1- Enfermedades que en Asturias causan más pérdida de años potenciales de vida en salud.
- 2- Estilos de vida y su relación con la salud.
- 3- Desigualdades e inequidad en salud.
- 4- Evaluación de servicios sanitarios y nuevas tecnologías.

En los años 1998, 1999 y 2000 se aprobaron por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) 552 proyectos de investigación en las comisiones de epidemiología y salud pública, la de servicios de salud y las educación, sociología de la salud y bioética. El número de proyectos aprobados descendió a lo largo de los tres años: se pasó de 227 a 145 y lo mismo sucedió con el dinero concedido; en 1998 se otorgaron 683 millones de pesetas y en el 2000 fueron 405 millones de pesetas.

Por CC.AA destacan los 200 proyectos de Cataluña, 100 de Madrid y 71 de Andalucía frente a los 12 de Asturias. A nivel presupuestario, en Asturias los doce proyectos se tradujeron en ayudas por valor de 52,2 millones de pesetas. Lo más relevante, sin embargo es el descenso en los presupuestos concedidos a proyectos asturianos a lo largo de los últimos años.

Acciones a considerar:

- ◆ Fomentar una cultura de investigación en salud en Asturias a través de:
  - Apoyar y promover grupos de excelencia investigadora del Principado de Asturias, haciendo especial hincapié en los que, bien a través de las ciencias básicas o aplicadas, inciden en áreas prioritarias del Plan de Salud.
  - Estimular y financiar la creación de grupos de investigación alrededor de líneas de investigación prioritarias en Asturias en los ámbitos de Atención Primaria y Atención Especializada.
  - Aumentar la participación de proyectos asturianos en el campo de la salud en el Fondo de Investigación Sanitaria.
  - Estimular objetivos de investigación en el contrato-programa con las Áreas de Salud y con los hospitales.
- ◆ Diseñar una política de investigación con fines concretos y específicos sobre la base de los valores de “Salud para todos” de la OMS. Se favorecerá el desarrollo de líneas de investigación que traten de dar respuestas a los principales problemas de salud en Asturias.
- ◆ Desarrollar un plan de formación en la gestión de la investigación y en la adquisición de habilidades y herramientas básicas y avanzadas para llevar adelante un proyecto de investigación.
- ◆ Facilitar la comunicación y la cooperación entre la comunidad científica y la autoridad sanitaria en relación con la aplicación, difusión y sensibilización ante los resultados en salud.

## **LÍNEA DE ACTUACIÓN N° 18: Mirar al futuro.**

Existe una opinión casi unánime en todos los protagonistas que configuran el encuentro sistema sanitario-sociedad: urge un cambio para no poner en peligro un acceso a la salud suficiente para conservar la vida, con una calidad aceptable y con capacidad para poder desarrollar el potencial humano. Un cambio que habrá de afectar a ciudadanos, profesionales y a la forma de gestión de lo público.

El entorno socioeconómico presente nos apunta a un futuro muy próximo donde contener el crecimiento del gasto sanitario será no sólo un problema de ajuste contable, sino una cuestión de supervivencia, de ética y de formalización de procesos que valoren coste e impacto en salud de las diferentes intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Esta reflexión surge al hilo de preguntas como: ¿Hasta dónde podemos mantener un incremento del gasto sanitario por encima del crecimiento de la economía? ¿A expensas de qué lo hace? ¿Qué conseguimos a cambio de este gasto?

Si miramos hacia atrás se aprecian algunos factores que han contribuido al aumento del gasto, pero lejos de ser motivo de sonrojo deberían serlo de orgullo para quienes han contribuido a ello: la ampliación de cobertura, el mayor número de prestaciones, la innovación tecnológica cuando supone mejores tratamientos y mayores posibilidades diagnósticas, disponer de más profesionales y mejor preparados, el envejecimiento de la población, un mejor control de algunas enfermedades, etc. Todos ellos son el fruto de políticas redistributivas y no debe olvidarse este esfuerzo. Sin embargo, mirar al futuro requiere una reflexión donde no se rehuya valorar el coste de oportunidad de las diferentes alternativas de intervención y precisar en términos de años de vida ganados ajustados por calidad pero sin perder de vista la satisfacción social como piedra angular. A buen seguro se requerirán medidas por ambos lados, oferta y demanda, que puedan contribuir a una contención del gasto sin mermar la calidad de los servicios. Y es en este punto donde no podemos claudicar porque calidad en la atención puede y debe conjugarse con futuro. Implica aceptar los análisis de evaluación económica como imprescindible herramienta de trabajo pero sin dejar de preguntarnos si estamos haciendo las cosas correctas, de forma correcta, en el momento adecuado, en el sitio apropiado y con buenos resultados. Todo esto sin aumentar la brecha entre demandas sociales y recursos económicos para los cuidados de salud.

Algunos de los ajustes señalados por diferentes autores en esa reorientación de esfuerzos que precisa todo sistema sanitario pasan por otorgar una mayor importancia a la prevención primaria y secundaria. Asimismo se necesitan objetivos precisos en salud y su traducción a planes de servicios, medibles e incentivables: medios y coherencia son los requisitos para impactar positivamente en la salud.

El Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos ya señaló en las conclusiones del grupo de expertos que “la gestión sanitaria pública debe tomar como punto de partida las necesidades de salud de la población (Plan de Salud). Dicho plan deberá ser capaz de informar adecuadamente sobre la toma de decisiones por las autoridades sanitarias con competencias en la asignación de recursos.”

#### Iniciativa 61:

IMPULSANDO Y MANTENIENDO LA CULTURA DE LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD QUE SE DERIVA DE LOS OBJETIVOS DE LAS ESTRATEGIAS DE CALIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

La mejora continua de la atención debe incorporarse al proyecto asistencial de cualquier servicio clínico. La estrategia para su implantación y desarrollo tiene que ser progresiva y participativa, es un valor que no puede ser impuesto. Se precisan transformaciones en la organización de los servicios sanitarios y la primera de ellas es crear una nueva cultura donde las personas deseen y aporten lo mejor de sí mismas, una cultura donde los trabajadores se sientan propietarios del proceso y sientan la organización como propia. Para alcanzar esto es indispensable tener clara una visión de futuro y explicitar los valores que se comparten. Quizás sea ese el mayor reto de todos: articular una convergencia de valores ente ciudadanos, profesionales y gestores.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios a través de la Dirección de Organización de las Prestaciones Sanitarias fija sus principales retos en las políticas de calidad en los siguientes apartados: La eficiencia para la sostenibilidad, la excelencia en la calidad de los servicios, garantizar la continuidad de la asistencia y la mejora de las relaciones con el entorno.



Sin embargo, por muchos avances y mejoras que se produzcan en la organización de los servicios es condición necesaria que los profesionales quieran colaborar. Sin esta premisa todo está condenado al fracaso porque acaba en el cajón de los discursos vacíos y retóricos. La implicación de los profesionales en la reflexión y resolución de los problemas, y en la propuesta de medidas que aumenten la calidad del servicio es un elemento estratégico para superar estos obstáculos.

Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) son áreas prioritarias de intervención que, emanando del Plan de Salud, constituyen el núcleo de las Estrategias de Calidad de los Servicios Sanitarios. Definen problemas de salud de la población asturiana y plantean un proyecto de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los PCAI se centran en el paciente y su objetivo es prestar al ciudadano una atención excelente en el menor tiempo posible según los recursos disponibles. Implican la participación activa de profesionales desde su diseño hasta su implantación, requieren solidez científica a través de la revisión crítica de las evidencias y tienen una clara vocación transformadora en las organizaciones. Se persigue diseñar flujos de trabajo eficientes, alineados y funcionales, que contemplen la forma en que los ciudadanos esperan que sus necesidades sean resueltas. El hecho de tener una orientación al ciudadano facilita una sinergia de actuación que favorece la continua innovación y capacidad de respuesta a requerimientos presentes y futuros.

En su génesis los profesionales sanitarios y los pacientes detallaron aquellos aspectos que definen su marco de actuación y mejora en función de las diferentes dimensiones de la calidad (accesibilidad, continuidad, atención centrada en el paciente, efectividad en la práctica, seguridad y uso adecuado de recursos) y de los estadios de la enfermedad (mantener la salud, mejorar/curar la enfermedad, vivir con la enfermedad o discapacidad y afrontar el final de la vida). El abordaje de los PCAI es interdisciplinar y tiene la vocación de romper las barreras que entorpecen una atención global de los ciudadanos.

Acciones a considerar:

- ◆ Crear un clima en el sistema sanitario en el que las personas deseen y aporten lo mejor de sí mismas.
- ◆ Ejecución de las Estrategias de Calidad en los tres ejes básicos: Medición de indicadores, evaluación externa y organización de procesos.
- ◆ Promover la cultura de la calidad en todos los centros asistenciales desarrollando estructuras estables de calidad en todos los estamentos. Nombrar “propietarios” de los PCAI de forma tal que abarquen todo el ámbito de actuación del proceso.
- ◆ Desarrollar el programa de cada PCAI donde se incluyan elementos como la Guía de práctica de referencia, vías clínicas y mapas del proceso.
- ◆ Establecer los mecanismos para la implantación y desarrollo de un proceso de acreditación en calidad de centros y unidades.
- ◆ Aumentar la transparencia e información acerca de los centros sanitarios que cumplan los estándares relacionados con la organización, gestión y provisión de los servicios y prestaciones sanitarias.
- ◆ Establecer los dispositivos y herramientas para la evaluación de la mejora continua de la calidad.

Iniciativa 62:

ADOPTANDO UN MODELO DE ORGANIZACIÓN SANITARIA DESBUROCRATIZADA Y FLEXIBLE DONDE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES ESTÉN EN CONSONANCIA CON LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN GARANTIZANDO LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA.

Uno de los rasgos que ha caracterizado a nuestro sistema sanitario es su rigidez y su escasa capacidad de adaptación a un entorno social cada vez más dinámico y cambiante. En este escenario el riesgo de divorcio y tensiones entre las necesidades de la población y la limitación de los recursos existentes es muy alto si no se dispone de mecanismos que armonicen estas fuerzas.

En Asturias hay elementos diferenciales que explican parte de esa disfunción entre expectativas y recursos. Por un lado el cuidado de una población progresivamente envejecida acarrea mayores costes y

por el otro el disponer de una oferta tecnológica muy potente induce una demanda muy difícil de acotar en un contexto social de exigencias crecientes. Todo ello no debe ser óbice para, una vez garantizada la sostenibilidad del sistema, trabajar en aquellas medidas donde exista una relación conocida entre el recurso y su utilización real y los resultados para los pacientes. Uno de los peligros de la planificación basada en la demanda es confundir uso con demanda y obviar que una mayor oferta de servicios acarrea siempre una mayor utilización, aunque no tenga relación estricta con la necesidad. El final es un terreno donde los límites de la enfermedad (y los mecanismos precisos para atajarla) se extienden hasta llegar a definir como patológicos procesos fisiológicos del ser humano.

El Libro Blanco señala: *“la profundización en la coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada, la incorporación tecnológica de forma racional y ordenada, la implicación de los profesionales en las políticas de uso racional del medicamento y la mejora de los sistemas de información”* como algunas de las líneas estratégicas a seguir.

Respecto a las respuestas burocráticas del actual modelo de organización conviene señalar que la actividad sanitaria se justifica por la prestación de servicios clínicos a la ciudadanía. Es, pues, la actividad clínica la que genera burocracia pero jamás debería un paciente tomar contacto con el sistema sanitario por una cuestión burocrática. Lo contrario significa persistir en un modelo de gestión caduco y trasnochado. Debemos ser conscientes que los intereses de los ciudadanos van por otro lado aunque la gestión actual de papeles, requisitos y formalismos favorezcan las viejas costumbres y sea una losa para avanzar hacia una organización horizontal, innovadora, cooperativa y competente.

Acciones a considerar:

- ◆ Diseñar e implantar medidas que desarrollen un modelo de gestión funcional, orientado a los usuarios y a los procesos.
- ◆ Implantar el análisis y la mejora de los procesos asistenciales y burocráticos como herramienta esencial de gestión.
- ◆ Revisar y evaluar críticamente los circuitos administrativos de forma tal que se eliminen todos los pasos innecesarios que no aportan valor al proceso.
- ◆ Responsabilizar a cada nivel profesional de los registros que se derivan de su trabajo.

- ◆ Favorecer la gestión de cualquier proceso administrativo por correo o por teléfono. En ningún caso utilizar al paciente como mensajero o portador de registros entre emisor y receptor.
- ◆ Modificar los documentos que de forma innecesaria generan cargas de trabajo adicionales al sistema sanitario y que han sido concebidos para facilitar trámites a otros niveles administrativos, ej: recetas, partes de baja e incapacidad temporal, etc.

### Iniciativa 63:

PROMOVIENDO EN TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO CON DOS LÍNEAS FUNDAMENTALES: AUMENTANDO LA UTILIZACIÓN DE GENÉRICOS Y MEJORANDO LA PRESCRIPCIÓN EN LAS BOLSAS DE MAYOR INEFICIENCIA DEMOSTRADA.

La elevada frecuencia de uso de fármacos así como su amplio arraigo entre la población justifican la importancia que el medicamento tiene en los valores culturales y sociales de nuestro entorno. Su trascendencia se refuerza por el elevado interés económico que el mundo del medicamento genera y, como casi siempre, los protagonistas se posicionan de forma diferente: La Administración observa cómo año tras año se incrementa su factura poniendo en peligro otros elementos de la asistencia. La industria farmacéutica busca rentabilidad a sus inversiones y pone todos los medios a su alcance para lograrlo. La sociedad considera al medicamento como un bien innegociable. El médico prescriptor desea conservar su parcela de autonomía en el acto de prescribir medicamentos.

Cuantitativamente el medicamento es el recurso terapéutico más utilizado y, en consecuencia, el gasto farmacéutico es, después de los gastos de personal, el capítulo más importante de los recursos consumidos en los Sistemas de Salud. Su peso en el conjunto del gasto sanitario ha pasado en una década de ser del 18% a rebasar el 25%. Basta citar algunas cifras para la reflexión: El gasto farmacéutico en España creció en el año 2002 un 10%. Durante los primeros 9 meses de 2003 creció un 11,53% respecto al año pasado (se había marcado un techo del 9,5% para la sostenibilidad del sistema). El gasto medio anual acumulado por receta facturada supone un incremento del 6,37% respecto al año anterior.

Cualitativamente a nadie se le puede escapar la trascendencia de la selección correcta del fármaco que se prescribe para que solucione problemas y no los cause, incluyendo entre ellos no sólo la yatrogenia sino también el consumo innecesario. El término “uso racional” es demasiado abstracto para ser unidimensional, ya que incluye de forma simultánea aspectos farmacológicos, clínicos, sociales y económicos. Se puede poner el énfasis en la efectividad o en la eficiencia, en la seguridad o en el coste, lo que sí es cierto es que el creciente coste de la factura farmacéutica ha sido el principal motor de las políticas del uso racional del medicamento, incluidas, por supuesto, la promoción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).

La gestión de la prestación farmacéutica ha condicionado la adopción de diversas medidas tendentes a mejorar la calidad de la prestación y la gestión más eficiente de los recursos que incluso se han concretado en la fijación de objetivos de calidad y coste en los contratos-programa. Desde la introducción en 1997 de las primeras EFG se han implantado diferentes medidas para fomentar el uso de genéricos como el copago y la posibilidad de sustitución por EFG en el momento de la dispensación, mediante un sistema de precios de referencia. No obstante, la prescripción de genéricos se encuentra estancada en Asturias (apenas superó el 6% en el año 2002) y en nuestro país. En países de nuestro entorno (Reino Unido, Alemania, Dinamarca, Holanda) se alcanzan cuotas de mercado superiores al 30% e incluso al 50%. ¿Por qué esta disparidad? Como sucede con muchos fenómenos en salud, el efecto tiene muchas causas y la paternidad se debe repartir, desde la administración hasta los usuarios, pasando por la industria farmacéutica, las distribuidoras, los médicos y los farmacéuticos. Analizar todos los puntos de mejora no es el propósito de esta introducción pero sí se debe hacer un llamamiento riguroso a la industria farmacéutica y a su principal cliente, la administración pública para consensuar medidas concretas que tiendan a frenar un gasto farmacéutico que contribuye a poner contra las cuerdas la sostenibilidad del sistema. Así entendemos la corresponsabilidad en la factura farmacéutica, sobre todo cuando la presión farmacéutica para el consumo de sus productos es una de las razones que explican el gasto farmacéutico. Algunas de las medidas que la administración está llamada a tomar pasarían por establecer como referencia el precio más barato, disminuir la disparidad en los precios de los medicamentos con el mismo principio activo o diseñar una política de incentivos a los prescriptores no basada exclusivamente en aspectos económicos.

Acciones a considerar:

- ◆ Normalizar la terminología y clasificación de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en Asturias. Definir la metodología general de identificación, monitorización y resolución de PRMs.
- ◆ Realizar campañas de educación para la salud con mensajes colectivos e individuales orientados a: fomentar el uso adecuado de antibióticos, mejorar el cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas y modificar la percepción actual del proceso de adquisición de medicamentos por los pacientes recuperando la conciencia de que se trata de un acto de importante contenido sanitario.
- ◆ Fomentar la prescripción por principio activo en los dos niveles asistenciales incentivando a los médicos que hagan un mejor uso de los medicamentos.
- ◆ Extender el modelo de receta electrónica a todo el sistema asistencial.
- ◆ Regular la relación de la industria con los médicos prescriptores en el ámbito de la Atención Especializada y Primaria. Potenciar la visita colectiva de los visitadores médicos.
- ◆ Concienciar a la población sobre los problemas derivados de almacenar de forma innecesaria medicamentos en el domicilio, como fuente de automedicación inadecuada y de errores producidos por la caducidad.
- ◆ Elaborar e introducir una guía de prescripción farmacoterapéutica para Asturias (con acceso en línea integrada en OMI-AP) y evaluar sobre la base de esta guía el grado de eficiencia en la prescripción. Se hará especial hincapié en lo referente a política de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y protección gástrica, antidepresivos y ansiolíticos e hipnóticos.
- ◆ Fomentar en atención especializada el uso de EFG mediante la adquisición de genéricos por los servicios de farmacia hospitalaria, su prescripción en los servicios de urgencia y la presencia de EFG en los botiquines.
- ◆ Promover una información veraz en las oficinas de farmacia a los usuarios sobre las equivalencias de las EFG con el mismo fármaco bajo marca comercial.

#### Iniciativa 64:

DOTANDO DE FLEXIBILIDAD SUFICIENTE AL SISTEMA SANITARIO PARA PERMITIRLE ASUMIR Y ENRIQUECERSE CON AQUELLAS NUEVAS TECNOLOGÍAS QUE IMPLIQUEN UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CIUDADANOS Y DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

La introducción de nuevas tecnologías y procedimientos en el sistema sanitario es imparable. Otra cosa bien distinta es el grado de impacto en la salud de la comunidad y el coste asociado. Aunque hasta hace bien poco se asumía que cualquier nueva tecnología suponía un progreso científico de gran valor lo cierto es que los hechos han puesto esta afirmación en cuarentena. La gran variabilidad en la práctica clínica y el uso inapropiado de las nuevas herramientas tecnológicas (fármacos incluidos) justifican la necesidad, antes de su incorporación, de analizar y verificar que se ajusta a los criterios de eficiencia, equidad, resultados y coste mediante herramientas de evaluación tecnológica. El objetivo final de esta evaluación crítica es proveer información de ayuda a clínicos y pacientes para tomar la mejor decisión teniendo en cuenta la experiencia, las preferencias del paciente y la evidencia procedente de la mejor investigación clínica. La evaluación desde una perspectiva socioeconómica (minimización de costes, coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad) es de gran ayuda.

En el Reino Unido, Alemania y Austria se han llevado a cabo recientemente estudios prospectivos sobre el futuro de la innovación tecnológica en medicina y asistencia sanitaria. En sus análisis se priorizan las investigaciones sobre el cáncer y el cerebro. En otros aspectos la organización de la asistencia a los ancianos y a los enfermos crónicos cobra especial importancia, sobre todo en una comunidad como la asturiana donde el envejecimiento de la población adquiere un especial protagonismo. La telemedicina puede suponer un avance en el diagnóstico, monitorización y tratamiento de los problemas crónicos de salud en el domicilio de los pacientes; los médicos dedicarán más tiempo a informar a los pacientes y éstos participarán más en las decisiones clínicas; el entorno se adaptará a una población envejecida y los equipamientos tendrán en cuenta esta circunstancia.

Pero cuando nos referimos a las nuevas tecnologías no sólo debemos fijarnos en sofisticados aparatos, moléculas farmacológicas o técnicas laboriosas. La innovación tiene otras caras, el conocimiento es una de ellas, una de las más importantes. Una organización sanitaria dinámica exige

renovar el conocimiento e integrarlo en los procesos básicos de la actividad asistencial y en la propia forma de “hacer las cosas”. La gestión del conocimiento engloba la estrategia, el trabajo en equipos multidisciplinares, el aprendizaje basado en la cooperación, los ciclos de experiencia y la innovación tecnológica. Significa generar ideas y materializarlas a través de un sistema de mejora donde experiencia se conjuga con aprendizaje, los problemas son oportunidades de aprender y el conocimiento sirve para atender mejor a los ciudadanos. Se requiere en primer lugar determinar el proceso que defina cómo capturar y aplicar ideas, se necesita un grupo de personas que hagan operativo ese conocimiento y es imprescindible una tecnología que facilite el ciclo de aprendizaje y su aplicación.

Acciones a considerar:

- ◆ Crear, desarrollar y difundir un sistema que proporcione información fiable, relevante y útil para la toma de decisiones clínicas a través del aprendizaje continuo.
- ◆ Desarrollar la evaluación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la prestación de servicios y para apoyar la gestión de los recursos.
- ◆ Promover y extender hasta el nivel más básico de atención las tecnologías de la información y comunicación: tecnología digital para la educación interactiva, revisiones de la literatura basadas en pruebas, bases de datos y aplicaciones multimedia.
- ◆ Crear una línea de ayudas a la investigación evaluativa en tecnologías sanitarias.
- ◆ Establecer mecanismos de cooperación con el sistema de detección temprana de tecnologías emergentes liderado en España por la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria.
- ◆ Mejorar el acceso de los profesionales sanitarios a la información y evaluación realizada sobre nuevas tecnologías por Agencias gubernamentales en el marco de la Unión Europea.



**INICIATIVAS “MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCION SANITARIA”.**

**ESTRUCTURAS RESPONSABLES:**

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 15: Pensar en el ciudadano</b>	
<b>Iniciativa 50:</b> Mejorando la accesibilidad a los Servicios Sanitarios y adecuando los horarios y los sistemas de cita previa a las necesidades de la población con agendas y listas de espera ajustadas a la importancia de la patología y las características del paciente.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 51:</b> Impulsando y renovando los mecanismos de participación ciudadana en todos los aspectos relacionados con la salud.	Servicio de Salud del Principado de Asturias Ayuntamientos Asociaciones de Ciudadanos
<b>Iniciativa 52:</b> Elaborando e Implantando un Plan de Humanización de los Servicios Sanitarios.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 53:</b> Diseñando y poniendo en marcha un Programa de atención al Embarazo, Parto y Puerperio común para Asturias y adaptado a las características de cada Área Sanitaria.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Línea de Actuación N° 16: Mejorar la organización</b>	
<b>Iniciativa 54:</b> Revitalizando el modelo de Atención Primaria de Salud como base de la prevención y atención al paciente.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 55:</b> Optimizando el desarrollo y adecuación de los sistemas de información a las necesidades de gestión del conocimiento de los Servicios Sanitarios.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 56:</b> Fomentando los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales de tal forma que se garantice la continuidad en los procesos asistenciales.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 57:</b> Adoptando la Cartera de Servicios y los Contratos Programa como herramientas de gestión dirigidas a la evaluación real de las actividades realizadas y a las necesidades de salud prioritarias de la población asturiana.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Línea de Actuación N° 17: Implicar a los profesionales</b>	
<b>Iniciativa 58:</b> Desarrollando e implantando un modelo de carrera profesional que motive, implique e incentive a todos los profesionales de los Servicios Sanitarios.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 59:</b> Impregnando el Plan de Formación de los servicios sanitarios de contenidos que tengan en cuenta de manera preferente las necesidades de salud de la población y las necesidades de formación de los profesionales.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 60:</b> Desarrollando una política de investigación en salud acorde con las necesidades de la población y con las inquietudes de los profesionales.	Servicio de Salud del Principado de Asturias

<i>INICIATIVAS</i>	<i>ESTRUCTURAS RESPONSABLES</i>
<b>Línea de Actuación N° 18: Mirando al futuro</b>	
<b>Iniciativa 61:</b> Impulsando y manteniendo la cultura de la mejora continua de la atención a la salud que se deriva de los objetivos de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 62:</b> Adoptando un modelo de organización sanitaria desburocratizada y flexible donde los recursos humanos y materiales estén en consonancia con las necesidades de la población garantizando la sostenibilidad del sistema.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 63:</b> Promoviendo en todos los niveles asistenciales el uso racional del medicamento con dos líneas fundamentales: Aumentando la utilización de genéricos y mejorando la prescripción en las bolsas de mayor ineficiencia demostrada.	Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Iniciativa 64:</b> Dotando de flexibilidad suficiente el Sistema Sanitario para permitirle asumir y enriquecerse con aquellas nuevas tecnologías que impliquen una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y de la atención sanitaria.	Servicio de Salud del Principado de Asturias

Tabla VII. Iniciativas “Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria”. Estructuras Responsables



## IMPLANTACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD

### Implantación

Un plan de salud busca alcanzar unos objetivos y cobra verdadero sentido si se llevan a término las iniciativas que propone. Para poder ejecutar lo planificado se precisa una voluntad, una visión de alcance y un compromiso en la gestión diaria de todos sus protagonistas. En este contexto la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios asume este liderazgo sin ambigüedades.

Por más que la factura técnica de los planes sea impecable e irrefutable no hay evidencias en la literatura sobre la capacidad que tiene el diseño y elaboración de un plan de salud para modificar la vida de las personas. Se necesita algo más, las políticas de salud en general y las de un plan de salud en particular deben traducirse en decisiones de gestión, es decir, se precisa un nexo de unión entre las personas responsables de la planificación estratégica y quienes gestionan y proveen los servicios sanitarios y sociales. Apenas nos quedan excusas para no enhebrar de forma coherente la formulación de las políticas en salud con las herramientas estratégicas y las operativas; o lo que es lo mismo Plan de Salud para Asturias, Estrategias de Calidad y Planes Estratégicos de Servicios Sanitarios y Contratos – Programa.

Vivimos tiempos en los que, ante la presión del crecimiento del gasto sanitario, impera el discurso economicista. El Plan de Salud para Asturias no puede vivir de espaldas a esta realidad y desde la preocupación por la sostenibilidad del sistema quiere desplazar el centro del debate al objetivo básico de ganar salud para la ciudadanía de Asturias. La capacidad de generar cambios estratégicos es el talón de Aquiles tradicional de los planes de salud. Para combatir este agnosticismo sólo cabe una receta: los planes deben “usarse”. Si no los empujamos con actuaciones concretas donde se identifiquen los agentes responsables de su ejecución su valor como instrumento y guía es y será exclusivamente estético.

## De personas y herramientas

El quién decide las actuaciones, en qué momento se realizan, quién las llevará a cabo y su evaluación es el corazón del proceso, la “prueba del algodón”. Al lado de un ejercicio de planificación estratégica es necesario temporalizar actividades y objetivos, ponerles fecha y compromiso público, exponer a la ciudadanía en su conjunto el plan de actuaciones y qué es lo que se persigue. No sólo con el objetivo de facilitar información sino también para someterlo a la opinión y consideración de todos los agentes sociales. Un plan de salud o está vivo o no existe. No hay pasos intermedios. El mejor testimonio de su vitalidad sería asistir a su crecimiento y modificación con el paso del tiempo.

Para arrancar, aplicar y mantener el Plan de Salud para Asturias en el ámbito sanitario e intersectorial se precisa disponer de una estructura orgánica y funcional que vele por su desarrollo a todos los niveles de la administración:

1. Con fecha 31 de julio de 2003 se creó el *Área de Planificación Sanitaria* adscrita a la Dirección General de Salud Pública y Planificación. Entre sus funciones figura la “elaboración, seguimiento, evaluación y actualización del Plan de Salud para Asturias”. Este Área se encargará de la operativización del Plan de Salud, concretada en las siguientes funciones:

- Fomentar la puesta en marcha de las acciones e iniciativas que propone el Plan de Salud para Asturias.
- Proponer y orientar la inclusión en contrato-programa o en convenios específicos aquellas acciones consideradas estratégicas para la ganancia en salud de la población.
- Realizar un seguimiento profundo de la ejecución de las iniciativas y ser el interlocutor con todos los agentes e instituciones implicadas.
- Revisar la disponibilidad de las fuentes de información y su adecuación para la evaluación del Plan de Salud.
- Fomentar la participación de profesionales y ciudadanos en las actuaciones derivadas del Plan.
- Elaborar una **Memoria Anual del Plan de Salud** que refleje:
  - Informe de situación de partida de las dimensiones contempladas en el Plan.
  - Iniciativas y acciones a realizar en el año correspondiente.

- Calendario de las acciones.
  - Financiación económica.
  - Diseño de los indicadores a utilizar para la evaluación y monitorización de las actividades propuestas.
  - Informe de situación anual de la monitorización de las dimensiones evaluadas.
2. En estrecho contacto con el Área de Planificación se creará un **Grupo Técnico Multisectorial del Plan de Salud** que, liderado por el Área de Planificación, estará integrado por responsables del Servicio de Salud del Principado, de la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias, de los Departamentos de la Administración con responsabilidades en el Plan de Salud, profesionales sanitarios y representación ciudadana. La función de este Grupo de Trabajo será la planificación, puesta en marcha y coordinación de las políticas de salud concretadas en sus acciones específicas. Sería algo así como la “plataforma ardiente” a la que se refiere Kotter, un equipo de trabajo altamente motivado por incitar cambios allá donde sean necesarios. En este sentido este Grupo estará facultado para proponer o modificar las intervenciones que se consideren necesarias en función de los resultados provisionales de la monitorización del Plan de Salud o por cambios en la situación epidemiológica.
3. El **contrato-programa** es una herramienta que se ha demostrado útil y válida para formalizar el compromiso entre la planificación y financiación (presupuesto) y los objetivos de actividad y calidad de los centros proveedores de servicios sanitarios. Sin embargo no es un cheque en blanco, exige desterrar de una vez su concepción de mantenimiento de una estructura histórica de provisión de servicios independiente de los objetivos en salud.

Es necesaria una reorientación donde ciudadanos y profesionales se vean reconocidos ya que en la actualidad las actividades que figuran en los contratos programa no están vinculadas a las metas en salud para la población de referencia. Asimismo deberían ser más reales, no una ficción legal donde la reflexión estratégica de las prioridades sigue ausente y exige transformarse en un verdadero texto de compromiso y corresponsabilidad. En este sentido los contratos programa deberían explicitar de forma transparente los resultados a alcanzar, la relación de éstos con las actividades y su vínculo con el Plan

de Salud. Otros beneficios adicionales son su contribución al cambio cultural de la organización, a la mejora de los sistemas de información y a la gestión y medición de la eficiencia.

El nuevo cauce que han de seguir los contratos programa cumple con dos objetivos:

- Elaborar una estrategia concreta y revisable anualmente, que vincule el Plan de Salud para Asturias con el funcionamiento operativo de los centros asistenciales, tanto en términos de efectividad y calidad de la asistencia como en función de la eficiencia en la organización y prestación de servicios.
  - Informar a toda la organización, especialmente a sus profesionales, sobre el análisis de la situación, objetivos que se persiguen, medios disponibles y las medidas de mejora que se pretenden introducir para alcanzar dichos objetivos.
4. La complicidad desde su génesis del Plan de Salud con las *Estrategias de Calidad* es uno de los elementos clave para incidir en el sistema sanitario. Profundizar en la implantación de los PCAI contribuirá al logro de muchos de los objetivos del Plan de Salud. La **gestión por procesos**, cuando su implantación va ligada a recursos, proporciona buenos resultados y entronca con muchas de las características que debe tener un Plan de Salud. Su metodología podría aplicarse a algunas de las áreas preferentes del Plan de Salud como la detección precoz del cáncer de mama, el Plan de Drogas, el Plan de VIH/Sida, el Programa de Vacunaciones y los mismos PCAI.

Para hacer efectiva su aplicación se debe impulsar la difusión y gestión del conocimiento científico rigurosamente contrastado. Un instrumento básico en este apartado es el seguimiento de *los criterios y recomendaciones de práctica clínica basadas en la evidencia*. Su virtud es reducir el grado de variabilidad e incertidumbre mejorando la equidad, el uso de servicios y la calidad de la atención recibida. La Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias y el SESPA juegan en este apartado un papel trascendental.

5. Además de intervenir en la Atención Sanitaria se proponen los *Programas de Salud* y los *Convenios Intersectoriales* como la mejor fórmula para permeabilizar los objetivos de salud a todos los ámbitos sociales. Las políticas de salud atraviesan con descaro y por necesidad el mundo de la bata blanca pero

su puesta de largo precisa recursos y herramientas procedentes no sólo de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios sino también de otros Departamentos del Gobierno del Principado de Asturias.

Las propuestas del Plan de Salud que desborden el ámbito sanitario y afecten a otras áreas requieren una buena dosis de rigor, imaginación, capacidad de negociación y voluntad. Rigor como requisito en la búsqueda de la eficiencia, imaginación para diseñar nuevos instrumentos de colaboración, coordinación y capacidad de negociación para alcanzar **convenios** específicos y voluntad para impulsar las líneas ya existentes y mejorarlas si cabe. Un buen ejemplo al respecto son los proyectos que en materia de educación y promoción de la salud están llevando juntos las Consejerías de Educación y de Salud (Aire Fresco, Programa Afectivo-Sexual, VIH, Drogas).

Cualquiera de estas herramientas deben ser trazadas en todos sus detalles de forma tal que desde su concepción cuenten con el consenso entre los profesionales recogido en protocolos de actuación. Si bien no garantiza la ejecución del Plan de Salud, involucrar a los profesionales en todo el proceso de desarrollo aumenta las probabilidades de éxito. El grado de conocimiento, implicación y aceptación contribuyen de forma decisiva a tal fin.

### **De presupuestos y financiación**

El Plan de Salud para Asturias propone una serie de acciones para cumplir los objetivos que se marca. Si bien corresponden al sistema sanitario la mayoría de estas iniciativas, su desarrollo integral exige asumir responsabilidades por otras Consejerías y Administraciones del Gobierno de Asturias y de España. Muchas de estas intervenciones no requieren financiación adicional pues son actividades que ya se realizan, precisando únicamente un impulso, una reorientación o una optimización en su proceso. Otras, por el contrario suponen cargas complementarias de trabajo que tienen un coste de oportunidad. Así mismo la puesta en marcha de muchos programas precisa recursos económicos por muchos conceptos: coordinación, implantación, difusión, formación, investigación y evaluación.

La estimación de los costes y recursos que conlleva la puesta en marcha y seguimiento de las acciones específicas del Plan de Salud se hará explícita en la **Agenda Anual** que seguirá al documento Plan de Salud 2004-2007.



Los presupuestos de Asturias para el año 2003 y en concreto los que corresponden a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en lo que respecta a las grandes cifras puede resumirse en los siguientes puntos:

- El presupuesto total de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios es de 1.030.884.259 € que representan el 34,39% del total del presupuesto de Asturias.
- El SESPA presupuesta para dicho año 969.355.642 € algo más del 94% del total del gasto en Salud de nuestra Comunidad.
- Del presupuesto total del SESPA el 37,85% es para Atención Primaria y el 58,35% para Atención Especializada.
- Por capítulos en el SESPA la mayor parte se destina a gastos de personal, el 48,9%, a la prestación farmacéutica se dedica el 25,19% del presupuesto, mientras que en otros capítulos como la Formación y las Inversiones se invierte el 1,7% y el 1,64% respectivamente.

A continuación se recoge en la tabla VIII la financiación prevista para los 5 ejercicios de duración del Plan.

A partir del año 2004 y anualmente se concretará esta financiación prevista y se reajustará tras la valoración del ejercicio anterior por los órganos encargados del seguimiento del Plan.

Tabla VIII. Líneas Presupuestarias del Plan de Salud

<b>FINANCIACIÓN DEL PLAN</b>						
<b>Líneas presupuestarias</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>TOTAL</b>
Información en Salud Pública		260.000	273.000	286.650	300.983	<b>1.120.633</b>
Programas de ciudades saludables	30.051	30.051	31.554	33.131	34.788	<b>159.575</b>
Programas de promoción y vigilancia en salud laboral	24.040	18.362	21.116	24.284	26.712	<b>114.514</b>
Programas de apoyo a actividades sanitarias	318.670	265.900	292.490	321.739	353.913	<b>1.552.712</b>
Promoción de la salud en materia de salud y servicios sociales	18.031	18.600	20.460	22.506	24.757	<b>104.354</b>
Programas de prevención y promoción de la salud	202.374	208.174	239.400	275.310	316.607	<b>1.241.865</b>
Apoyo a programas de drogodependencias en el medio laboral	21.156	42.312	46.543	51.198	56.317	<b>217.526</b>
Apoyo a programa experimental para prevención de drogodependencias	21.036	22.100	23.205	25.526	26.802	<b>118.668</b>
Prevención, tratamiento y reinserción de personas con drogodependencias	2.358.389	2.754.998	3.030.498	3.272.938	3.436.585	<b>14.853.407</b>
Programas de salud	739.245	760.000	836.000	919.600	965.580	<b>4.220.425</b>
Programas de autocontrol en higiene y alimentación	18.031	30.000	31.500	33.075	36.383	<b>148.989</b>
Programas de educación	85.315	98.316	108.148	113.555	119.233	<b>524.566</b>
Programa en zonas especiales de salud	120.203	120.203	122.607	125.059	127.560	<b>615.633</b>
Comunicación y sistemas. Nuevas tecnologías		18.899.321	9.779.864	9.975.461	10.174.971	<b>48.829.617</b>
Formación de personal sanitario, organización de jornadas, congresos	1.300.000	1.609.000	1.657.270	1.706.988	1.758.198	<b>8.031.456</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.256.541</b>	<b>25.137.337</b>	<b>16.513.655</b>	<b>17.187.019</b>	<b>17.759.386</b>	<b>81.853.938</b>

**Euros**

Créditos iniciales de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en 2003 y 2004 y previsiones para el resto de ejercicios, excluidos créditos por competencias asumidas e inversiones.

Nota: incluye aportaciones del resto de las estructuras responsables, excepto para la acción de formación e investigación al I+D+D.

## Monitorización y evaluación

La clase política, los funcionarios públicos, sanitarios y no sanitarios, y las organizaciones profesionales están llamados a ser transparentes a todos los niveles, a exponerse a los comentarios y el escrutinio de los ciudadanos y a dar cuenta del impacto a corto y medio plazo de sus decisiones. Un abordaje comunitario de la salud exige poner foco en los resultados que se traducen en ganancia en salud. Implica poner en marcha determinadas actividades que consumen recursos. Rendir cuentas a los ciudadanos es responder a las responsabilidades adquiridas y facilitar información detallada sobre el nivel de cumplimiento de lo planificado y los resultados alcanzados. Esta información debe ser transparente, es decir, fácilmente alcanzable y comprendida por la población.

Dentro del Plan de Salud para Asturias la evaluación es una parte inseparable de su proceso. Debe permitir conocer si se han alcanzado los objetivos propuestos y corregir o añadir, si fuera necesario, las estrategias y acciones a realizar. Los indicadores usados en la evaluación deben ser coherentes con los contenidos del Plan de Salud.

La evaluación contempla dos áreas de interés: la evaluación de actividades (también denominada de vigilancia o monitorización) y la de resultados.

### Evaluación de las actividades

Trata de responder a las preguntas: *¿Qué se está haciendo?* y *¿cómo se está haciendo?*. Determina si un programa o una acción satisface los objetivos y si llega a la población diana. Se centra en el proceso y debería ser de bajo coste, periódica, frecuente y representar mejoras en diversos aspectos del Plan de Salud.

Los aspectos más interesantes a evaluar son la cobertura, el cumplimiento, la idoneidad de los procedimientos y la satisfacción del ciudadano. Los resultados a que hace referencia la evaluación de actividades son intermedios y si bien no son aquellos donde ponemos el acento, en absoluto debemos minusvalorarlos porque nos informan del cumplimiento del Plan de Salud. Es especialmente valiosa cuando los procesos están muy cerca de los resultados como por ejemplo en las vacunaciones.

Para llevar a cabo esta evaluación el Plan de Salud deberá utilizar la **Agenda Anual** que supondrá la herramienta de gestión por excelencia, en el que las personas o grupos de trabajo que se encarguen de la puesta en marcha de las Iniciativas, informarán del camino recorrido, de las actividades realizadas y de lo que queda por hacer, para ello propondrán y utilizarán cuantos indicadores crean necesarios con la única condición de que sean capaces de actualizar anualmente la situación.

### **Evaluación de los resultados**

La evaluación de resultados a largo plazo sirve para valorar de forma global el Plan de Salud. El objetivo de esta etapa es examinar los cambios a largo plazo en la salud de los ciudadanos de Asturias y los determinantes que en ella influyen, se contemplan no sólo indicadores de cantidad de salud sino también aquellos que son capaces de medir conocimiento, conductas, condiciones ambientales, socioeconómicas e infraestructuras sanitarias. Esta evaluación consiste en comparar los objetivos de salud formulados con los resultados obtenidos. Responde a las preguntas: ¿se han conseguido los objetivos de salud del Plan? y ¿con qué eficiencia?.

### **Áreas de monitorización**

El Plan de Salud para Asturias precisa evaluar el progreso de sus acciones por dos razones principalmente: por la mejora continua de los servicios y por la exigencia de transparencia hacia la ciudadanía de los resultados alcanzados con los recursos dedicados.

En ocasiones la cuantificación de objetivos no deja de ser un artificio que resulta de la extrapolación de la tendencia de las cifras y datos en los últimos años a un futuro a medio plazo de 3 a 6 años. Bajo la crudeza de esta consideración se rehuyen explícitamente los listados extenuantes de objetivos en términos de reducción o incremento de determinados porcentajes o tasas. “La salud como horizonte” propone la monitorización de una serie de dimensiones que por su valor intrínseco vinculan de una forma más cercana la salud con el bienestar y permiten poner de relieve hacia dónde ha evolucionado la salud de los ciudadanos en Asturias (ver Tabla IX).

ÁREAS ESTRATÉGICAS DE AVANZANDO EN EQUIDAD Y SUMANDO ESFUERZOS										
Dimensiones a evaluar en el Plan de Salud	Líneas de actuación	1. Por ser quien eres	2. Por el sitio del que vienes	3. Por tu capacidad de ser y hacer	4. Vivir en un entorno sano y seguro	5. Convivir en pueblos saludables	6. Aprender en escuelas promotoras de salud	7. Trabajar en empresas saludables	8. Viajar sin daño	9. Proteger a quien más lo necesita
		CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	●	●	●					
Esperanza de vida al nacer	●	●								
Protección social a colectivos más vulnerables	●	●	●						●	
Calidad y sostenibilidad del medio ambiente				●	●		●			
Colaboración con otras Administraciones del Estado Autonómicas y Locales				●	●	●	●	●	●	
Colaboración con otras Asociaciones				●	●	●	●	●		
Accidentalidad				●	●				●	

Tabla IX. Dimensiones a evaluar en el Plan de Salud para Asturias 2003 – 2007.

ÁREAS ESTRATÉGICAS DE GANANDO SALUD Y MEJORANDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS										
Dimensiones a evaluar en el Plan de Salud	Líneas de actuación	10. Promover estilos de vida saludables	11. Presentar batalla al cáncer	12. Disminuir las infecciones	13. Plantar cara a las enfermedades prevalentes	14. Proteger la salud mental	15. Pensar para el ciudadano	16. Mejorar la organización	17. Implicar a los profesionales	18. Mirar al futuro
		ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	●	●	●	●	●	●		
Mortalidad	●	●	●	●	●	●				
Mortalidad evitable	●	●	●	●	●	●				
Morbilidad	●	●	●	●	●	●				
Satisfacción del ciudadano y del profesional							●		●	
Accesibilidad							●	●		
Coordinación								●	●	●
Transparencia							●	●	●	●
Capacidad y aptitud							●	●	●	●
Efectividad	●	●	●	●	●	●		●		●
Eficiencia y sostenibilidad								●	●	●

Tabla IX. Dimensiones a evaluar en el Plan de Salud para Asturias 2003 – 2007 (continuación)

Estas consideraciones no eximen, sin embargo, de la pertinencia y necesidad de medir, como forma imprescindible de gestionar, la monitorización del Plan de Salud. El proceso de selección de los indicadores debe reflejar las aportaciones de ciudadanos, profesionales y gestores para el desarrollo del Plan de Salud. La **Agenda Anual** es el instrumento que recogerá en cada ejercicio presupuestario los indicadores que miden las dimensiones a evaluar en función de su capacidad para “incitar a la acción”, la disponibilidad de los datos para medir su evolución y su relevancia. Para cada indicador elegido, los objetivos específicos, derivados de las áreas estratégicas del Plan de Salud para Asturias, serán “utilizados” para seguir las huellas de progreso del Plan. Este conjunto de indicadores proporcionará una foto dinámica de la salud en Asturias, sugiriendo sobre todo dónde radican algunos de los problemas.

Los indicadores se obtendrán de diversas fuentes, unas ya construidas como los registros de mortalidad, los diagnósticos al alta hospitalaria o las encuestas de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud y otras se elaborarán con datos del sistema sanitario o a través de herramientas como las encuestas de salud poblacionales. La Sección de Información Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública y Planificación será la estructura que dé soporte a esta parte fundamental del Plan de Salud.

Se ha formulado el deseo de que el Plan de Salud sea una herramienta viva de reflexión y trabajo, una prueba de ello es la apuesta por una monitorización continua que varía en función de los resultados y necesidades observados y de la disponibilidad de información a lo largo de la vigencia del Plan. La propuesta es conocer la situación de partida, coincidiendo con la publicación de “La salud como horizonte”; posteriormente se realizarán cortes periódicos de situación que variarán según la naturaleza del indicador. De esta manera, con la información resultante se puede conocer en tiempo real la dirección que se sigue y el grado de cumplimiento de los objetivos. El fin último es poder reorientar las actividades y actuaciones si fuera preciso. El desarrollo de actividades o acciones dirigidas hacia uno o más de los indicadores propuestos puede tener un profundo efecto sobre el aumento de la calidad de vida, los años vividos en salud y la disminución de las desigualdades en salud. Por otra parte es conocido que la elección de buenos indicadores contribuye a aumentar credibilidad, la motivación y disminuir la resistencia al cambio.



Tal y como se ha comentado conviene señalar que este Plan de Salud permanece fiel a sus planteamientos iniciales y también en este punto asume la necesidad y la obligación de priorizar el número de indicadores, de huir de largos listados inmanejables de indicadores y cifras que en lugar de poner sobre la mesa la situación real de las cosas, la ocultan por dilución. Como quiera que el Plan de Salud da cobijo y coherencia a otros planes integrales de patologías o problemas de salud, es en ese marco de trabajo donde cobra sentido profundizar y desplegar un abanico más específico de indicadores. En todo caso los indicadores a utilizar deben incluir el espectro de los problemas de salud e identificar y responder a nuevos y emergentes problemas.

Los indicadores propuestos inicialmente a modo de referencia se recogen en el Anexo 4. En función de la amplitud de la dimensión a monitorizar puede ser suficiente un sólo indicador o varios. Esta circunstancia condicionará que un mismo indicador precise o no ser desglosado por edad, sexo, domicilio, tendencia en el tiempo y su comparación con indicadores de otras poblaciones de España o Europa.

NOTAS FINALES: El Plan empieza ahora...

Aunque no es del todo cierto. Los hilos con los que se empezó a tejer este documento proceden del trabajo, hace un año, de ciudadanos, pacientes y profesionales de la salud. Su visión nos configuró un dibujo de los principales problemas que habría que abordar de forma decidida en Asturias para mejorar la salud de los asturianos/as, sin que ello signifique obviamente una menor preocupación y dedicación al resto de cuestiones que menoscaban la salud.

Más adelante, otros pacientes y otros profesionales señalaron aquellos puntos vulnerables donde se debía incidir y avanzar para mejorar la atención en cada problema o situación concreta. Propusieron acciones específicas a desarrollar para “alcanzar” ese horizonte de salud que perseguimos. Todas estas aportaciones son el corazón de un proceso donde la disminución de las desigualdades en salud, la participación de la comunidad, la búsqueda del rigor científico, la mejora continua de la calidad y la eficiencia del sistema son motivo de preocupación en la gestión del “día a día”.

Pero no sólo consiste, con ser mucho, en un documento de planificación. Se busca desarrollar una mayor capacidad de reflexión para actuar en la dirección de nuestra organización. Se persigue que el Plan de Salud sea un instrumento para mejorar la capacidad con la que afrontar los cambios futuros en un marco de coherencia y donde sea muy importante saber hacia dónde vamos, construir nuestra visión de futuro entre todos.

Nada de esto tiene sentido si todo este esfuerzo queda reposando en una estantería. Por eso, lo verdaderamente difícil empieza ahora: “pasar a la acción”. Se sabe de muchas dificultades, es cierto. Por eso siempre se insistirá poco en la necesidad de hacer de este documento algo vivo y de todos. Se precisa voluntad y una firme determinación para que las estrategias se conviertan en acciones y las acciones puedan mejorar la vida de las personas. El reto merece la pena: que los ciudadanos y ciudadanas de Asturias gocen de una mejor salud.



## **ANEXOS**



## ANEXO 1:

### FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS 2002

**Universo:** residentes en Asturias no institucionalizados/as de 16 o más años cumplidos.

**Muestra:** se han realizado un total de 2.031 entrevistas válidas.

**Criterio de selección muestral:**

**Selección de la muestra:** Polietápica, mediante selección de concejos de Área Sanitaria y selección posterior de los/las entrevistados/as por el sistema de rutas aleatorias según criterios de selección por cuotas.

**Entrevista:** domiciliaria y personal, con reemplazo.

**Cuestionario:** estructurado, cerrado y codificado.

**Fecha del trabajo de campo:** entre el 12 de noviembre al 19 de diciembre del año 2002.

**Error:** Para  $p=q=50\%$  (0,50) y un nivel de confianza del 95,5% ( $2\sigma$ ) el error estimado para el conjunto de la muestra es del  $\pm 2,21\%$ .

#### CONTENIDOS:

- 1.- **Morbilidad declarada:** Aguda, crónica y discapacidades, accidentes
- 2.- **Salud percibida y Calidad Vida:** Grado de salud, felicidad, autonomía, limitaciones
- 3.- **Estilos de Vida:** Actividad física, tabaco, alcohol, peso y talla, sueño, ocio
- 4.- **Prácticas preventivas:** Actividades de despistaje, actividades de vacunación y seguridad vial
- 5.- **Situación sociodemográfica y económica:** Información personal, estudios realizados, actividad laboral, autopercepción laboral, nivel de empleo, nivel económico
- 6.- **Redes sociales y ayuda social:** Autoayuda, confianza, dependencia, convivencia, asociacionismo
- 7.- **Uso de servicios sanitarios:** Aseguramiento, prestaciones solicitadas, utilización en Atención Primaria, utilización en Atención Especializada, utilización en Salud Pública, hospitalización, opinión sobre el sistema sanitario, conocimiento de los servicios ofertados.



## **ANEXO 2:**

### **ESTUDIO CUALITATIVO DE OPINIÓN DE USUARIOS Y PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

El objetivo fundamental de la sesión de trabajo fue conocer cuáles son en opinión de los *participantes los problemas de salud que es imprescindible abordar de inmediato para mejorar la salud de la población asturiana*. Otros objetivos secundarios fueron: valorar las aportaciones individuales al grupo y tomar conciencia del contraste individuo/grupo o colectivo y priorizar los principales problemas de salud en opinión del grupo.

La selección de los participantes en los grupos de trabajo se realizó en función de los siguientes criterios:

- 1- Procedencia geográfica: se pretendió la mayor representatividad posible de las diferentes áreas sanitarias de Asturias así como de las grandes ciudades, de las cuencas mineras y del medio rural y pesquero.
- 2- Intersectorialidad: persiguió escuchar voces y opiniones procedentes de ámbitos y disciplinas dispares, del sector sanitario y del comunitario, de ONG y de administraciones públicas, del sector social, educativo, del voluntariado, de los diferentes agentes sociales, de partidos políticos, de instituciones locales. En este apartado se ha puesto énfasis en contar con las opiniones de los menos favorecidos y representados: presos, usuarios de drogas, personas sin techo, etc.

En el grupo de usuarios, comunidad y agentes sociales fueron invitados a participar:

- Albergue Covadonga
- Alcohólicos Anónimos
- Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios del Principado de Asturias
- Asociación de Paraplégicos y Grandes Lesionados Medulares- ASPAYM
- Asociación de Vecinos San José de Cudillero
- Asociación Española Contra el Cáncer



- CARITAS
- CC.OO
- Centro de Encuentro y Acogida
- Colectivo de Mujeres para la Salud Nielda
- Comité Ciudadano Antisida
- Consejo de la Juventud
- Cruz Roja de la Juventud
- Dirección General de Atención a Mayores y Discapacitados
- Federación de Asociaciones de Mayores del Principado de Asturias
- Federación Asturiana de Concejos
- INDUROT
- Instituto Asturiano de la Mujer
- Izquierda Unida
- Partido Popular
- PSOE
- SAE
- SATSE
- SIMPA
- SOS Racismo
- SUATEA
- Teléfono de la Esperanza
- UGT
- UNGA
- Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona
- URAS

En el grupo de trabajadores del Atención Primaria de salud fueron invitados a participar:

- Administrativos
- ATS/DUE
- Auxiliares de Enfermería

- Celadores
- Médicos de Familia
- Técnicos de Salud Pública
- Trabajadores Sociales.

En cada sesión se establecieron 5 grupos de trabajo formados por seis personas. Cada grupo generó una propuesta de problemas de salud a abordar según las opiniones de sus integrantes y respetando todos los puntos de vista.

En la última fase de la sesión cada persona señaló los problemas más relevantes por medio de votación a partir del listado que el propio grupo había generado tras un proceso de reflexión individual y colectiva.

Las Tablas X y XI recogen los principales problemas de salud en Asturias según opinión de los ciudadanos y profesionales de atención primaria respectivamente.

<b>Número de orden</b>	<b>Problemas y necesidades de salud según los ciudadanos</b>
<i>1</i>	Envejecimiento saludable
<i>2</i>	Prevención y detección temprana de enfermedades
<i>3</i>	VIH – SIDA y Hepatitis
<i>4</i>	Falta de programas de reducción de drogodependencias
<i>5</i>	Apoyo psicológico a enfermos crónicos, familiares y profesionales
<i>6</i>	Alcoholismo y excesivo consumo de alcohol
<i>7</i>	Atención socio – familiar en zonas rurales a personas mayores
<i>8</i>	Trastornos mentales, atención y seguimiento
<i>9</i>	Inexistencia, descoordinación y desconocimiento socio – sanitario
<i>10</i>	Derecho a bien morir
<i>11</i>	Educación para la salud
<i>12</i>	Ayuda al abandono del hábito tabáquico
<i>13</i>	Prevención de riesgos laborales
<i>14</i>	Tratamiento del dolor
<i>15</i>	Trastornos psíquicos
<i>16</i>	Calidad asistencial
<i>17</i>	Enfermedades de transmisión sexual
<i>18</i>	Mortalidad prematura
<i>19</i>	Promoción de hábitos saludables
<i>20</i>	Asistencia sanitaria a todos los inmigrantes

Tabla X. Relación de los principales problemas de salud en Asturias según la opinión de los ciudadanos usando la Técnica de Grupo Nominal.

<b>Número De orden</b>	<b>Problemas y necesidades de salud según los profesionales de la salud del primer nivel de atención</b>
<i>1</i>	Síndromes geriátricos socio–sanitarios (encarnizamiento, soledad, demencia)
<i>2</i>	Salud mental, alternativas terapéuticas, excesiva medicalización
<i>3</i>	Educación sanitaria a jóvenes, niños, adultos (ets, tóxicos, tráfico, maltrato, alimentación)
<i>4</i>	Hábitos de vida y tóxicos (tabaco, alcohol, dieta y ejercicio)
<i>5</i>	Formación continuada del personal sanitario
<i>6</i>	Atención a domicilio: oncológico terminal, anciano, hospitalización a domicilio
<i>7</i>	Educación sanitaria, uso de recursos sanitarios y autocuidados
<i>8</i>	Falta de implicación y participación social
<i>9</i>	Desintegración de recursos sociales y sanitarios, descoordinación
<i>10</i>	Excesiva medicación y medicalización, usuarios y profesionales
<i>11</i>	Relación entre niveles, coordinación, plan conjunto de cuidados
<i>12</i>	Falta de prevención del cáncer, drogas, alcohol, vacunaciones, materno – infantil
<i>13</i>	Atención a la adolescencia, atención y prevención
<i>14</i>	Recursos humanos, aumentar, mejorar, distribuir
<i>15</i>	Crónicos: HTA, diabetes, obesidad
<i>16</i>	Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia, obesidad
<i>17</i>	Aislamiento: ancianos, crónicos, inmovilizados
<i>18</i>	Trastornos del humor, ansiedad, depresión, consumo de psicofármacos
<i>19</i>	Falta de tiempo en la consulta
<i>20</i>	Enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo

Tabla XI. Relación de los principales problemas de salud en Asturias según la opinión de los profesionales sanitarios usando la Técnica de Grupo Nominal.



### ANEXO 3:

## SESIÓN DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

Partiendo de un listado inicial de 58 problemas o necesidades de salud en Asturias, fruto del análisis de situación y fundamentalmente de la opinión de los ciudadanos/as y profesionales de atención primaria, se celebró una sesión en jornada de mañana y tarde con una Comisión Técnica formada por 30 expertos procedentes de ámbitos como los servicios sanitarios, la salud pública, el medio ambiente, la formación y la calidad de la asistencia, la atención ciudadana, la planificación y ordenación de recursos y la salud laboral.

Este proceso constó de varias etapas: inicialmente se enunciaron y definieron los criterios de decisión o de prioridad. Posteriormente, y tras un debate en el seno de cada grupo, se seleccionaron los tres criterios a utilizar para valorar cada problema de salud tras recoger las opiniones de cada persona mediante un sistema de votación. El grupo eligió como criterios de priorización: la ganancia en salud y efectividad de las intervenciones, la opinión del ciudadano y la carga social del problema.

Tras seleccionarse los criterios mencionados se procedió en segundo lugar a cuantificar el peso de cada criterio. En la Tabla XII se refleja la importancia de cada criterio en la aplicación de cada problema de salud.

<b>Criterios seleccionados para la priorización</b>	<b>Ponderación</b>
▪ Ganancia en salud/efectividad de las intervenciones	0.49
▪ Carga social del problema	0.28
▪ Necesidades sentidas por el usuario	0.23

Tabla XII. Criterios de priorización de los problemas de salud y su ponderación.

Por último y, primero en grupo y posteriormente de forma individual, se votaron cada uno de los problemas del listado aplicando los tres criterios seleccionados. El resultado de esta fase es un listado de

problemas de salud ordenados de mayor a menor importancia según los criterios mencionados y su importancia relativa. En la Tabla XIII se recogen las áreas priorizadas por la Comisión Técnica.

<b>Problemas/necesidades de salud priorizados</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cáncer. Atención oncológica: Mama, colon-recto, próstata y pulmón.</li><li>▪ Promoción y educación para la salud en: alimentación, ejercicio físico, área afectivo sexual, alcohol, tabaco, drogas.</li><li>▪ Atención socio-sanitaria a mayores y discapacitados.</li><li>▪ Uso abusivo alcohol</li><li>▪ Cardiopatía isquémica y accidente cerebro-vascular.</li><li>▪ Embarazo y atención perinatal.</li><li>▪ Problemas de salud mental: esquizofrenia, ansiedad, depresión y suicidio.</li><li>▪ Demencia y deterioro cognitivo.</li><li>▪ Salud laboral</li><li>▪ Dolor crónico</li><li>▪ Uso racional del fármaco</li><li>▪ Enfermedades crónicas de especial relevancia: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes.</li></ul>

Tabla XIII. Áreas/problemas de salud priorizados.

## ANEXO 4:

### INDICADORES BÁSICOS PROPUESTOS

N°	Indicadores Avanzando en Equidad
1	Autovaloración del estado de salud por edad, género, área de salud y nivel socioeconómico
2	Esperanza de vida por género, área de salud y nivel socioeconómico
3	Esperanza de vida libre de incapacidad por género área de salud y nivel socioeconómico
4	Años potenciales de vida perdidos por género y área de salud y nivel socioeconómico
5	Mortalidad perinatal por área de salud
6	Porcentaje de Inmigrantes con tarjeta sanitaria
7	Número de horas de dedicación de personas adultas al cuidado de adultos
8	Cobertura de ayuda domiciliaria para personas mayores de 65 años
9	Cobertura de plazas públicas o concertadas en Centros de Día para personas de 80 o más años
10	Porcentaje de personas discapacitadas que disponen de contrato de trabajo

Tabla XIV. Indicadores Avanzando en Equidad



**Nº**

**Indicadores Sumando Esfuerzos**

---

<b>11</b>	Porcentaje del territorio de Asturias que está declarado espacio protegido
<b>12</b>	Porcentaje de población con agua de abastecimiento con garantía sanitaria
<b>13</b>	Número de toneladas anuales de residuos para reciclaje
<b>14</b>	Porcentaje de viviendas con vertido de residuos a depuradoras
<b>15</b>	Número de días que superan los límites de contaminación atmosférica
<b>16</b>	Índices de utilización de energías renovables
<b>17</b>	Incidencia de toxiinfecciones alimentarias
<b>18</b>	Creación de la Red Asturiana de Ciudades Saludables y número de municipios adscritos a la misma
<b>19</b>	Número de Centros Educativos adscritos a la Red Asturiana de Escuelas Promotoras de Salud
<b>20</b>	Mortalidad por accidentes de tráfico
<b>21</b>	Morbilidad debida a accidentes de tráfico: número de heridos, gravedad de las lesiones, discapacidades o secuelas generadas, días de incapacidad laboral por dichas causas
<b>22</b>	Mortalidad por accidentes de trabajo
<b>23</b>	Morbilidad debida a accidentes de trabajo: número de heridos, gravedad de las lesiones, discapacidades o secuelas generadas, días de incapacidad laboral por dichas causas
<b>24</b>	Número de Años de Vida Potencialmente Perdidos atribuibles a los accidentes de tráfico y de trabajo
<b>25</b>	Porcentaje de la población asturiana dependiente (ancianos y discapacitados) que reciben algún tipo de apoyo social público
<b>26</b>	Número de Programas de Ocio ofertados a los ancianos y discapacitados de Asturias y cobertura poblacional conseguida
<b>27</b>	Índice Sintético de Fecundidad
<b>28</b>	Tasa de Natalidad

Tabla XV. Indicadores Sumando Esfuerzos

Nº

## Indicadores Ganando Salud

---

- 29 Esperanza de vida al nacer en Asturias
- 30 Esperanza de vida Saludable
- 31 Tasa Estandarizada de Mortalidad
- 32 Tasa fumadores y consumo de tabaco en Asturias
- 33 Prevalencia de exfumadores en la población asturiana
- 34 Número y porcentaje de edificios públicos con la calificación de “lugar libre de humos”
- 35 Tasa de consumidores de alcohol y cuantificación del consumo de bebidas alcohólicas en Asturias
- 36 Número de personas incluidas en programas de deshabituación alcohólica
- 37 Tasa de consumidores de drogas ilegales y cuantificación del consumo de las mismas en Asturias
- 38 Personas incluidas en programas de reducción de daños o de deshabituación a drogas ilegales
- 39 Mortalidad atribuible a las drogas ilegales
- 40 Porcentaje de la población que realiza de forma regular algún tipo de ejercicio físico en el tiempo de ocio
- 41 Prevalencia de sobrepeso y obesidad
- 42 Tasa de embarazos en adolescentes
- 43 Consumo y utilización de los diferentes métodos anticonceptivos
- 44 Número de Interrupciones Voluntarias de Embarazo
- 45 Mortalidad total por cáncer y sus localizaciones priorizadas
- 46 Incidencia total de cáncer y sus localizaciones priorizadas
- 47 Población infantil correctamente vacunada según calendario de vacunaciones vigente
- 48 Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años
- 49 Mortalidad por infección VIH-SIDA
- 50 Incidencia de infección VIH
- 51 Incidencia de tuberculosis
- 52 Mortalidad por Enfermedades Prevalentes: cardiovasculares, diabetes, EPOC, etc
- 53 Incidencia de las Enfermedades Prevalentes: cardiovasculares, diabetes, EPOC, etc
- 54 Cobertura de los Programas de Prevención de Riesgo Cardiovascular
- 55 Mortalidad por suicidio.

Tabla XVI. Indicadores Ganando Salud

**N°**

**Indicadores Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria**

---

<b>56</b>	Valoración de los ciudadanos de los distintos niveles del Sistema Sanitario
<b>57</b>	Satisfacción de los usuarios con el trato y la información recibida en los distintos niveles del Sistema Sanitario
<b>58</b>	Porcentaje de cesáreas sobre total de partos
<b>59</b>	Lista de espera para procesos de cirugía programada: catarata y prótesis de cadera
<b>60</b>	Mujeres que realizan el cribado de cáncer de mama en las edades indicadas
<b>61</b>	Mortalidad total por causas MIPSE (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable)
<b>62</b>	Supervivencia media de cáncer
<b>63</b>	Mortalidad por infarto agudo de miocardio: prehospitalaria y a los 30 días
<b>64</b>	Ingresos urgentes de personas motivados por diabetes
<b>65</b>	Incidencia de insuficiencia renal terminal a causa de diabetes
<b>66</b>	Ingresos Urgentes de personas motivados por asma
<b>67</b>	Número de trasplantes renales
<b>68</b>	Satisfacción de los profesionales con las condiciones de su trabajo diario
<b>69</b>	Derivaciones a Atención Especializada desde Atención Primaria
<b>70</b>	Porcentaje de informes de pruebas complementarias transferidos a las consultas de medicina de familia por vía electrónica
<b>71</b>	Valoración de las necesidades de formación (cursos y talleres) en confidencialidad y seguridad de los datos de los pacientes
<b>72</b>	Gasto en farmacia, evolución y distribución por especialidades
<b>73</b>	Gasto en farmacia empleado en especialidades farmacéuticas genéricas
<b>74</b>	Número de envases de analgésicos opiáceos prescritos para alivio del dolor crónico
<b>75</b>	Fracción del presupuesto total de la Comunidad Autónoma que se dedica a gasto sanitario público
<b>76</b>	Gasto de inversión pública dedicado a la mejora del Sistema Sanitario Público
<b>77</b>	Gasto sanitario dedicado a Atención Primaria de Salud
<b>78</b>	Gasto sanitario dedicado a Investigación Biosanitaria

Tabla XVII. Indicadores Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria

## **ANEXO 5:**

# **RELACION DE PARTICIPANTES EN LAS DISTINTAS FASES DE ELABORACION DEL PLAN DE SALUD PARA ASTURIAS 2003 – 2007**

### **I.- GRUPO DE TRABAJO**

Un plan de salud es el fruto del trabajo de muchas personas. En este caso, además, es un ejemplo de cómo un proyecto definido puede, con voluntad y afán, traspasar las barreras de los ciclos y las personas. El anterior Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, Francisco Sevilla Pérez, promovió, a través de la Dirección General de Salud Pública este Plan de Salud. El Consejero actual, Rafael Sariego García, junto al actual Director General de Salud Pública y Planificación, Ángel López Díaz, asumen el empeño y mantienen la ilusión por este proyecto.

#### **DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD PARA ASTURIAS 2004-2007**

- José Ramón Quirós García
- Ángel José López Díaz

#### **EQUIPO COORDINADOR Y REDACTOR**

- Guillermo García Velasco
- Juan Ignacio Rodríguez-Arias Palomo

#### **SOPORTE TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO**

- Sandra Díaz Rodríguez
- Lucía Mier de la Infiesta

#### **APOYO ADMINISTRATIVO DEL PLAN DE SALUD**

- Rosa M<sup>a</sup> Carretero de Lama
- M. Carmen Robledo Magadán
- Ana M<sup>a</sup> Robla Rodríguez
- Matutina Ordóñez García

#### AUTORES DEL DOCUMENTO LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN ASTURIAS

- Álvaro Cañada Martínez
- Mario Margolles Martins

#### ESTRATEGIAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- José Ramón Riera Velasco
- Ricardo Arbizu Rodríguez
- Gerardo Rubiera López
- Fundación Avedis Donabedian

#### APOYO ADMINISTRATIVO PLAN DE SALUD-ESTRATEGIAS DE CALIDAD

- María José Fernández Díaz
- Icíar Gómez Arisqueta

AGRADECIMIENTO a las aportaciones y COLABORACIONES realizadas por el personal de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, del SESPA y de otras Instituciones, sin cuyo trabajo este Plan no vería la luz. Se hace un especial hincapié a las siguientes personas:

José Manuel Ania ..... Escuelas Promotoras de Salud  
Ricardo Arbizu Rodríguez..... Uso Racional del Medicamento  
Julio Bruno Bárcena..... Servicios Sanitarios  
Rafael Cofiño Fernández..... VIH-sida  
Ignacio Donate Suárez ..... Información Sanitaria  
Silvia Fernández Rodríguez..... Cribado de cáncer de mama  
Félix Ferreiro Curras ..... Drogas  
Luis Gago Argüello ..... Servicios Sanitarios  
Flor García Álvarez..... Tuberculosis  
Ovidio García García ..... Seguridad Alimentaria  
Eduardo García Morilla ..... Accidentes de trabajo  
José Antonio García Vázquez..... Tabaco

Amelia González López .....	Enfermedades Inmunoprevenibles
Covadonga Gutiérrez Herrero .....	Salud Laboral
Asunción Guzmán Fernández.....	Salud Laboral
Rosario Hernández Alba.....	Enfermedades Inmunoprevenibles
José Ramón Hevia Fernández.....	Salud Laboral y Salud Pública
Ismael Huerta González.....	Enfermedades Inmunoprevenibles
Santiago Martín González.....	Desarrollo Sostenible
Carmen Mosquera Tenreiro .....	Tabaco
Consolación Rayón Suárez.....	Cáncer
María Luisa Redondo Cornejo .....	Información Sanitaria
Amador Robles Tascón.....	Accidentes de trabajo
Alfonso Rodríguez Fidalgo.....	Municipios Saludables
Valentín Rodríguez Suárez.....	Salud Laboral
Mª Luisa Sánchez Núñez.....	Prestaciones Sanitarias
Isabel Sastre Gervás .....	Uso Racional del Medicamento
Francisco Manuel Suárez García .....	Atención Socio-Sanitaria
Mª Ángeles Uría Urraza.....	Área Afectivo-Sexual

## II.- FASE DE DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD:

### MESA DE USUARIOS

- Victoria \*
- Rosario \*
- José Manuel Anisis Franco
- Víctor Aparicio Basauri
- Martín Escandón Álvarez
- Cesar Fernández González
- M<sup>a</sup> José Fernández Vázquez
- Luis Antonio García Martínez
- Mercedes García Ruiz
- Amelia González López
- Ana González Rodríguez
- Pilar Gutiérrez Obeso
- Jose Antonio Jiménez Jiménez
- José Luis Martín Martín
- Teresa Martínez Rodríguez
- Marlen Menéndez Menéndez
- Montserrat Miguel Pichel
- Consuelo Moreno-Arrones Peón
- Carmen Noval García
- Héctor Manuel Ovide García
- Hilario Paz García
- José Demetrio Pérez Álvarez
- Lidia Pérez Argüelles
- Lourdes Pérez González
- Juan Carlos Pérez Menéndez
- Ana Prieto Álvarez
- Inmaculada Sánchez Fernández
- María José Sánchez Romero
- Vicente Sanz Fernández

\* Personas que por deseo propio prefieren que no aparezcan publicados sus apellidos

## MESA DE PROFESIONALES DEL PRIMER NIVEL DE ASISTENCIA

- Agustina Alonso Álvarez
- Aurora Alvarez Miguélez
- José Luis Álvarez Suárez
- Pablo Belderraín Belderraín
- Concepción Camporro García
- Balbina Candás Collado
- Joaquín Cuetos Álvarez
- Juan Ángel de Con Redondo
- Manuel Díaz Fernández
- Juan Jesús García Fernández
- Alfonso García Viejo
- Felipe González Mateos
- Montserrat Lourido Míguez
- Luis Martínez Escotet
- Ana María Menéndez Caicoya
- Maite Múgica Díaz
- Fernando Nuño Martin
- Amor Paredes González
- Carlos Pinto Llona
- Florencio Recuero González
- Rocío Redondo Rodríguez
- Ana María Robla Rodríguez
- Alicia Rodríguez Fernández
- Ignacio Rodríguez-Arias Palomo
- María Amor Sánchez Baragaño
- Emilia Suárez Miranda
- Purificación Turiel Lobo
- Carmen Velasco González



### III.- FASE DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD:

- José Altolaguirre Bernacer
- Aurora Álvarez González
- Ricardo Arbizu Rodríguez
- Julio Bruno Bárcena
- Martín Caicoya Gómez - Morán
- Margarita Eguiagaray Garcia
- Federico Fernández Noval
- Félix Ferreiro Currás
- Carmen García González
- Juan José González Agúndez
- Amelia González López
- Asunción Guzmán Fernández
- Rosario Hernández Alba
- José Ramón Hevia Fernández
- Ismael Huerta González
- Ángel López Díaz
- Valentín Manso Antón
- Mario Margolles Martins
- Dolores Martín Rodríguez
- Begoña Martínez Argüelles
- Aurora Mesa García
- Elvira Muslera Canclini
- Carmen Natal Ramos
- Consuelo Rayón Suárez
- José Ramón Riera Velasco
- Ángeles Rocés González
- Valentín Rodríguez Suárez
- Jesús Ruiz Salazar
- Marifé Vázquez Fernández

#### IV.- FASE DE DETERMINACION DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS:

##### MESAS DE USUARIOS

- Juan\*
- Marivi\*
- Jaime\*
- Clara\*
- Miguel\*
- Angeles\*
- Nicolás\*
- Santiago\*
- Dolores Abol Fernández
- Francisco Javier Aguirre Díaz
- Luzdivina Alfonso Álvarez
- Faustino Aller Espinedo
- Paz Alonso Alonso
- Ignacio Alonso Gómez
- Luis Alonso González
- Carmen Álvarez Díaz
- Joaquín Álvarez González
- Luis Álvarez Hornia
- Honorina Álvarez Marrón
- Manuel Rafael Álvarez Muñiz
- M<sup>a</sup> Luisa Arango Álvarez
- Asunción Arganza Escaladas
- M<sup>a</sup> Teresa Arias Vázquez
- Isabel Bonafonte González
- Engracia Briones Olivares
- Teresa Burón Echevarri
- Clemente Camporro Fernández
- Josefa Castro González
- Deolinda Cedrón Villabrille
- Elisa Chaurri Izquierdo
- Rafael Cofiño Fernández
- Flor Díaz García
- Pilar Díaz García

\* Personas que por deseo propio prefieren que no aparezcan publicados sus apellidos

- Oscar Luis Díaz González
- Inés Díaz Suárez
- Félix Domínguez Hernández
- José Ramón Fernández Álvarez
- Sabina Fernández Álvarez
- M<sup>a</sup> Luisa Fernández Díaz
- José Joaquín Fernández Fernández
- M<sup>a</sup> Ascensión Fernández Guerra
- M<sup>a</sup> Cruz Fernández Ormazabal
- Feliciano Fernández Puente
- Alfredo Fernández Rodríguez
- Rosario Fernández Rodríguez
- Yolanda Fernández Rodríguez
- Sergio Fontán González
- Rosa María Fontán Granados
- José Manuel Gabarri Gabarri
- Alfonso Gálvez Gálvez
- Felipe García Arboleya
- Juana García Carrasco
- Olvido García Castilla
- Alejandra García Cerezo
- Charo García González
- Gemma García Martín
- Anselmo García Rivera
- M<sup>a</sup> Cruz González Amezaga
- Ignacio Luís González Crespo
- Manuel González Cuervo
- Clara Isabel González González
- M<sup>a</sup> Concha González Mena
- M<sup>a</sup> Rosario González Menéndez
- Alfonso González Pérez
- Carolina González Poo
- Felipe González Sánchez
- Blanca González Toraño
- Flor González Vázquez
- Dolores Granados García
- Florentina Granda Roza
- Ignacio Iglesias Aguado

- José Antonio Jiménez Jiménez
- Miguel Jiménez Jiménez
- Teresa Jiménez Montoya
- Virgilio Jiménez Vargas
- Marta Junco Toribio
- Prince Kennedy Iyoha
- José Ramón Lafuente García
- Oliva Lafuente García
- Manuel Lema Pensado
- Josefa Lobato Hidalgo
- Ana López Chicano
- Magencio López Díaz
- Flor María López García
- Lidia López Hernández
- Elvira Lorenzo Fernández
- José Fernando Luiña Acevedo
- Mercedes Manzanero Somolinos
- Manuel Enrique Martín Nava
- M<sup>a</sup> Teresa Martín Rubio
- Marisa Martínez González
- María Manuela Martínez Muñiz
- Julia Martínez Muñiz
- Asunción Menéndez García
- Marlén Menéndez Menéndez
- Jesús Miranda García
- M<sup>a</sup> Luz Montoto Álvarez
- Gregorio Moradas Suárez
- Lara Mori Meana
- José Manuel Moro Fueyo
- Amparo Nájera Aleson
- Carmen Noval García
- Domingo Ojer Tsakiridu
- Raquel Ordóñez Oriz
- Josefa Palicio Arbesú
- M<sup>a</sup> Teresa Pereda Cueli
- Alfonso Pérez Royán
- Pablo Pérez Solís
- Ramón Pico Méndez
- Fabian Plazuelo Royo

- Juanita Ramírez Valverde
- José Ramírez Vélez
- M<sup>a</sup> Jesús Rebollo Torres
- Evaristo Riera Riera
- Mercedes Riveiro Martínez
- M<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Dindurra
- Rosa María Rubio Fernández
- Ana Rueda
- José Luís Ruiz Molina
- Germán Ruiz Ramirez
- Maximina Salazar Vargas
- José Ramón Sariego García
- José Manuel Suárez García
- Manuel Suárez Sánchez
- Ana M<sup>a</sup> Tollar Villanueva
- M<sup>a</sup> Elena Toral Fernández
- Hortensia Torralba Yagüe
- Marino Tuya Fernández
- Teresa Valdés Estrada
- José Valentín Areces
- M<sup>a</sup> Luisa Varela Ribero
- Jose Manuel Vázquez Felgueroso
- M<sup>a</sup> Rosario Vega Blanco
- Emilio Vila Arias

## MESAS DE PROFESIONALES

### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

- Luis Cossent Aguinaco Hospital de la Cruz Roja - Gijón
- Minerva García de Barros C.A.M.P. - Gijón
- Ángeles González Pineda Hospital Monte Naranco - Oviedo
- Manuel Ángel Menéndez Piquero Centro de Salud de Pola de Laviana
- Ricardo Navarro Izquierdo Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Montserrat Rodríguez Pérez Centro de Salud de Posada de Llanera
- Esther San Cristóbal Velasco Hospital Monte Naranco - Oviedo
- Manuel Sánchez Fernández Centro de Salud Mental I - Avilés
- Rosario Sánchez Fernández Centro de Salud La Argañosa - Oviedo
- Manuel Valledor Méndez Hospital San Agustín - Avilés

### ALCOHOLISMO

- Francisco Casariego Pola I.E.S. - Gijón
- Joaquín Cuetos Álvarez Centro de Salud de Pola de Siero
- Elena Díaz Palacios Centro de Salud Contrueces - Gijón
- José María Fernández Rodríguez Centro de Salud Mental II - Gijón
- Eduardo Gutiérrez Cienfuegos Consejería de Salud y Servicios Sanitarios - Oviedo
- José Hevia Fernández Consejería de Salud y Servicios Sanitarios - Oviedo
- Joaquín Moreno Vela Centro de Salud Mental II - Oviedo
- Mercedes Nuño Gutiérrez Centro de Salud de La Felguera
- Adolfo Suárez González Hospital de Cabueñes - Gijón

### ALIMENTACION

- Agustina Alonso Álvarez Centro de Salud de Colunga
- María Ángeles Busto Toyos Centro de Salud de Posada de Llanera
- José Carlos Carrera Aparicio I.E.S. Escultor Juan de Villanueva – Pola de Siero
- Serafina Fernández Fernández Facultad de Medicina Universidad de Oviedo
- Angeles Menéndez Patterson Facultad de Medicina Universidad de Oviedo
- Carmen Pérez Rodríguez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Charo Piñera Palacio Centro de Salud de Pravia
- Francisco Villazón González Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo

### ANSIEDAD

- Víctor Aparicio Basuri Hospital de Jove - Gijón
- José Arbesú Prieto Centro de Salud de Sama de Langreo

- Manuel Gómez Simón Centro de Salud Mental de Mieres
- Alfredo Guerrero Iturralde Centro de Salud La Calzada I - Gijón
- Rosa Iglesias Rivero Centro de Salud de Cangas del Narcea
- Marisa Noriega Morán Centro de Salud Mental III - Oviedo
- Elena Ruiz Herrera Centro de Salud Mental I - Gijón
- Isabel Sastre Gervás Gerencia A.P. Área VI - Arriendas
- Paloma Virgala Tejeiro Centro de Salud Contrueces - Gijón

#### ARTROSIS / DOLOR CRONICO

- Raquel Alegre Mateo Hospital Monte Naranco - Oviedo
- Pablo Belderraín Belderraín Centro de Salud de Figaredo
- Carmen García Villa Centro de Salud de Moreda
- Miguel Jiménez Álvarez Hospital San Agustín - Avilés
- Carmen Lago García Centro de Salud El Cristo - Oviedo
- Nuria López García Centro de Salud de Vegadeo
- Alfonso López Muñiz Facultad de Medicina Universidad de Oviedo
- Ana Isabel Rigueira García Gerencia A.P. Área III - Avilés
- Juan Carlos Torre Alonso Hospital Monte Naranco - Oviedo

#### CANCER DE COLON

- Martín Caicoya Gómez-Morán Hospital Monte Naranco - Oviedo
- Gonzalo Díaz Álvarez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- M<sup>a</sup> Antonia Estrada Miguez Hospital de Cabueñes - Gijón
- Manuel Florentino Fresno Forcelledo Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Marta González García Centro de Salud El Llano - Gijón
- José Granero Tarancón Hospital de Oriente Grande Cobian - Arriendas
- Angel Jiménez Lacave Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Laureano López Rivas Hospital San Agustín - Avilés
- Pedro Prada Gómez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Ana Vallina Alonso Centro de Salud de Arriendas
- José María Vieitez de Prado Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo

#### CANCER DE MAMA

- Inés Cossío Rodríguez Centro de Salud Otero - Oviedo
- José Manuel Gracia Marco Hospital de Cabueñes - Gijón
- José Manuel Iglesias Sanmartín Centro de Salud Ventanielles - Oviedo
- Concepción Ildefonso Cienfuegos Hospital de Oriente Grande Cobian - Arriendas
- Germán Juan Rijo Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Angel López Vázquez Hospital de Jarrio

- Primitiva Menéndez Rodríguez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Elena Olaguena Fuertes Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Carlos Pinto Llona Unidad de Salud Pública - Cangas del Narcea

#### CANCER DE PROSTATA

- Clavel Arce García Hospital de Cabueñes - Gijón
- Mercedes Cándena Arroyo Hospital San Agustín - Avilés
- Álvaro Cañada Martínez Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Enrique Cimas Hernando Centro de Salud Contrueces - Gijón
- Manuel Angel Díaz Argüello Hospital de Jove - Gijón
- Emilio Esteban González Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Eduardo Fernández Fernández Centro de Salud de Trevías
- Begoña Payá Martínez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Pedro Prada Gómez Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo

#### CANCER DE PULMON

- Fernanda Cifuentes Francisco Centro de Salud de Sotrongio
- Miguel Ángel Duo Buendía Hospital de Cabueñes - Gijón
- Carlos Escudero Bueno Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- Evaristo Lombardero Rico Hospital de Jarrio
- Ana Losada Diéguez Instituto Nacional de Silicosis - Oviedo
- Asunción Querejeta Recalde Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Alicia Rodríguez Fernández Centro de Salud El Coto - Gijón

#### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- Artemio Álvarez Cosme Centro de Salud Ventanielles - Oviedo
- Vicente Barriales Álvarez Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Alberto Cabal García Centro de Salud de Cabañaquinta
- Carlos J. Fernández Benítez Centro de Salud de Pola de Laviana
- Bernabé Fernández González Hospital Valle del Nalón - Langreo
- Francisco J. García Solar Hospital Vital Álvarez Buylla - Mieres
- Ángel Gómez Álvarez Hospital de Jarrio
- Pilar Martínez González Centro de Salud de Sama de Langreo
- Gabriel Redondo Torres Urgencias 061 - Oviedo
- Ana Sánchez Carrio Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo

#### DEMENCIA

- Ovidio Alonso Fernández Centro de Tratamiento Integral - Gijón



- Mercedes Álvarez del Solar
- Carlos Castaño Barrueta
- Lorenzo Fernández Barriales
- María Teresa García Beovides
- Elena García González
- Carmen Martínez Rodríguez
- Mayayu Muñiz Díaz
- Rocío Redondo Rodríguez

Centro de Salud Otero - Oviedo  
 Centro de Salud Natahoyo - Gijón  
 Centro de Salud Mental III - Oviedo  
 Hospital Monte Naranco - Oviedo  
 Centro de Salud de Vegadeo  
 Hospital de Cabueñes - Gijón  
 Centro de Salud de Arriondas  
 Hospital San Agustín - Avilés

#### DEPRESION

- Ana Isabel Alonso López
- Margarita Eguiagaray García
- Mariano Espín Fernández
- Isabel Fernández Rodríguez
- Susana García Tardón
- Carmen Rubio Otero
- Ana Esther Sánchez Gutiérrez
- Loreto Suárez Carcedo

Centro de Salud de Figaredo  
 Salud Mental - Oviedo  
 Salud Mental - Oviedo  
 Centro de Salud La Calzada I - Gijón  
 Salud Mental - Oviedo  
 Salud Mental - Oviedo  
 Centro de Salud Mental de Mieres  
 Centro de Salud Mental de Moreda

#### DIABETES

- Fernando Alonso Pérez
- Fernando Álvarez Guisasola
- Mari Luz Bobis Rodríguez
- Pedro Boix Pallarés
- Balbina Candás Collado
- Gloria Castaño Fernández
- Víctor Dos Santos Bernardo
- Delia Fernández Fidalgo
- Aurora Suárez Reguera

Gerencia A.P. Área V - Gijón  
 Centro de Salud La Calzada II - Gijón  
 Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo  
 Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo  
 Centro de Salud de Moreda  
 Hospital de San Agustín - Avilés  
 Hospital Valle del Nalón - Langreo  
 Centro de Salud El Coto - Gijón  
 Centro de Salud de Pravia

#### EJERCICIO FISICO

- Jose Ignacio Aybar González
- Elena Badallo Leon
- Rafael Javier Bernabé Martín
- Benjamín Fernández García
- Laura García Fernández
- Antonio Méndez Giménez
- Enrique Oltra Rodríguez
- Ignacio Sánchez Posada

Real Grupo de Cultura Covadonga - Gijón  
 Centro de Salud de Luarca  
 Centro de Profesorado de Gijón  
 Fundación Deportiva Municipal de Avilés  
 Centro de Salud La Calzada II - Gijón  
 I.S.E. Sánchez Lastra - Mieres  
 Área de Formación del SESPA - Oviedo  
 Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo

- Salvador Tranche Iparaguirre Centro de Salud El Cristo - Oviedo

#### EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

- Jesús Ibáñez Gómez Centro de Salud de Arriondas
- Amparo Lolo Moro Centro de Salud de Piedras Blancas
- M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Suárez Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Andrés Meana Meana Centro de Salud La Calzada I - Gijón
- Lorenzo Mier Lobato Hospital de Cabueñes - Gijón
- Amor Muñiz Fernández Gerencia de A.P. Área VIII - Langreo
- Olivia Santiago Moriana Hospital de Jarrio

#### EPOC

- Antonio Fernández Fernández Centro de Salud de Sotrongio
- Flor García Álvarez Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Marta García Clemente Hospital Vital Álvarez Buylla - Mieres
- Juan Gorostidi Pérez Hospital de Jarrio
- Ernesto Martínez Estrada Centro de Salud La Calzada II
- Joaquín Morís de la Tassa Hospital de Cabueñes - Gijón
- Sierra Muñiz Bargados Centro de Salud La Calzada II
- Begoña Paredes Ojanguren Hospital San Agustín - Avilés
- Javier Pérez Fernández Centro de Salud La Calzada II

#### ESQUIZOFRENIA

- Paz Arias García Centro de Salud Mental I - Gijón
- Daniel Echelbaum Sánchez Centro de Salud El Llano – Gijón
- Sofía García Mendez Centro de Salud Mental de Mieres
- María Teresa Gracia Corbato Hospital de Jove - Gijón
- José María Rodríguez-Lacín Centro de Salud Natahoyo - Gijón
- César Sanz de la Garza Centro de Salud Mental de Cangas del Narcea

#### HEPATITIS VIRICAS

- Pilar García Naval Centro de Salud El Cristo
- José González Marqués Centro Penitenciario de Villabona
- Covadonga López Truébano Centro de Salud Natahoyo - Gijón
- Ramón Pérez Alvarez Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Pilar Suarez Leiva Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Ernesto Tuñón Sanchez Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo

## HIPERTENSION

- Julia Fernández Díaz Centro de Salud Otero - Oviedo
- Ramón Forastepi Roza Hospital de Cabueñes - Gijón
- Maria José Gómez Castro Centro de Salud La Carriona - Avilés
- Javier Guerediaga Madariaga Hospital San Agustín - Avilés
- Julio Herrera Pérez de Villar Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Pilar Hurtado Álvarez Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo
- Miguel Ángel Prieto Díaz Centro de Salud de Concinos - Oviedo
- Fernando Tejada Barrigón Hospital de Oriente Grande Cobian - Arriondas
- Ignacio Vázquez Prada Centro de Salud Contrueces - Gijón

## **ANEXO 6:**

### **ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS**

#### **TABLAS:**

I.	“Avanzando en Equidad”. Estructuras Responsables	página 69
II.	“Sumando Esfuerzos”. Estructuras Responsables	página 102
III.	“Ganando Salud”. Estructuras Responsables	página 179
IV.	Indicadores de la Red de Atención Hospitalaria	página 199
V.	Relación de profesionales sanitarios colegiados por habitante	página 201
VI.	Gasto sanitario por habitante de las diferentes CCAA	página 202
VII.	“Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria”. Estructuras Responsables	página 230
VIII.	Líneas Presupuestarias	página 239
IX.	Dimensiones a evaluar	página 243
X.	Principales problemas de salud en Asturias según los ciudadanos	página 256
XI.	Principales problemas de salud en Asturias según los profesionales	página 257
XII.	Criterios de priorización de los problemas de salud y su ponderación	página 259
XIII.	Áreas/problemas de salud priorizados	página 260
XIV.	Indicadores Avanzando en Equidad	página 261
XV.	Indicadores Sumando Esfuerzos	página 262
XVI.	Indicadores Ganando Salud	página 263
XVII.	Indicadores Mejorando la Calidad de la Atención Sanitaria	página 264

#### **FIGURAS:**

1.	Esquema de elaboración del Plan de Salud para Asturias	página 24
2.	Herramientas utilizadas en el proceso de elaboración	página 25
3.	Esquema General del Plan de Salud	página 37
4.	Estructura del Plan de Salud	página 39
5.	Ciclo de desarrollo del Plan de Salud	página 40



## ANEXO 7:

### BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) “Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997” Ed. Instituto de Salud” Carlos III”. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailen M, Colmenero Ruiz M, Garcia Delgado M, Grupo ARIAM. La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. Aten Primaria. 2001; 27: 478-483.

Agudo A, Amiano P, Barcos A, Barricarte A, Beguiristain JM, Chirlaque MD et al. Dietary intake of vegetables and fruits among adults in five regions of Spain. EPIC Group of Spain. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Eur J Clin Nutr 1999; 53: 174-180.

Agudo A, Argilaga S, González C, en nombre del Grupo EPIC-España. Cambios en el hábito de fumar en la cohorte EPIC-España. Gac Sanit 2001;15(Supl 2): 125-7.

Antó JM. Políticas de salud orientadas por problemas. Quaderns CAPS 1992; 17: 5-8.

Arbesú E, Fernández S, García J, Donate I, Mosquera C. Normativa antitabaco: ¿Qué ocurre en los centros sanitarios?. Gac Sanit 1999;13: 9107.

Arbesú E, Fernández S, García F, Mosquera C, Uría M. La salud de las mujeres en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.

Banegas JR, Estapé J, González J, López V, Pardell H, Salvador T et al. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. Semergen 1999; 25: 702-711.

Barriales Álvarez V. Rodríguez Blanco VM. Estilo de vida y factores de riesgo cardiovascular. Med Clin (Barc) 1995; 105: 338-340.

Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. BMJ 1997; 314: 1194.

Bengoa R, Echevarria K, Fernández J, Vbia JM, Camprubi J (coord.). Sanidad: la reforma posible. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España S.A.; 1997.

Berger A. The impact of new technologies in medicine. BMJ 1999; 318: 346.

Berrino F, Capocaccia RE, Jeal E. Survival of Cancer Patients in Europe: The EURO CARE-2 Study. IARC Scientific Publ. No 151. Lyon: IARC, 1999.

Biurrun Unzué A. Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Rev Gerontología 2000; 16: 155.

Black N. Evidence based policy: proceed with care. BMJ 2001; 323: 275-279.

Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillen F, Hart WM, Espinosa C et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. Med Clin (Barc)1999; 113: 690-695.

Bohigas Ll. Plan de salud y privatización de servicios. Aten Primaria 1994; 14: 527-528.

Bonfill X (ed). Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia. Madrid: Saned; 2000.

Borrell C, Pasarín ML. The study of social inequalities in health in Spain: Where are we? J Epidemiol Community Health 1999; 53: 388-389.

- Bosch X. Investigating the reasons for Spain's falling birth rate. *Lancet* 1998; 352: 887.
- Botas Cervero P, Delgado Álvarez E, Castaño Fernández G, Díaz de Greñu C, Prieto Santiago J, Díaz Cadórniga FJ. Prevalencia de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa en población entre 30 y 75 años en Asturias, España. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 421-427.
- Brotons C, Gabriel R, Muniz J, Ribera A, Málaga S, Sáenz E et al. Patrón de la distribución de colesterol total y cHDL en niños y adolescentes españoles: estudio RICARDIN. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:644-649.
- Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadán M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.
- Bueno JM, Casajuana J, Davins J, Fernández de Sanmamed MJ, De Marcos L, Marquet R et al. Al otro lado... de la mesa. La perspectiva del cliente. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria; 1999.
- Busse R, Wismar M. Health targets programmes and health care services. Any link? A conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy* 2002; 59: 209-221.
- Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. *Eur J Pub Health* 2000; 10 (Supl. 4): 45-50.
- Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Planes de salud. *Gac Sanit* 1999; 13: 478-480.
- Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, eds. Informe SEESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Conselleria de Sanitat, Subsecretaria per a l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2002.
- Caicoya M, Miron JA. Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gac Sanit*. 2003; 17: 226-30.
- Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2001 [Consulta 31 octubre 2001]. Disponible en URL: <http://www.cihi.ca/HealthReport2001/toc.shtml>
- Cañada Martínez A, García González JV, Rodríguez Suárez V, Fernández Noval F, Fernández Rodríguez C, Huerta González I. Efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la mortalidad: Resultados del proyecto EMECAM en dos ciudades de Asturias. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73: 187-197.
- Cañada Martínez A, Margolles Martins M. La situación de la salud en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Material no publicado; 2003.
- Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2001; 15: 154-165.
- Casado D, López Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundació La Caixa; 2001.
- Casado V, Sevilla F, Elola J. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 265-274.
- Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! *Atención Primaria* 2001; 27: 297-298.
- Castells X, Mercadé LI, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. En: Cavases JM, Villalbí JZR, Aibar C (eds.). Informe SEESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) 2002; 495-510.

Chambless L, Keil U, Dobson A, Mähönen M, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, Löwel H, et al. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease. Results from the WHO MONICA Project 1985-1990. *Circulation* 1997; 96: 3849-3859.

Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572

Cogersa. Gestión de residuos [en línea]. Asturias: 2003. [Consulta: 29 enero 2003]. Disponible en URL: <http://www.cogersa.es/frameset.htm?id=e>.

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. En Becoña E (Coord.) Libro Blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 253-258.

Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. Análisis de la situación económica y social de Asturias, 2001. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias; 2002.

Costa J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitarios. *Gac Sanit* 2001; 15: 237-244.

Da costa VL, Nikogossian H. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: la globalización de la salud pública. *Prev Tab* 2003; 5: 71-75.

Declaración de Río sobre el Medio ambiente y el Desarrollo. 1992. Cumbre para la Tierra. Programa 21. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo y el Medio Ambiente; 1992

Decreto 90/2003, de 31 de julio, de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Decreto 174/2003, de 28 de agosto, por el que se regula la estructura orgánica básica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior; 2000.

Department of Health. Saving Lives: Our Healthier Nation [en línea]. London: Public Health Division, december 1999, january 31, 2003. [Consulta: 29 enero 2003]. Disponible en URL: <http://www.ohn.gov.uk/nfhome.html>.

Dirección General de Salud Pública.. Memoria de legislatura 1999-2003 [CD-ROM]. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2003.

Duncan B. Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it. *BMJ* 2002; 324: 1027-1030.

Durán A. Los servicios sanitarios y los planes de salud. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 4: 171-190.

Encuesta "La violencia contra las mujeres". Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.

Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2001.

Encuesta de salud para Asturias 2002. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Datos no publicados; 2003.

Encuesta de seroprevalencia de Asturias 2002. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Datos no publicados; 2003.



- Encuesta Nacional de Fecundidad, 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles. Valencia: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2001.
- Espinosa de los Monteros J, Díaz V, Toribio Á, Rodríguez E, Larraga V, Conde J et al. La investigación biomédica en España (I). Evaluación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) a través de los proyectos de investigación financiados en el período 1988-1995 a instituciones sanitarias asistenciales (hospitales). *Medicina Clínica* 1999; 112: 182-197.
- Espinosa de los Monteros J, Díaz V, Toribio Á, Rodríguez E, Larraga V, Conde J et al. La investigación biomédica en España (II). Evaluación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) a través de los proyectos de investigación financiados en el período 1988-1995 a centros de investigación, facultades y escuelas. *Medicina Clínica* 1999; 112: 225-235.
- Estrategias de calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2004-2007. Oviedo: Dirección General de la Organización de Prestaciones Sanitarias; 2003.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report 2001; 2002. Report No 66.
- Evaluación del Plan de Salud para Asturias. Agenda 95. Principado de Asturias: Consejería de Servicios Sociales; 1997.
- Fernández A, Arbesú E, Quirós JR, Morote P. Descripción del hábito tabáquico de la cohorte European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition en Asturias. *Gac Sanit* 2001; 15: 125 - 127
- Fernández de Gamarra JM. De la planificación a los contratos. En: La gestión de servicios sanitarios orientada a las mejoras de salud. Santander: Curso Universidad Internacional Menéndez y Pelayo; 1996: 113-130.
- Fernández Fernández I, Aguilar Diosdado M, Amaya Baro ML, Barriguete Andreu, MI, Benito López P, Cornejo Castillo M, et al. Diabetes mellitus tipo 2: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2002.
- Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997; 19: 127-132.
- Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying. *Health Aff* 2003; 2: 219-226.
- Fuentes Alvarez MD, Llorente Suarez L, Bousquets Toral L, Artimez ML, Rodrigo Saez L. An epidemiologic study on the prevalence of alcohol consumption in a rural area of Asturias (council of Somiedo). *An Med Interna* 1995; 12: 524-529.
- Fundación La Caixa: Anuario Social de España 2002 [en línea]. Barcelona: Diciembre 2002. [Consulta 27 Junio 2003]. Disponible en URL: <http://www.anuariosoc2002b.lacaixa.comunicacions.com/>
- Gaminde I. Priorities in healthcare: A perspective from Spain. *Health Policy* 1999; 50: 55-70.
- García García FJ, Sánchez Ayala MI, Pérez MA, Martín CE, Marsal AC, Rodríguez FG et al. The prevalence of dementia and its main subtypes in subjects older than 65 years: impact of occupation and education. The Toledo Study. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 401-407.
- García Gil C, Solano A. Salud y desigualdad social. *Med Clin (Barc)* 1993; 100:296-298.
- García J, Aparicio V, Eds. Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1990.

gCSalud. Un espacio de conocimiento. Programa de Formación 2003. Oviedo: Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana. Servicio de Salud del principado de Asturias; 2003.

Gené J, Contel JC. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson; 2001.

Gispert R, Van de Water HPA, Van Herten LM. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso. Gac Sanit 2000; 14 (Supl.3): 34-44.

Gómez V, Candas MA, Fidalgo S, Armesto J, Calvo MJ, de Marino MA, et al. Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. Aten Primaria 2000; 25: 618-624.

González CA, Agudo A, Argilaga1 S, Amiano P, Ardanaz E, Barricarte A et al. Estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) y la investigación sobre dieta y cáncer en Europa. An Sist Sanit Navar 2001; 24: 75-82.

González CA, Agudo A y Grupo EPIC de España. Patrones de consumo y principales fuentes de ingesta de lípidos y ácidos grasos en la cohorte española del estudio prospectivo europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC). Med Clin (Barc) 1999; 112:125-132.

González J, Pérez R. Interrupción voluntaria del embarazo: accesibilidad según Comunidad Autónoma de residencia 1990-2000. Gac Sanit 2002; 16 (suppl 1): 88.

Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. Vallgata S. Eur J Public Health, 2001, 11: 386-392.

Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. Vallgarda S. Eur J Public Health 2001; 11: 386-392.

Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Atención Primaria 1998; 21: 489-498.

Grupo de Trabajo del Informe de salud Materno-Infantil. Informe de la Salud Materno-Infantil en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios de Sanitarios; 2002.

Grupo EPIC de España. El estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) en España. Med Clin (Barc) 1994; 102: 781-785.

Grupos de trabajo del Informe de Salud Materno Infantil. La Salud Materno Infantil en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2002.

Gutiérrez-Fisac JL. La obesidad: una epidemia en curso. Medicina Clínica (Barc) 1998; 111: 456-458.

Harrigan M. Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous Quality Improvement, 2 nd ed. [en línea]. Vancouver: Minister of Public Works and Government Services Canada, November 1999. [Consulta: 29 enero 2003]. URL disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/quest/index.html>.

Health promotion Agency for Northern Ireland. Drugsalcohol info [en línea]. Belfast: Health Development Officer, 2003; march 27, 2003. [Consulta: 14 abril 2003]. URL disponible en: [www.drugsalcohol.info/alcohol/default.asp?artId=6](http://www.drugsalcohol.info/alcohol/default.asp?artId=6).

Healthy People 2010, Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health. [Fecha de consulta: 25-09-03]. Disponible en URL: <http://www.health.gov/healthypeople/>.

Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ed. Madrid: Mundi-Prensa; 2003.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2001.

II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010. Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2002.

II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León; 1998.

II Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo; 2001.

II Plan de Salud de Navarra 2001-2005. An Sist Sanit Navar 2001; 24: Supl 3.

III Plan de Salud de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad, 2003.

Informe del Programa de Prevención de Cáncer de Mama en Asturias. Informe de situación, evaluación y propuestas de mejora. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2003

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud, 2001.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). Indicateurs de la santé: publication électronique. [Consulta 10-01-03]. Disponible en URL: <http://www.cihi.ca>.

Instituto de Salud Carlos III: Información Epidemiológica [en línea]: Madrid.[Consultas múltiples a partir de Enero de 2003]. Disponible en URL: [http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?MIval=cw\\_usr\\_view\\_Folder&ID=141](http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?MIval=cw_usr_view_Folder&ID=141)

Instituto Nacional de Estadística: INE base [en línea]. Madrid. [Consultas múltiples a partir del 10 de Agosto de 2002]. Disponible en URL: <http://www.ine.es/inebase/index.html>

INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000. Tasas de morbilidad hospitalaria y estancias medias por diagnóstico, clase de variable y sexo [consultado el 22 de septiembre de 2002]. Disponible en URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.

Jadad AR, Enkin MW. The new alchemy: transmuting information into knowledge in an electronic age. CMAJ 2000; 162: 1826-1828.

Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE et al. The effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity. A systematic review. Am J Prev Med 2002; 22 (4Suppl): 73-107.

Kao JH, Chen DS. Global control of Hepatitis B virus infection. Lancet Infect Dis 2002; 2: 395-403.

Kotter JP. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. Harvard Business Review 1995; 2: 59-67.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

La situación sociolaboral de la mujer en Asturias 2000. Oviedo: Secretaría de la Mujer de CCOO de Asturias; 2001.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.

Laritzgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy 1997; 41: 121-137.

Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 56, de 08-03-03.

- Ley 5/95, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras. Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 89, de 19-04-95.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 162, de 13-07-92.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-86.
- Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2003.
- Libro Blanco del Cáncer. Consejería de Servicios Sociales. Principado de Asturias; 1999.
- López ML, Comas A, Herrero P, Pereiro S, Fernández M, Thomas H et al. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 303-318.
- Loredo J, Ordonez A, Charlesworth S, De Miguel E. Influence of industry on the geochemical urban environment of Mieres (Spain) and associated health risk. *Environ Geochem Health*. 2003; 25: 307-323.
- Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 617-624.
- Mackenbach JP. Tackling inequalities in health. *BMJ* 1995; 310: 1152-1153.
- Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
- Martínez Aguayo C. Los Planes de Salud: la perspectiva de la gestión. En: La gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de la salud. Madrid: MSD, Universidad Internacional Menéndez Pelayo de España; 1997.
- Martinez Sande JL, Casariego Roson JR, Alonso Orcajo N, Rodríguez Llorian A: Estudio del tabaquismo en profesionales sanitarios del medio hospitalario de Asturias. *Rev Esp Cardiol* 1990; 43: 219-226.
- McKee M, Berman P. Health targets in Europe: learning from experience. *Eur J Public Health* 2000;10: 1.
- Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1417-1424.
- Memoria 2000-2001. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Encuesta Nacional de Salud 2001 avance de resultados [en línea]. Madrid Octubre 2003. [Consulta 30 de Octubre de 2003]. Disponible en URL: [http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2001/avance\\_resultados.htm](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2001/avance_resultados.htm)
- Moreno V, González JR, Soler M, Bosch FX, Kogevinas M, Borràs JM, en nombre del grupo de Estudio de las Causas del Cáncer en España. Estimación de la incidencia de cancer en España: Periodo 1993-1996. *Gac Sanit* 2001; 15: 380-388.
- Morote Gómez MP, Álvarez Riesgo JA, Quirós García JR. Supervivencia del cáncer de pulmón en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2001.
- Mortalidad en Asturias 2001. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.
- Muir Gray AJ. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone España; 1997.

- Navarro Alonso JA. La Vacunología en los albores del siglo XXI. *Aten Prim* 2002; 29:569-74.
- Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Anagrama, 2002.
- NHS Executive. NHS performance indicators. London: Department of Health; 1998.
- NHS Executive. The NHS performance assessment framework. London: Department of Health; 2000.
- Observatorio ocupacional. [en línea]. Instituto Nacional de Empleo, Madrid. [Consultas múltiples a partir de mayo 2003]. Disponible en URL: [http://www.inem.es/ciudadano/p\\_observatorio.html](http://www.inem.es/ciudadano/p_observatorio.html).
- Observatorio permanente sobre la inmigración. [en línea]. Ministerio del Interior, Madrid. [Consultas múltiples a partir de octubre 2002]. Disponible en URL: <http://www.mir.es/dgei/>.
- Oñorbe J, Mata M. Los planes de salud de las Comunidades Autónomas y las intervenciones. En: Navarro C, Cabasés J, Tormo MJ, editores. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona, SG Editores; 1995.
- Organización Mundial de la Salud Oficina Regional de Europa: Health for All Databases 2000, 2001, 2002[en línea]. Copenhague Junio de 2003. [Consultas múltiples a partir de Julio 2003]. Disponible en URL: <http://www.who.dk/hfadb>
- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*1996; 106: 97-102.
- Ortún V, Gervás J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez C, Peiró S (eds.). Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000: 363-369.
- Osasuna Zainduz: Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca. Vitoria: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 1993.
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHQ, Geneve.1986.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-7.
- Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 126-131.
- Peiró S, Álvarez-Dardet C. Están los mimbres y falta hacer la cesta: evaluando la estrategia SPT-2000 en España. *Gac Sanit* 1999; 13: 4221-424.
- Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
- Plan Andaluz de Salud 1999-2002. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1999.
- Plan de medidas urgentes de promoción del empleo de personas con discapacidad. Acuerdo del Consejo de ministros, octubre de 1997.
- Plan de Salud de Cantabria 1996-2000. Santander: Gobierno de Cantabria; 1996.
- Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2004. Madrid: Consejería de Sanidad; 1995.
- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2001.
- Plan de Salud de la Rioja. Logroño: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social; 1998.

Plan de Salud para Asturias. Mejorando la Salud. Estrategias de salud para Asturias. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1995.

Plan de Salud para Asturias. Objetivos e indicadores. Situación de partida y evolución. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2000.

Plan director de obras de saneamiento del Principado de Asturias 2002 – 2013. Gobierno del Principado de Asturias; 2002.

Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001–2003. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2000.

Plan sobre SIDA: para Asturias. Proceso de reflexión y debate con la sociedad. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.

Plan sobre drogas: para Asturias 2001-2003. Proceso de reflexión y debate con la sociedad. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2001.

Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. San Sebastián: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2002.

Prieto Carles C, Gómez-Gerique J, Gutiérrez Millet V, Veiga de Cabo J, Sanz Martul E, Mendoza Hernández JL. Análisis del proceso evaluador de los proyectos de investigación en el Fondo de Investigación Sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 418-422.

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002; 325:314.

Real Decreto 938/89, de 21 de julio, por el que se establecen el Procedimiento y Plazos para la Formación de los Planes Integrados de Salud 1989. *Boletín Oficial del Estado* 28-07-89.

Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero AA. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 13-15.

Registro Nacional de SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Vigilancia del SIDA en España. Situación a 31 de Diciembre de 2001; 2002. Informe num. 2/01.

Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gac Sanit* 1999; 15: 474-477.

Resolución de la Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias de 23 de diciembre de 1997: Comisión General de Participación y las Comisiones de Participación de Área.

Richard S. In search of "non-disease". *BMJ* 2002; 324: 883-885.

Rodríguez M, Martínez A, Sala P, Pérez R, Linares A, Sánchez-Lombrana JL, Rodrigo L. Etiología y epidemiología de 547 episodios de hepatitis viral aguda diagnosticados en adultos en un hospital general. *Gastroenterol Hepatol* 1996; 19: 285-291.

Rohfls I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimiento. *Gac Sanit* 2000; 14: 146-155.

Rosen R. Improving quality in the changing world of primary care. *BMJ* 2000; 321: 551-554.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

Sadei. Movimiento natural de la población de Asturias, 2001. Avilés: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 2002.

Sánchez CM. La medición de la clase social de las mujeres. En: Borrell C, Sánchez C, Rohlfs I, Permanyer E, eds. La medida de la clase social y su impacto en el estudio de las desigualdades en salud. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública/Instituto de la Mujer, 1996; p. 2-16.

Secretaría del Plan Nacional contra el SIDA. Infección por VIH y SIDA, Plan Multisectorial 2001-2005. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica 2001. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2002.

Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002; 11: 659-666.

Serra Majem LI, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Roman Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 126-131.

Serra-Majem L, Aranceta J, Mataix J, eds. Guías alimentarias para la población española. Documento de consenso. Barcelona: SG Editores, 1995.

Sevilla F. Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Administración Sanitaria* 2000; 4: 63-83.

Sistema de información ambiental del Principado de Asturias (SIAPA). [en línea]. Oviedo. [Consulta 30 de noviembre de 2002]. Disponible en URL: <http://tematico.princast.es/mediambi/siapa/web/documentacion/index.htm?>

Smith R. The future of healthcare systems. *BMJ* 1997; 314: 1495-1496.

Suárez A, Navascués CA, García R, Peredo B, Miguel D, Menéndez MT et al Prevalencia de marcadores frente a los virus A y B de la hepatitis en población de Gijón entre 6 y 25 años de edad. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 491-494

Suárez A, Riestra S, Navascués CA, Sotorriño NG, Rodríguez M, Tévar F et al Donantes de sangre con HBsAg positivo en Asturias: prevalencia actual y su significado. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 329-332

Systematic reviews of relevant evidence del plan contra el cáncer elaborado por el National Health Service. Universidad de York. 2000. [Fecha de consulta 10-01-03]. Disponible en URL: [www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm](http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm).

Sobradillo Peña V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia y en el infradiagnóstico de la EPOC. Resultados del estudio epidemiológico multicéntrico IBERPOC. *Chest* 2000; 118: 981-989.

Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI): Índice Temático de Datos - series anuales [en línea]. Oviedo. [Consultas múltiples a partir de Agosto de 2002]. Disponible en URL: <http://www.sadei.es>

Sociedad Canaria de Salud Pública. SESPAS. Los Planes de Salud. Las Palmas de Gran Canaria: Sociedad Canaria de Salud Pública; 2001.

Sociedad Canaria de Salud Pública. SESPAS. II Taller sobre Planes de Salud. Aportando Viabilidad a Nuestros Planes de Salud. Las Palmas de Gran Canaria: Sociedad Canaria de Salud Pública; 2002.

Starfield, B. Improving equity in health: A research agenda. *Int J Health Serv* 2001; 31: 545-566.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.

Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303- 309.

Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit* 2001; 15: 104-110.

Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 97-105.

The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion 21st Century. HPR/HEP/41 CHP/BR/97.4. Geneva: WHO; 1997.

Townsend P, Davidson N, eds. *The Black Report*. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health. The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin books, 2nd ed.; 1992.

Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. *Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet* 1999; 353:1547-1557.

Uría Urraza M. Por qué las mujeres asturianas tienen quizá la fecundidad más baja de Europa. *Gac Sanit* 2002; 16: 63 – 66

US Prevention Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services 2ª ed*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

Van Herten LM, Gunning-Shepers. Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned. *Health Policy* 2000; 53: 1-11.

Van Herten LM, Gunning-Shepers. Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application. *Health Policy*. 2000;53: 13-23.

Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001; 15: 265-272.

Villavicencio Carrillo P, Sebastian Herranz J. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1998.

WHO MONICA Project. Risk Factors. *Int J Epidemiol* 1989 (supl 1): 46-55.

WHO Regional Office for Europe, The European Stroke Council. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. *J Int Med* 1996; 240.

Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 2002; 59: 223-241.

World Health Organization. Certification of poliomyelitis eradication. European Region, June 2002. *Wkly Epidemiol Rec* 2002; 77: 221-224.

World Health Organization. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Ginebra: Global Programme on evidence for health policy. WHO; 1999: 13.

World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region. 21 targets for the 21<sup>st</sup> century*. Copenhagen: WHO; 1999.

World Health Organization. *The Global Burden of Disease*. [en línea]. Cambridge: Burden of Disease Unit, Global Programme on Evidence for Health Policy, august 3, 1998, July, 2001. [Consulta: 31 octubre 2002]. Disponible en URL: <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>