

Estrategia de Salud Pública 2022

ESP 2022

Mejorando la salud y el
bienestar de la población

Estrategia de Salud Pública 2022

ESP 2022

Mejorando la salud y el
bienestar de la población

La Estrategia de Salud Pública 2022 ha sido aprobada por:

- **Comisión de Salud Pública (9 de junio de 2022).**
- **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (22 de junio de 2022).**

Informado el Consejo de Ministros.

La edición de este documento corresponde al Ministerio de Sanidad. Ha contado con la aportación de múltiples profesionales. El texto final no refleja necesariamente las opiniones de todas las personas que han participado en el complejo proceso de redacción.



© Iconos procedentes de los repositorios Adobe Stock y Flaticon/Freepik.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 133-22-152-2

NIPO en línea: 133-22-153-8

Depósito Legal: M-29726-2022

<https://cpage.mpr.gob.es>

Estrategia de Salud Pública 2022

ESP 2022

Mejorando la salud y el
bienestar de la población



El Ministerio de Sanidad agradece y reconoce la participación de numerosas personas en la redacción de la Estrategia de Salud Pública 2022. Todas las que han colaborado en este trabajo son profesionales que tienen relación con la salud pública, y lo han hecho con generosidad y competencia profesional.

Coordinación:

María D. Ramiro González

Grupo redactor:

Blanca Botello Díaz; Laura Calvo Prieto; Javier del Águila Mejía; Montserrat García Gómez; Carlos Iniesta Mármol; María Soledad Justo Gil; María Vicenta Labrador Cañadas; Julio las Heras Mosteiro; Patricia López Pereira; David Martín de la Mota Sanz; Marian Mendoza García; Oriana Ramírez Rubio; María D. Ramiro González; Laura Sánchez-Cambronero Cejudo; Pilar Soler Crespo; Alberto Vallejo Plaza

Ministerio de Sanidad:

Secretaría de Estado de Sanidad
Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud
 Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud
 Subdirección General de Información Sanitaria
Dirección General de Salud Pública
 S.G. de Sanidad Exterior
 Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
 S.G. de Promoción de la Salud y Prevención
 S.G. de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
 S.G. de Calidad Asistencial
 División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
 Observatorio de Salud de las Mujeres
Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia
Dirección General de Ordenación Profesional
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)
Organización Nacional de Trasplantes (ONT)
Subsecretaría de Sanidad

Otros Ministerios:

Presidencia del Gobierno
 Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil
Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
 Dirección General de Sanidad de la Producción Agraria
 Subdirección General de Promoción de los Alimentos de España
Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital
Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
Ministerio de Ciencia e Innovación
 Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)
Ministerio de Consumo
 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)
Ministerio de Cultura y Deporte
 Consejo Superior de Deportes (CSD)
 Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD)
Ministerio de Defensa
 Inspección General de Sanidad de la Defensa
Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
 Dirección General de Derechos de la Infancia y Adolescencia

Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad
Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)
Subdirección General de Programas Sociales
Ministerio de Educación y Formación Profesional
Subdirección General de Cooperación Territorial e Innovación Educativa
Ministerio de Hacienda y Función Pública
Ministerio de Igualdad
Instituto de las Mujeres (INMUJERES)
Subdirección General de Derechos LGTBI
Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
Dirección General de Atención Humanitaria e Inclusión Social de la Inmigración
Dirección General de Migraciones
Ministerio de Política Territorial
Subdirección General de Coordinación de la Administración General del Estado en el Territorio
Ministerio de Trabajo y Economía Social
Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana
Oficina de la Bicicleta
Ministerio de Universidades
Ministerio del Interior
Dirección General de Tráfico (DGT)
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria
Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico
Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental
Oficina Española de Cambio Climático

Comunidades y Ciudades Autónomas:

Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Aragón. Departamento de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Canarias. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Castilla y León. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Cataluña. Departamento de Salud. Secretaría de Salud Pública
Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Comunidad Foral de Navarra. Departamento de Salud. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
Comunitat Valenciana. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública
Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública
Galicia. Consellería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública
Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Participación
La Rioja. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados
País Vasco. Departamento de Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones
Principado de Asturias. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública
Región de Murcia. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Ciudad Autónoma de Ceuta. Consejería de Sanidad, Consumo y Gobernación. Dirección General de Sanidad y Consumo
Ciudad Autónoma de Melilla. Consejería de Políticas Sociales, Salud Pública y Bienestar Animal. Dirección General de Salud Pública y Consumo

Administración Local:

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)

Sociedades y asociaciones científicas:

Asociación Española de Vacunología (AEV)
Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)

Plataforma One Health

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

Personas expertas en salud pública:

Rafael Cofiño Fernández

Pello Latasa Zamalloa

Sonia Navas Recio

Miguel Ángel Royo Bordonada

Colaboración en diseño y edición:

Cristina Coll Fernández (Tragsatec)

José Ignacio Cortés Riveiro (Tragsatec)

Rubén Martín Bravo (Tragsatec)

Marina Saiz Sabater

Índice

11	Prólogo
13	Resumen ejecutivo
15	Abreviaturas y acrónimos
17	Introducción
24	Metodología
25	Enfoque y Principios
26	Marco Normativo
29	Análisis de situación
29	Estado de salud de la población
29	Esperanza de vida
30	Mortalidad
33	Morbilidad
41	Determinantes de la salud
81	Estado de la salud pública
81	Estructuras de la salud pública
84	Instrumentos ejecutores y facilitadores en salud pública
87	Salud pública internacional
90	El trabajo y los profesionales de la salud pública
93	La información y vigilancia en salud pública
95	Comunicación y abogacía de la salud pública
99	Líneas estratégicas
102	Línea Estratégica 1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población
102	Metas
102	Acciones prioritarias
105	Línea Estratégica 2. Actualizar la vigilancia de la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud
105	Metas
105	Acciones prioritarias
107	Línea Estratégica 3. Mejorar la salud y el bienestar de la población a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles
107	Metas
107	Acciones prioritarias
111	Línea Estratégica 4. Promover la salud y la equidad en salud de la población a lo largo de la vida
111	Metas
111	Acciones prioritarias

113	Implementación, seguimiento y evaluación
113	Principales indicadores de resultados en salud de la población
116	Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 1: Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población
123	Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 2: Actualizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud
126	Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 3: Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida, prevención de enfermedades y entornos saludables, seguros y sostenibles
146	Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 4: Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida
155	Anexos
155	Anexo 1. Marco Normativo
161	Anexo 2. Salud pública internacional
166	Anexo 3. Ficha de indicadores para evaluación

Prólogo

La salud es uno de los bienes más preciados para las personas y es fundamental para construir sociedades fuertes, resilientes y productivas.

La salud pública, entendida como el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas con la participación del resto de la sociedad, se encarga de la protección y la promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, como objetivos que toda sociedad debe aspirar a lograr, teniendo en cuenta las necesidades de todas las personas, con independencia de su lugar de nacimiento, edad, sexo, condición social o económica, y las costumbres culturales, sociales y religiosas que puedan existir.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, estableció la necesidad de disponer de una Estrategia de Salud Pública que sirva como herramienta para propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y se facilite la acción intersectorial en esta materia.

Recientemente, la crisis social, sanitaria y económica producida por la pandemia por SARS-CoV-2 ha puesto en evidencia la importancia de que los países dispongan de una salud pública sólida con capacidad de vigilancia y de respuesta frente a los desafíos presentes y futuros de nuestra sociedad.

La Estrategia de Salud Pública 2022 surge, por lo tanto, para dar respuesta al mandato legal y como un compromiso de país, para fortalecer la salud pública y contribuir a la salud de las personas. Es la primera Estrategia de carácter nacional en materia de salud pública. Tiene un enfoque transversal e integrativo y se fundamenta en el trabajo sobre los determinantes de la salud, la salud en todas las políticas, el enfoque “Una sola salud” y la gobernanza para la salud. Asimismo, se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, como compromiso para la necesaria mejora de la salud global.

La Estrategia es un texto participado que ha integrado la experiencia y la perspectiva de todas las comunidades y ciudades autónomas, las sociedades científicas y otras entidades referentes en el marco de la salud pública. Igualmente, su marcado carácter transversal requiere de la implicación de toda la sociedad, la necesaria participación y colaboración de todos los niveles de la Administración Pública, general, autonómico y local, las entidades científicas y sociales, asociaciones de pacientes y grupos no gubernamentales, y la participación comunitaria, a través de acciones individuales o grupales, porque la salud de la población es una responsabilidad colectiva.

En la Estrategia se incluye un amplio análisis del estado de salud de la población, así como una reflexión sobre el estado de la salud pública. Este análisis no solo plasma el estado de situación en este momento, sino que ayuda a establecer las prioridades que deben guiar las actuaciones en salud pública en nuestro país en los próximos años.

La Estrategia de Salud Pública 2022 constituye, por lo tanto, el marco de coordinación para nuestro país en materia de salud pública, al tiempo que establece las acciones prioritarias, con objetivos e indicadores concretos, para conseguir el mejor estado de salud y bienestar en la población.

Desde el convencimiento de que la Estrategia de Salud Pública 2022 será un documento de referencia para la salud pública y el instrumento inspirador que nos guíe para conseguir la mejor salud y bienestar de la población, quiero agradecer el trabajo compartido de quienes han intervenido en su elaboración.

Carolina Darias San Sebastián
Ministra de Sanidad

Resumen ejecutivo

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. Estas actuaciones deben responder a los principales problemas de salud de la población que requieren un abordaje integral, bien por su elevada prevalencia o por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica. Integrar estas actuaciones en una Estrategia de Salud Pública es una necesidad social que hasta ahora no había sido abordada en nuestro territorio.

La Ley 33/2011, General de Salud Pública, establece en su artículo 44 la necesidad de disponer de una Estrategia de Salud Pública que sirva como herramienta para definir las áreas de actuación sobre los factores determinantes de la salud, para propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y se facilite la acción intersectorial en esta materia mediante la identificación de sinergias.

La Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022) constituye la primera hoja de ruta común para todo nuestro territorio y establece las acciones prioritarias a llevar a cabo para crear un marco de referencia para la coordinación de todos los agentes implicados. Además, esta **ESP 2022** será el instrumento que articule y enlace eficientemente las diferentes iniciativas en salud pública desarrolladas a nivel internacional con las políticas nacionales (generales, autonómicas y locales), teniendo en cuenta la configuración política y organizativa de España.

Se fundamenta en 5 ejes de la salud pública que están ampliamente aceptados:

- Determinantes de la salud, con una fuerte orientación al abordaje de la equidad en salud.
- Salud en todas las políticas.
- Enfoque de Una sola salud.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.
- Gobernanza para la salud.

La **ESP 2022** aspira a ser un proyecto de coordinación general en materia de salud pública en nuestro territorio. Tiene, por lo tanto, un carácter global e integral, y no pretende definir todas las acciones concretas a implementar, sino reforzar las acciones y proyectos que ya están en marcha e inspirar lo que se realice en el futuro. Se trata de una estrategia que persigue resultados en salud a través de cambios funcionales en la salud pública, y planes y programas de acción concretos.

Se organiza en tres partes diferenciadas: la primera parte es introductoria, contiene un breve repaso evolutivo de la salud pública, remarcando las dos grandes transiciones sucedidas en el siglo pasado, la demográfica y la epidemiológica. Además, se describe la metodología utilizada en la redacción, el enfoque y principios sobre los que se fundamenta y el marco normativo que la encuadra.

En la segunda parte se incluye un análisis del estado de salud de la población de nuestro territorio y de la situación de la salud pública, tanto estructural como funcionalmente. Este análisis es la base para establecer prioridades en las acciones que se llevarán a cabo.

La tercera parte describe las líneas estratégicas de acción. En este apartado se incluyen metas para cada línea y se sugieren acciones a realizar. Finalmente, se añade un apartado de seguimiento y evaluación de la **ESP 2022** que incluye indicadores generales de resultados en salud y específicos para cada línea estratégica.

La **ESP 2022** se plantea con un enfoque intersectorial, multinivel, interdisciplinar y de participación múltiple, que permita abordar de forma integral las causas de los principales problemas de salud y mejorar el bienestar social y económico, reforzando y mejorando la eficiencia de las redes y flujos de cooperación entre todos los niveles de la Administración Pública. Para ello, además de la actuación coordinada de las Administraciones Públicas, es necesaria la articulación de agentes e instituciones con competencias y responsabilidades en la salud de la población, así como la participación comunitaria.

En definitiva, la **ESP 2022** supone el marco estratégico del que partirá la coordinación, colaboración y establecimiento de sinergias y alianzas para proteger y mejorar la salud y el bienestar de la población, y afrontar los desafíos futuros que puedan surgir. La **ESP 2022** sienta las bases para fortalecer nuestro sistema de salud pública y dotarlo de una hoja de ruta que persigue garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud de la población.

Abreviaturas y acrónimos

AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
CC.AA.	Comunidades y Ciudades Autónomas
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CIBER	Centro de Investigación Biomédica en Red
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
DAC	Declaración de Actuaciones Coordinadas
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades
ECHA	Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
ESP 2022	Estrategia de Salud Pública 2022
EVR	Enterococos vancomicina-resistentes
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
HaDEA	Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital
HERA	Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSST	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
IMPACT	Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OMS	Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés)
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PECTI	Acción Estratégica en Salud del Plan Estatal de Ciencia Tecnología e Innovación

PESMA	Plan Estratégico de Salud y Medioambiente
PRTR	Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia
REACH	Reglamento para el registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias químicas
REUPS	Red Española de Universidades Promotoras de la Salud
RSI 2005	Reglamento Sanitario Internacional 2005
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina
SIPES	Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud
UE	Unión Europea

Introducción

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

A lo largo del tiempo ha ido evolucionando y adaptándose al desarrollo socio-económico y a las necesidades detectadas. A la vez, ha incorporado el avance del conocimiento científico y técnico y la implicación de actores de los ámbitos local, autonómico, nacional e internacional.

Tradicionalmente, la salud pública se ha relacionado con el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles y las medidas de higiene personal¹. El siglo pasado marcó un momento especialmente importante para la salud pública de España y de otros países de su entorno, debido a dos cambios simultáneos y progresivos.

Una transición demográfica, en la que se observó un envejecimiento de la población secundario al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad, y una transición epidemiológica, mediante la cual la carga de enfermedad en nuestra población pasó de tener un patrón epidemiológico de enfermedades transmisibles a caracterizarse por la prevalencia mayoritaria de enfermedades crónicas no transmisibles y multifactoriales.

A estas transiciones se añade el movimiento natural de la población desde la vida rural a la vida urbana, y más actualmente la llegada de nuevas tecnologías de las comunicaciones sociales que han cambiado radicalmente la forma en que las personas y la sociedad se comunican.

En este escenario, se concibe que la salud de la población viene determinada tanto por las características biológicas de las personas como por las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, se relacionan y envejecen, y que a su vez vienen determinados por factores políticos, socioeconómicos, educativos, culturales, ambientales, de condiciones de empleo y trabajo, de apoyo sociofamiliar y de la comunidad, y con menor peso, por factores relacionados con la calidad y accesibilidad del sistema sanitario. Este conjunto de factores son los determinantes de la salud que pueden actuar positiva o negativamente en la salud y bienestar de las personas (Figura 1).

¹ Winslow, C.E. 1920. The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), pp.23-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

Figura 1. Marco de determinantes de la salud



Elaboración propia

Estos determinantes no están equitativamente distribuidos en la sociedad, y es este reparto desigual el que da lugar a las desigualdades e inequidades en salud, diferencias en salud injustas, sistemáticas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas inequidades pueden y deben abordarse desde las políticas públicas².

La salud y el bienestar se plantean como un eje continuo a lo largo de la vida en el que las personas somos copartícipes de nuestra salud, interaccionamos social y globalmente, y estamos bajo la influencia del medio que nos rodea. De esta forma, los determinantes de la salud pueden actuar como factores de riesgo para la salud o como factores protectores o promotores de la misma³.

Pasan a tener relevancia los activos para la salud, definidos como los factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y mejorar la salud y el bienestar, y que ayudan a reducir las desigualdades en salud⁴. Este enfoque se basa en el modelo salutogénico que

² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm

³ Ministerio de Sanidad. 2021. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

⁴ Morgan, A. and Ziglio, E. 2007. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14, pp.17-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>

se centra en la identificación y comprensión de aquello que genera salud como perspectiva positiva de salud^{5,6}.

El hecho de que la salud esté condicionada por estos determinantes implica que el abordaje de la salud necesite de la participación de más agentes en la construcción de las políticas públicas de salud: coordinación intersectorial y multinivel, participación ciudadana individual o colectiva, de sociedades científicas, profesionales y de pacientes, organizaciones no gubernamentales, de universidades, centros de investigación, etc. En este contexto, más allá del propio sector salud, se amplía el campo de actuación y colaboración a múltiples ámbitos que, de alguna manera, inciden en la salud y sin los cuales la intervención sobre los determinantes de la salud sería, cuando menos, difícil o incompleta. Aparece entonces el enfoque de **Salud en todas las políticas**^{7,8,9}, que aboga por tener sistemáticamente en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman tanto en los ámbitos y sectores de la salud como fuera de ellos.

Conocidas estas implicaciones, se buscarán sinergias para fomentar las acciones salutogénicas y evitar o minimizar aquellas acciones que se asocien a impactos perjudiciales en salud, con el fin de mejorar la salud, la equidad en salud y la calidad de vida de la población, así como promover el bienestar y la cohesión social, la economía y la sostenibilidad del sistema (Figura 2).

⁵ Juvinya-Canal, D. 2013. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm. Clín.*, 23(3), pp.87-88. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-salutogenesis-nuevas-perspectivas-promover-salud-S1130862113000466>

⁶ Cofino, R., Aviñó, D., Benedé, C.B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J.J. and Hernán, M. 2016. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta sanitaria*, 30, pp.93-98. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X/>

⁷ Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

⁸ Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013: La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Traducción del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

⁹ World Health Organization. 2015. Health in all policies: training manual. Geneva: World Health Organization; pp.271. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981_eng.pdf?sequence=1

Figura 2. Salud en todas las políticas



Elaboración propia

Además, comienza a ganar protagonismo la **evaluación del impacto en salud** como la combinación de procedimientos, métodos y herramientas para analizar una norma, plan, programa o proyecto, en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos¹⁰, de modo que se minimicen los impactos negativos y se maximicen los positivos, a la vez que se fomenten las acciones que tengan un impacto positivo en salud y se minimicen las que se asocian a un impacto negativo.

Las **acciones de salud pública** están basadas en la **evidencia** y tienen un enfoque **populacional**, consideran a todas las personas que integran la sociedad, prestando especial atención a las comunidades sometidas a distintas formas de vulnerabilidad. Este enfoque implica la adopción del principio de equidad y se apoya en el ejercicio de los derechos humanos. La falta de cumplimiento de alguno de los derechos humanos tiene efectos negativos en el bienestar físico, mental y social. Con este enfoque de equidad y derechos se puede considerar que la salud pública requiere esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas y comunidades. Las actuaciones en salud pública, por lo tanto, no se restringen a sus áreas específicas, sino que se amplían a través de la colaboración intersectorial, multinivel e internacional, interdisciplinar y la participación de la sociedad¹¹.

El planteamiento más reciente de **Una sola salud**¹² (*One Health*, en inglés) alude a la estrecha relación e interdependencia que existe entre los aspectos asociados a la salud

¹⁰ European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. 1999. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels.

¹¹ Hanlon, John J. 2014. "La filosofía de la salud pública". *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 40, núm.1. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496015>

¹² Organización Mundial de Sanidad Animal. Una sola salud. Disponible en: <https://www.oie.int/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud/>

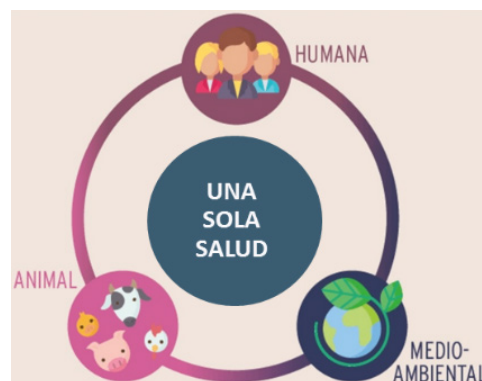
humana, la salud animal y la salud ambiental, como marco explicativo del aumento de enfermedades infecciosas emergentes de origen zoonótico en los primeros años del siglo XXI¹³. Es decir, salud humana, animal y del medio ambiente están intrínsecamente conectadas y son interdependientes, formando parte de un mismo ecosistema (Figura 3).

Originalmente, se enfocó a la promoción de redes de vigilancia epidemiológica, preparación y respuesta e investigación específica y, en la actualidad, hace referencia a la movilización de múltiples sectores, disciplinas y comunidades en los varios niveles de la sociedad para trabajar en el fomento del bienestar y

el abordaje de las amenazas para la salud y los ecosistemas, y de las necesidades colectivas de agua potable, energía y aire limpios, alimentos nutritivos y seguros, actuando sobre el cambio climático y contribuyendo a un desarrollo sostenible”¹⁴. El impacto actual del cambio climático en la salud de la población, la sociedad y la economía, y las previsiones para la próxima década, además de la aparición y aumento exponencial de la resistencia a los antimicrobianos, entre otros aspectos, hacen imprescindible este enfoque de salud pública holístico y vinculado a la sostenibilidad.

En 2015, bajo el paraguas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se alcanzó un acuerdo internacional para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas, que se materializó en una **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, y se establecieron 17 **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** para cumplir con las metas establecidas (Figura 4). El ODS 3 es el objetivo específico relacionado con la salud y el bienestar, el resto están íntimamente relacionados con la salud pública y contribuyen entre todos a mejorar la salud y el bienestar de la población.

Figura 3. Una sola salud



Elaboración propia

¹³ FAO, OIE, WHO, UN System Influenza Coordination, UNICEF and WORLD BANK. Contributing to One World, One Health. A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystems Interface. Disponible en: <https://www.fao.org/3/aj137e/aj137e00.htm>

¹⁴ Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP Statement. Tripartite and UNEP Support OHHLEP's Definition of "One Health". Disponible en: <https://www.fao.org/3/cb7869en/cb7869en.pdf>

Figura 4. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030



Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/news/communications-material/>

España se ha comprometido con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el cumplimiento de los ODS, y para ello se ha elaborado el **Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030**¹⁵ y se han diseñado indicadores para realizar su seguimiento y evaluación¹⁶. Para dar respuesta a los retos actuales en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un marco de acción denominado **Gobernanza para la salud**¹⁷, que integra los esfuerzos de las comunidades en la búsqueda de la salud mediante los enfoques de todo-el-gobierno y toda-la-sociedad (Figura 5). La gobernanza para la salud confiere a los ministerios de sanidad u otros órganos de autoridad sanitaria un rol como agentes principales y de liderazgo en los esfuerzos para promover la salud y el bienestar de la población.

¹⁵ Gobierno de España. Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:6e0f06b9-a2e0-44c0-955a-dad1f66c11d7/PLAN%20DE%20ACCI%C3%93N%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>

¹⁷ Kickbusch, I. and Gleicher, D. 2013. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 107pp.

Figura 5. Gobernanza para la salud



La Ley 33/2011, General de Salud Pública, establece en su artículo 44 la necesidad de disponer de una Estrategia de Salud Pública que sirva como herramienta para definir las áreas de actuación sobre los factores determinantes de la salud, para propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y se facilite la acción intersectorial en esta materia mediante la identificación de sinergias.

La **ESP 2022** constituye un instrumento de coordinación de las políticas nacionales en materia de salud pública (generales, autonómicas y locales) y una herramienta de articulación con las diferentes iniciativas internacionales. Se plantea como la hoja de ruta común de nuestro territorio para la formulación, establecimiento y evaluación de políticas en salud y para incluir la perspectiva de salud y equidad en todas las políticas. Es el marco nacional de referencia para facilitar la co-gobernanza, la cohesión y las sinergias colaborativas entre los distintos agentes y ámbitos general, autonómico y local, para constituir las bases de la conexión y enlace con las capacidades internacionales en materia de salud pública, y para que la salud y la equidad en salud sean consideradas en todas las políticas públicas.

Tiene una visión amplia e integradora: vigilancia, prevención, promoción, protección de la salud, sanidad exterior y salud internacional, sistemas de información, investigación y formación en salud pública, incorporando la perspectiva de género y de equidad en todas las actuaciones de salud pública. En definitiva, constituye la herramienta para contribuir a su objetivo primordial, que es mejorar el nivel de salud y bienestar de nuestra población.

Para cumplir con este objetivo, se establecen líneas estratégicas a seguir por todas las Administraciones Públicas en sus políticas de promoción, prevención y protección de la salud, en las actuaciones sobre los grupos de población diana, en la información a la ciudadanía, en la formación de profesionales y en la atención de sus necesidades. La **ESP 2022** garantizará que la salud de la población sea considerada en todas las políticas públicas, facilitando la acción intersectorial y la participación comunitaria.

La ESP 2022 ha recibido un impulso fundamental desde el **Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR)**, al ser incluida dentro de una de las Reformas previstas en este Plan (Componente 18, Reforma 2). La aprobación de la **ESP 2022** en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) constituye el objetivo de lograr el compromiso de los agentes implicados en las políticas públicas y facilitar la acción intersectorial (consecución del hito CID#274).

Metodología

La Dirección General de Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad, ha impulsado y coordinado el proceso de elaboración de la **ESP 2022**.

Para la redacción de la **ESP 2022**, se tuvo en cuenta la normativa existente, en especial la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y se realizó una extensa revisión no sistemática para incorporar la información contenida en:

- a) los sistemas de información nacionales e internacionales y la literatura científica en relación con el estado de salud de la población y los determinantes de la salud,
- b) las directrices y recomendaciones esenciales en salud pública que desarrollan la Unión Europea (UE) y la OMS,
- c) los planes de salud de países de nuestro entorno, y
- d) los programas, planes y estrategias de referencia a nivel nacional aprobadas por la Comisión de Salud Pública del CISNS, o por otros centros del Ministerio de Sanidad.

Las Comunidades y Ciudades Autónomas (CC.AA.) han desarrollado en el marco de sus competencias diversos planes de salud y otras estrategias relacionadas. Se han revisado documentos procedentes de las CC.AA. y se ha utilizado la información contenida en ellos, la experiencia acumulada y la diversidad de ideas y propuestas como inspiración para redactar la **ESP 2022**.

Además, se ha utilizado la información contenida en el **Informe de Apoyo Conceptual y Metodológico a la Estrategia de Salud Pública**, realizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) *ad hoc* para esta **ESP 2022**.

La participación institucional se ha realizado mediante la discusión con las distintas unidades del Ministerio de Sanidad y las aportaciones de otros departamentos ministeriales. La participación de las CC.AA. se realizó mediante la aportación de las ponencias de la Comisión de Salud Pública y a través de la discusión del borrador en la Comisión de Salud Pública y en el CISNS. Por su parte, la participación de sociedades científicas y de

profesionales, y la revisión por parte de personas expertas se realizó mediante revisión de los borradores y aportaciones múltiples.

A partir del análisis de la documentación y de todas las aportaciones recibidas, se ha realizado un análisis y diagnóstico de la situación de salud de la población y de sus determinantes, y de los aspectos organizativos y funcionales de la salud pública en España y en el entorno internacional (UE y OMS).

A continuación, se han establecido unas actuaciones en salud pública que se han agrupado en líneas estratégicas con objetivos y metas propias. Las acciones seleccionadas tendrán un enfoque de equidad, podrán ser intersectoriales e integradas en todos los niveles de la Administración Pública, contarán con la necesaria colaboración del sistema sanitario, particularmente el nivel de atención primaria, y la participación de la población.

El **Centro Estatal de Salud Pública** será el organismo encargado del seguimiento y la evaluación, una vez constituido, según lo indicado en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Para realizar el seguimiento y la evaluación, se han diseñado indicadores.

La **ESP 2022** se aprobará mediante Acuerdo del CISNS, tendrá una vigencia quinquenal y se evaluará cada dos años según lo establecido en la Ley 33/2011, General de Salud Pública. Las propuestas de acción y las metas que se persiguen con esta Estrategia, además de tener una razón de ser propia y específica, se plantean como una herramienta integral de coordinación y colaboración, alineada con la Agenda 2030, y orientada a contribuir a la consecución de los ODS.

Enfoque y principios

La **ESP 2022** aspira a ser un proyecto de coordinación general en materia de salud pública en nuestro territorio. Tiene, por lo tanto, un carácter global e integrador, y no pretende definir todas las acciones concretas a implementar, sino reforzar las acciones y proyectos que ya están en marcha e inspirar lo que se realice en el futuro. Se trata de una estrategia que establece las bases y es dinámica a la vez, que persigue resultados en salud a través de cambios funcionales en la salud pública.

La **ESP 2022** se centrará en las necesidades en salud y el bienestar de las personas y de la sociedad como conjunto, y adoptará un enfoque basado en 5 pilares fundamentales:

- Determinantes de la salud, con una fuerte orientación al abordaje de la equidad en salud.
- Salud en todas las políticas.
- Enfoque Una sola salud.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.
- Gobernanza para la salud.

Siguiendo la Ley 33/2011, General de Salud Pública, la **ESP 2022** se basará en los principios rectores de la salud pública enumerados a continuación:

- Equidad.

- Pertinencia.
- Precaución.
- Evaluación.
- Transparencia.
- Integralidad.
- Seguridad.

Por último, la **ESP 2022** respetará el marco legal de protección de datos personales que esté vigente en nuestro territorio, y lo que marque la Agencia Española de Protección de Datos.

Marco normativo

La **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** establece específicamente las actuaciones sanitarias integradas, sectoriales y transversales organizadas por las Administraciones Públicas, para prevenir la enfermedad, proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. En su artículo 44 se establece la Estrategia de Salud Pública como la herramienta para definir las áreas de actuación sobre los factores determinantes de la salud, propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y se facilite la acción intersectorial en esta materia mediante la identificación de sinergias. Además, la **ESP 2022** incorporará las acciones de investigación en salud pública contempladas en los artículos 47 (referido al Centro Estatal de Salud Pública), 48 (referido al ejercicio profesional de las actividades de salud pública) y 49 (referido a las prioridades de investigación en salud pública) de dicha ley.

Adicionalmente, existen otros textos legales que apoyan la elaboración y puesta en marcha de una estrategia nacional en materia de salud pública. Se exponen brevemente a continuación (información detallada en Anexo 1):

- Constitución Española: artículos 43 (derecho a la protección de la salud), 40 (seguridad e higiene en el trabajo), 45 (derecho al disfrute y conservación del medio ambiente) y 51 (defensa de los consumidores y usuarios).
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Contiene la cartera de servicios comunes de salud pública.
- Ley 8/2003, de 24 de abril, de Sanidad Animal, entre cuyos objetivos se encuentra “la protección de la salud humana y animal mediante la prevención, lucha, control, en su caso, erradicación de las enfermedades de los animales susceptibles de ser transmitidas a la especie humana o que impliquen riesgos sanitarios que comprometan la salud de los consumidores”.

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- La Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que establece el marco normativo básico común en el ámbito de la seguridad alimentaria y de la nutrición.

En adición a todo lo comentado anteriormente, la crisis sanitaria, social y económica generada por la pandemia por SARS-CoV-2 ha exigido la realización de acciones que refuercen la respuesta al aumento de las necesidades de salud de la población, en el contexto de grave riesgo para la colectividad. La salud pública, en este sentido, debe dar respuesta a los problemas de salud con una visión integral y con enfoque de equidad, y tener plena capacidad de respuesta adaptativa en contextos sanitarios de excepcionalidad:

- Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España¹⁸, aprobado por el Congreso de los Diputados en julio de 2020.
- Mecanismo de Recuperación y Resiliencia¹⁹ (Reglamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021).
- *NextGenerationEU*²⁰ instrumento comunitario para hacer frente a la crisis socio-sanitaria.
- Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR)²¹, aprobado por el Gobierno en abril de 2021.
- Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

¹⁸ Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de Las Cortes Generales. Congreso de los Diputados XIV Legislatura. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

¹⁹ Diario Oficial de la Unión Europea. 2021. Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/241/oj>

²⁰ Comisión Europea. Plan de recuperación para Europa. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

²¹ Gobierno de España. 2021. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf

Análisis de situación

Estado de salud de la población

Antes de comenzar este apartado, es necesario mencionar el impacto que la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido en la sociedad española. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2020 la tercera causa de mortalidad fueron las enfermedades infecciosas (11 veces más que en 2019). Específicamente, la COVID-19 se convirtió en la causa específica más frecuente de mortalidad²². De hecho, en España se han notificado más de 13 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 110.000 fallecidos²³. Esta es la razón por la que algunos de los datos utilizados en este análisis de situación lleguen hasta 2019, de forma que se pueda conocer el contexto de la salud pública y su tendencia en el tiempo, sin que se vean influenciados por el impacto de la pandemia.

Esperanza de vida

La **esperanza de vida** al nacer en España ha ido aumentando desde el siglo pasado y, en la actualidad, es una de las más altas del mundo, situándose en 84 años; 80 en hombres y 86 en mujeres^{24,25}. De estos años de vida, unos 63 se viven de forma saludable (cifra superior en hombres y en personas con mayores niveles de renta per cápita), por lo que vivimos una parte significativa del final de nuestra vida (aproximadamente 20 años) con distintos grados de limitación de la actividad y el bienestar²⁶.

La percepción subjetiva de la salud es un indicador que se correlaciona con ciertos índices y perfiles de salud y predice la mortalidad o el uso de servicios asistenciales. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 y de la Encuesta Europea de Salud del año 2020, más de dos terceras partes de la población de 15 y más años declara que su salud es buena o muy buena. Este porcentaje es menor en mujeres, y disminuye a medida que disminuye el nivel de estudios y/o el nivel socioeconómico de la población consultada.

²² Instituto Nacional de Estadística (INE). 2021. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

²³ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº 618. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 22.07.2022. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_618_COVID-19.pdf

²⁴ OECD. 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

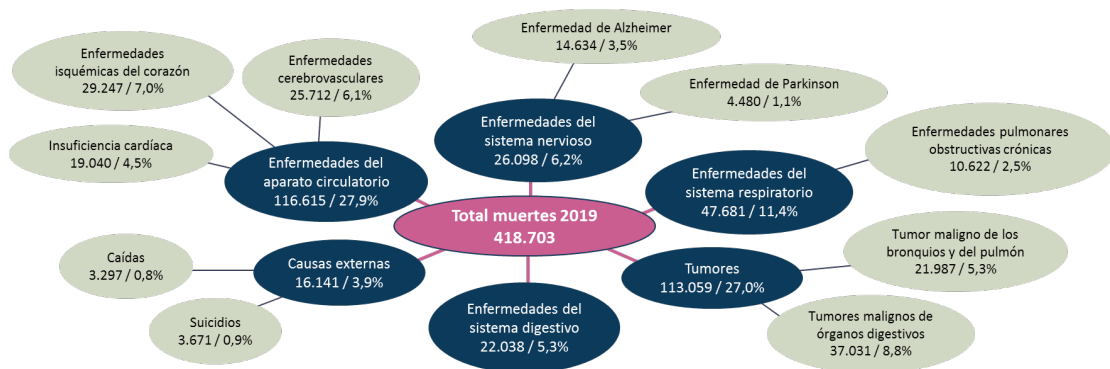
²⁵ Ministerio de Sanidad. 2019. Esperanzas de vida, 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2019.pdf

²⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Determinantes económicos, recursos sanitarios, estilos de vida y años de vida saludable en España. Estudio exploratorio. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Factores_determinantes_AVS.pdf

Mortalidad

Hasta el 2019, aproximadamente el 55% de la **mortalidad** de la población se debía a enfermedades cardiovasculares y tumores, siendo la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica las siguientes en frecuencia²⁷. Todas son enfermedades crónicas no transmisibles y constituyen las principales causas de discapacidad, mala salud, abandono del trabajo por motivos de salud, a la vez que se asocian a considerables costes sociales y económicos²⁸. Se incluyen las causas principales de mortalidad en la Figura 6.

Figura 6. Principales causas de mortalidad en España en 2019, datos extraídos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad



Elaboración propia

Datos de 2015 indican que la mortalidad cardiovascular se relaciona inversamente con el nivel educativo, siendo esta asociación más importante para la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, especialmente en mujeres²⁹. La **Estrategia en Salud Cardiovascular**, aprobada por el CISNS y resultado del trabajo colaborativo y de consenso entre el Ministerio de Sanidad, las CC.AA., asociaciones de pacientes y sociedades científicas, fija el objetivo de promover la salud cardiovascular facilitando la creación de entornos y la adopción de estilos de vida saludables y sostenibles³⁰. Por otro lado, la mortalidad por cáncer se distribuye de manera desigual por el territorio, incluso en áreas pequeñas, debido, entre otros factores, a la diferente distribución de los determinantes de la salud³¹. La

²⁷ Ministerio de Sanidad. 2019. Portal Estadístico. Mortalidad por causas de muerte. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/mortalidad-por-causa-de-muerte>

²⁸ Global Burden of Disease. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

²⁹ Haebeler, M., León-Gómez, I., Pérez-Gómez, B., Tellez-Plaza, M., Rodríguez-Artalejo, F. and Galán, I. 2020. Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Revista Española de Cardiología*, 73(4), pp.282-289. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2019.07.007>

³⁰ Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/EstrategiaSaludCardiovascular.htm

³¹ Grupo MEDEA3. Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3 (MEDEAPP). Disponible en: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud³² está alineada con los objetivos del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer³³ y cuenta con un apartado de promoción de la salud y prevención del cáncer donde se promueve la sinergia con estrategias nacionales existentes de salud pública.

Las **causas externas** (siniestros viales, ahogamientos, caídas, suicidio, violencia, etc.) representan algo menos del 4% de la mortalidad en nuestro país y constituyen un gran problema de salud pública porque son la principal causa de mortalidad entre la población más joven, con graves consecuencias en el entorno familiar y social, y porque pueden evitarse en un alto porcentaje de ocasiones. El suicidio es la primera causa de muerte por causas externas en 2020, con 3.941 fallecimientos, lo que corresponde al 8,3/100.000 habitantes/año. La segunda causa son las caídas accidentales. Para los hombres la primera causa también es el suicidio, y para las mujeres los accidentes por ahogamiento, sumersión y sofocación^{34,35}.

La **violencia** es otra de las situaciones de especial interés para la salud pública, tanto por el gran impacto negativo que produce sobre la salud como por el hecho de ser prevenible y evitable; la violencia puede entenderse como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, o incluso la muerte. Los distintos tipos de violencia tienen en común factores de riesgo, causas subyacentes, y consecuencias derivadas. Al igual que otros problemas de salud, la violencia se distribuye de manera desigual entre los diversos grupos de población o entornos.

La **violencia de género**, como expresión máxima de la desigualdad por razón de género, tiene consecuencias devastadoras para la salud de las mujeres. Tanto por su magnitud, como por su impacto sobre la salud mental y física de las mujeres afectadas y de su descendencia, se considera un tema de salud pública prioritario. Según datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, el total de mujeres víctimas mortales desde 2003 hasta 2018 fue de 978; el número de denuncias por violencia de género recibido en los juzgados en 2018 fue de 166.961, cifra algo superior que las registradas en años anteriores, y el número de llamadas al teléfono 016 (servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género) ascendió a 73.449 en ese mismo año³⁶. No existen datos de la morbilidad provocada por las agresiones físicas y psíquicas por violencia de género que no han acabado con la muerte de la víctima.

³² Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en enero de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf

³³ Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_22_702

³⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49920>

³⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

³⁶ Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. 2021. XII Informe del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer (Anuario 2018). Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Madrid; 472pp.

La Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025³⁷, el **Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud 2021**³⁸, y los informes del Observatorio de Salud de las Mujeres³⁹ contribuyen a la lucha contra este tipo de violencia.

Con relación a la violencia ejercida sobre la infancia y adolescencia, un estudio realizado en base al análisis de llamadas que la población infantil, adolescente y adulta realizó al Teléfono ANAR registró en 7 años (entre los años 2009 y 2016) un total de 25.323 casos de violencia⁴⁰. La protección de las personas menores de edad, el favorecimiento de entornos seguros y la promoción de la salud en la infancia y adolescencia es una obligación prioritaria de los poderes públicos, reconocida en la Constitución Española, en la Convención sobre los Derechos del Niño (adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1989 y ratificada por España en 1990) y en diversos tratados y normativas nacionales e internacionales posteriores⁴¹. Cualquier tipo de violencia ejercida sobre la infancia o la adolescencia (maltrato físico, maltrato psicológico, abandono o negligencia, abuso sexual), tanto dentro del entorno familiar como fuera de él (acoso escolar, *bullying*, ciberacoso, *ciberbullying*, *grooming*, pornografía, prostitución, etc.), debe ser abordada de forma integral e intersectorial⁴². A partir de la aprobación de la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**, se creó la **Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes** en el seno del CISNS, con el objetivo de homogeneizar el abordaje de la violencia en estos grupos de población.

La **mortalidad por causas externas** es sólo la punta del iceberg del impacto que las lesiones tienen sobre la salud y el bienestar. La creación de entornos seguros, la información, identificación y minimización de situaciones de riesgo, y el cumplimiento de las normas de seguridad, son algunos de los aspectos esenciales de la prevención de lesiones. En la actualidad, algunos sistemas de vigilancia para el seguimiento de morbimortalidad por causas externas no existen o requieren mejoras.

Las enfermedades del bloque de “**infecciosas y parasitarias**” suponen una proporción baja de las defunciones totales. En 2019 suponían cerca del 1,5% de todas las muertes⁴³ (siendo la septicemia el mecanismo patológico más frecuente). La situación socioeconómica de nuestro territorio, los planes de vigilancia epidemiológica de este tipo de enfermeda-

³⁷ Comisión Europea (CE). Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_es#estrategia-para-la-igualdad-de-gnero-2020-2025

³⁸ Ministerio de Sanidad. 2021. Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.

³⁹ López Rodríguez, RM. Informe anual sobre violencia de género 2020. Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad). Madrid; 150pp.

⁴⁰ Ballesteros, B. 2018. Evolución de la Violencia a la Infancia en España según las Víctimas (2009-2016). Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR). Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5545_d_Estudio_Evoluci%C3%B3n-de-la-Violencia-a-la-Infancia-en-Espa%C3%B1a-seg%C3%BAAn-las-V%C3%ADctimas.pdf

⁴¹ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

⁴² Gray, J., Jordanova Pesevska, D., Sethi, D., Ramiro González, M.D. and Yon, Y. 2016. Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. World Health Organization. Regional Office for Europe.

⁴³ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones por causa básica de defunción. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49914>

des y las políticas de vacunación contribuyen a estas bajas cifras, y solo la aparición de la pandemia por SARS-CoV-2 ha modificado sustancialmente estos datos.

Morbilidad

La principal causa de **morbilidad y carga de enfermedad** en España son las enfermedades no transmisibles. Los **años vividos con discapacidad** es un indicador utilizado para evaluar la carga de enfermedad; refleja el impacto de las enfermedades en la calidad de vida de las personas mientras el problema en salud está presente. Usando esta herramienta, el peso total de la morbilidad en 2019 recayó mayoritariamente en las siguientes entidades: lumbalgia y cervicalgia, trastornos depresivos, diabetes, cefaleas y caídas (que causan en conjunto cerca de un tercio de los años vividos con discapacidad en España). A este dato, hay que añadir las enfermedades ginecológicas. Estos problemas afectan frecuentemente a las personas que están en situación laboral activa y se asocian a externalidades negativas con importante repercusión funcional, económica, laboral, social y familiar.

El exceso de peso, que incluye **el sobrepeso y la obesidad**, es una enfermedad y un factor de riesgo para muchas de las enfermedades mencionadas anteriormente. La prevalencia está ascendiendo; el porcentaje de hombres y mujeres de 18 y más años que presenta sobrepeso y obesidad ha pasado del 45% y 36% a finales de los años 80 a cerca del 63% y 47%, respectivamente, en 2017⁴⁴. La obesidad abdominal en hombres y en mujeres es del 68% y 61%, respectivamente^{45,46,47}. La prevalencia de obesidad en España es mayor en la población de menor renta, y este gradiente socioeconómico es mayor en las mujeres⁴⁸.

El sobrepeso y la **obesidad en población infantil** se asocia a muchos problemas, tanto en la infancia (hígado graso no alcohólico, trastornos respiratorios del sueño, trastornos del aparato locomotor y la función renal, hipertensión, dislipidemia, diabetes y estigma), como en la vida adulta (sarcopenia, osteoartritis, síndrome de apnea obstructiva del sueño, cálculos biliares, enfermedad hepática, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, estigma, depresión, deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer, con la consiguiente reducción en la calidad y la esperanza de vida); afecta a la calidad de vida y se relaciona con baja autoestima, con las consecuencias que esto genera en la infancia y la adolescen-

⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística. Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

⁴⁵ Gutiérrez Fisac, J.L., Guallar Castellón, P., León Muñoz, L.M., Graciani, A., Banegas, J.R. and Rodríguez Artalejo, F. 2012. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. *Obesity reviews*, 13(4), pp.388-392. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00964.x>

⁴⁶ Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N. and Lázaro-Masedo, S. 2016. Prevalence of general obesity and abdominal obesity in the Spanish adult population (aged 25-64 years) 2014-2015: the ENPE study. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), pp.579-587. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.02.009>

⁴⁷ Pérez-Rodrigo, C., Bárbara, G.H., Citores, M.G. and Aranceta-Bartrina, J. 2022. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk factors in the Spanish population: The ENPE study. *Revista Española de Cardiología*, 75(3), pp.232-241. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.12.020>

⁴⁸ Ventosa, M.M. 2016. Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population. *Economics & Human Biology*, 22, pp.216-224. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2016.05.004>

cia; mayor riesgo de ansiedad y depresión, trastornos alimentarios, adicciones, rechazo, fracaso escolar y exclusión social. La OMS indica que alrededor del 60% de la población infantil con exceso de peso arrastrará esta circunstancia a la vida adulta, asociándose, en muchas ocasiones, con una posición económica desfavorecida. Además, tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades o morir de forma prematura.

Las cifras de sobrepeso y obesidad infantil han aumentado desde hace más de dos décadas, teniendo España en estos momentos una de las cifras más altas de los países del entorno⁴⁹. En 2016, el 41% de la población de 6 a 9 años de nuestro territorio presentaba sobrepeso (un 23%) u obesidad (un 17%). Cerca del 4% de esta población presenta obesidad grave⁵⁰, una condición que afecta mayoritariamente a población en situación socio-económicamente vulnerable y que disminuye la esperanza de vida en 10 años⁵¹. En preescolares, el exceso de peso llega al 23% y la obesidad al 8%⁵².

El sobrepeso y la obesidad infantil se ven afectados claramente por los determinantes de la salud⁵³ (Figura 7):

- Gradiente socioeconómico: la prevalencia de obesidad es casi el doble en escolares de familias desfavorecidas, con respecto a las más favorecidas socialmente.
- Seguridad alimentaria: la prevalencia de obesidad infantil es mayor cuanto más difícil resulta el acceso a una alimentación saludable.
- Alimentación: la obesidad infantil se asocia a la ingesta de bebidas azucaradas y las dietas altamente energéticas y deficientes en frutas/verduras^{54,55}.
- Actividad física y/o sedentaria: la obesidad infantil se asocia a la actividad física insuficiente y a las actividades que se asocian al sedentarismo⁵⁶.

⁴⁹ Organisation Mondiale de la Sante, Bureau regional de l'Europe. 2013. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European region member states: methodology and summary. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Region Office for Europe.

⁵⁰ Spinelli, A., Buoncristiano, M., Kovacs, V.A., Yngve, A., Spiroski, I., Obreja, G., Starc, G., Pérez, N., Rito, A.I., Kuneová, M. and Sant Angelo, V.F. 2019. Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries. *Obesity facts*, 12(2), pp.244-258. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000500436>

⁵¹ Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. 2020. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm

⁵² Garrido-Miguel, M., Oliveira, A., Cavero-Redondo, I., Álvarez-Bueno, C., Pozuelo-Carrascosa, D.P., Soriano-Cano, A. and Martínez-Vizcaíno, V. 2019. Prevalence of overweight and obesity among European preschool children: A systematic review and meta-regression by food group consumption. *Nutrients*, 11(7), p.1698. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu11071698>

⁵³ Astray, J, del Pino, V. 2018. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2017. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2018. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-j_2017.pdf

⁵⁴ Te Morenga, L., Mallard, S. and Mann, J. 2013. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *Bmj*, 346. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7492>

⁵⁵ Monasta, L., Batty, G.D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F.J. and Brug, J. 2010. Early life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obesity reviews*, 11(10), pp.695-708. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00735.x>

⁵⁶ Rezende, L.F.M.D., Rodrigues Lopes, M., Rey-López, J.P., Matsudo, V.K.R. and Luiz, O.D.C. 2014. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PloS one*, 9(8), p.e105620. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>

- Duración y calidad del sueño: se ha observado una asociación entre la presencia de obesidad infantil y el escaso número de horas de sueño⁵⁷.

Además, el 71 % de las madres y padres de escolares con exceso de peso perciben que el peso de sus hijas e hijos es normal por lo que, probablemente, no se perciba que este sea un problema de salud urgente y prioritario⁵⁸.

Figura 7. Determinantes del exceso de peso infantil



Elaboración propia

En términos económicos en España el sobrepeso representa el 10% del gasto en salud y se estima que el conjunto de políticas de prevención para abordar el problema del sobrepeso y la obesidad logran un retorno estimado de 6 euros por cada euro invertido en ellas⁵⁹. Si las tendencias de los últimos años no cambian, se estima que para 2030 habrá 3.100.000 nuevas personas con exceso de peso y un sobre coste total ligado a la obesidad de 3.000 millones de euros⁶⁰.

⁵⁷ Magee, L. and Hale, L. 2012. Longitudinal associations between sleep duration and subsequent weight gain: a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 16(3), pp.231-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2011.05.005>

⁵⁸ Ramiro-González, M.D., Sanz-Barbero, B. and Royo-Bordonada, M.Á. 2017. Exceso de peso infantil en España 2006-2012. Determinantes y error de percepción parental. *Revista Española de Cardiología*, 70(8), pp.656-663. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893216306650>

⁵⁹ OCDE, La Pesada Carga de la Obesidad, 2019. Disponible en: oe.cd/obesity2019

⁶⁰ Hernández, Á., Zomeño, M.D., Dégano, I.R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R. and Marrugat, J. 2019. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobre coste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), pp.916-924. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893218303877>

En la actualidad, además de todas las acciones de promoción de estilos de vida saludable que se realizan desde el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las CC.AA. y la Administración Local, el **Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil** ha coordinado la elaboración del **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030 (En Plan Bien)**⁶¹, cuyo objetivo es generar ecosistemas que promuevan y faciliten la adquisición de estilos de vida saludables en los principales entornos donde vive y crece la población infantil y adolescente, incorporando perspectivas de derechos de la infancia, promoción de la salud, salud en todas las políticas y un enfoque positivo no estigmatizante. Además, la **Agencia Española para la Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)** está ultimando la aprobación de la **Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición**. El conocimiento continuado de la prevalencia de exceso de peso infantil es fundamental para evaluar las acciones que se están realizando y analizar la tendencia de las cifras en el tiempo.

La **enfermedad renal crónica** constituye otro problema de salud pública que afecta a unos 7 millones de personas en nuestro territorio (aproximadamente un 15% de la población), y unos 60.000 están en tratamiento renal sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal funcionante)^{62,63}. La prevalencia de esta enfermedad es mayor en hombres, aumenta con la edad (alcanza el 40% en mayores de 80 años) y con niveles socioeconómicos bajos, y se asocia a patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica⁶⁴. El abordaje de los factores de riesgo cardiovascular y la promoción de estilos de vida saludables beneficiarán a las personas que presentan esta condición.

La **salud mental** es un elemento crucial ya que contribuye al desarrollo de una vida saludable y productiva, al bienestar de las personas, y condiciona la carga global de enfermedad, el desempeño laboral, la tasa de desempleo y la jubilación anticipada. El 22% de la población adulta española reportó en 2020 algún síntoma de ansiedad y el 19% síntomas depresivos⁶⁵. El 11% de la población consume tranquilizantes, relajantes o fármacos para conciliar el sueño, un 4,8% antidepresivos o estimulantes y el 5,4% refiere haber acudido a profesionales de la psicología, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses. En la población de 0-14 años, los trastornos más frecuentes son los de la conducta (incluyendo hiperactividad), seguidos de la depresión y la ansiedad. La salud mental puede verse

⁶¹ Alto Comisionado contra la pobreza Infantil. Presidencia del Gobierno. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030. En Plan Bien. 2022. Gobierno España-Alto Comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/>

⁶² Subdirección general de calidad y cohesión. 2015. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf

⁶³ Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L.M., Graciani, A., Juan, J., Santamaría, R., del Pino, M.D., Guallar-Castillón, P., de Álvaro, F., Rodríguez-Artalejo, F. and Banegas, J.R. 2018. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología*, 38(6), pp.606-615. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699518300754>

⁶⁴ Crews, D.C., Bello, A.K. and Saadi, G. 2019. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 39(1), pp.01-11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699519300505>

⁶⁵ OECD. 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

especialmente afectada en la población infantil y juvenil, en las mujeres, y en grupos en situación de vulnerabilidad como puede ser las personas mayores, la población migrante, las personas con discapacidad, las personas LGTBIQ+, personas en situación de pobreza y/o de exclusión social, las víctimas de delitos y de tratos inadecuados, y las que residen en instituciones penitenciarias, entre otras^{66,67}.

Dentro de la salud mental se engloban los trastornos de la conducta alimentaria como un conjunto de alteraciones graves relacionadas con la ingesta de comida, y cuyo origen se encuentra en múltiples factores. A pesar de que es un problema que puede llegar a poner en peligro la vida de quien lo sufre, no existen datos precisos de su prevalencia. Hay organizaciones que indican que afecta aproximadamente al 4-6% en mujeres, y en mucha menor medida a los hombres^{68,69}.

Además, las personas que tienen problemas de salud mental con frecuencia presentan una alimentación deficiente, falta de actividad física, o factores de riesgo para la aparición de otras patologías como el consumo de tabaco y alcohol, o el consumo de otras drogas, además de estar condicionados por factores genéticos⁷⁰.

Existen muchas iniciativas para el cuidado de la salud mental y el bienestar de la población, tanto a nivel general como autonómico y local. Recientemente se ha aprobado el **Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024**⁷¹ de la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** cuyo objetivo es mejorar el bienestar de la población a través de la atención a la salud mental con un modelo de atención integral y comunitario. La promoción de las redes de participación social y comunitaria es fundamental para mejorar el bienestar emocional de las personas y la población en su conjunto.

La **salud bucodental** es otro aspecto de interés en salud pública. El 21% de la población infantil española tiene algún problema de salud bucodental, que podría estar relacionado con una ingesta de alimentos y bebidas con alto contenido en azúcares y una frecuencia de cepillado dental menor de la considerada conveniente⁷².

Las **infecciones de transmisión sexual (ITS)**, en concreto la infección gonocócica, la sífilis y la producida por clamidia, están en continuo ascenso desde finales del siglo XX.

⁶⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. SG Información Sanitaria. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos: #1-Salud Mental. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

⁶⁷ Gil-Borrelli, C.C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P.D., Curto, J. and Latasa, P. 2017. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31, pp.175-177. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-hacia-una-salud-publica-con-articulo-S0213911116302497>

⁶⁸ Asociación TCA Aragón. Estadísticas sobre los TCA. 2020. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>

⁶⁹ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php-noticias/item/326-noticia-20181130>

⁷⁰ OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

⁷¹ Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental. 2022-2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

⁷² Bravo Pérez, M., et al. 2020. Encuesta de Salud Oral en España 2020. *RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, 25(4), pp.12-69. Disponible en: <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espaa-2020>

Los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, tradicionalmente ligada a situaciones de vulnerabilidad social, discriminación y barreras al ejercicio de los derechos, muestran una tendencia descendente desde 2018, aunque los indicadores de eliminación propuestos para 2020 no hayan sido alcanzados. El envejecimiento de las personas con el VIH, consecuencia de la efectividad de los tratamientos antirretrovirales, se acompaña de retos en los ámbitos biomédicos y sociales.

La incidencia de nuevas infecciones por hepatitis C está en descenso y desde 2015 se han tratado más de 150.000 personas con antivirales de acción directa; es necesario seguir avanzando en el diagnóstico precoz y el acceso al tratamiento para todas las personas afectadas. La tuberculosis también muestra una tendencia descendente en las tasas de incidencia, aunque continúan siendo superiores a las del entorno europeo^{73,74}.

En particular, las epidemias del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis tienen determinantes estructurales y factores de riesgo individuales comunes. Actualmente existen Estrategias Mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS de la OMS 2022-2030⁷⁵, la **Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026 de ONUSIDA**⁷⁶, el **Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH**⁷⁷, o la **Estrategia Mundial de Investigación e Innovación contra la Tuberculosis de la OMS**⁷⁸ que abordan estos temas.

Los programas de **salud materno-infantil** han avanzado mucho desde los años 90 del siglo pasado. En estos momentos, la mortalidad materna, perinatal e infantil, y el porcentaje de bajo peso al nacer, se sitúan entre las más bajas del mundo⁷⁹.

Con relación a la **funcionalidad personal**, la limitación de la movilidad general y de las actividades de la vida diaria es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. El 12% de las mujeres de 55 y más años tienen dificultad para sentarse o levantarse⁸⁰ y un 14% refieren dificultad para el aseo. Este porcentaje de limitación de la movilidad aumenta al 49% para la mujeres de 65 y más años⁸¹.

⁷³ Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. 2021. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública.

⁷⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. 2012. Sexually transmitted infections in Europe 1990-2010. Stockholm.

⁷⁵ World Health Organization (WHO). Final draft of the Global Health Sector Strategies (GHSS) on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022-2030. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030>

⁷⁶ ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

⁷⁷ Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH. Disponible en: <https://pactosocial-vih.es/>

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud. 2020. Estrategia mundial de investigación e innovación contra la tuberculosis. Ginebra; 41pp. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336078>

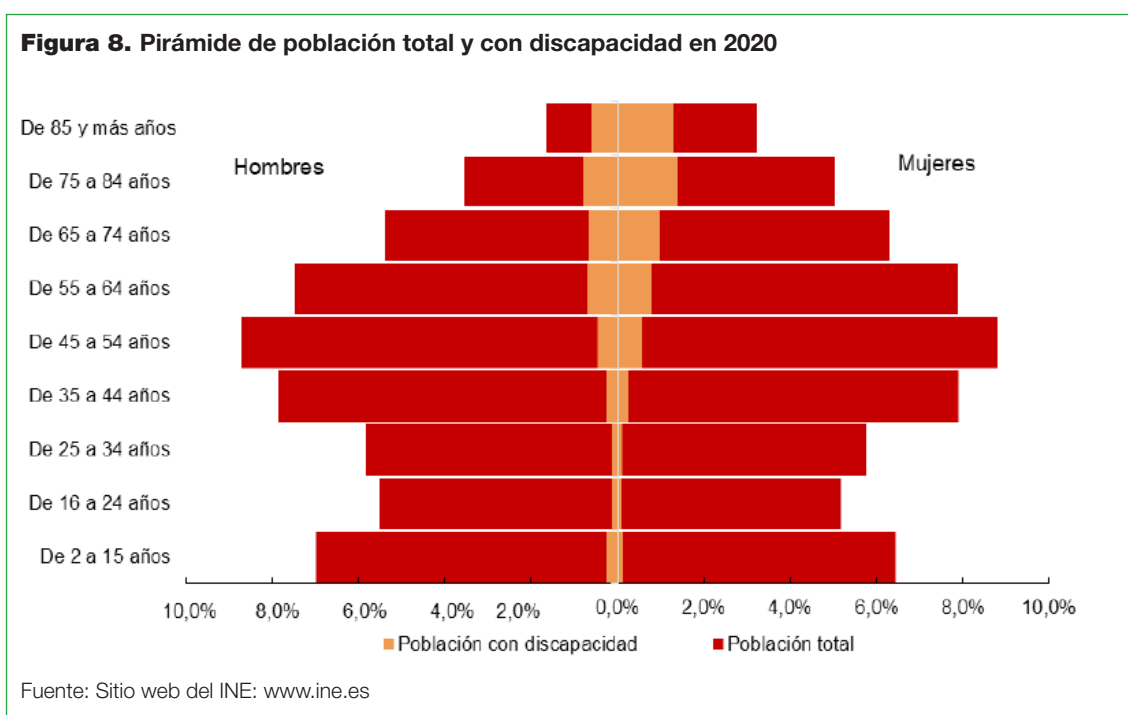
⁷⁹ OECD. 2022. Infant mortality rates (indicator). Disponible en: <https://doi.org/10.1787/83dea506-en>

⁸⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional). Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

⁸¹ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

El marco legal español considera que “son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”⁸².

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) de 2020, un total de 4,38 millones de personas (95 de cada mil habitantes) afirmaron tener algún tipo de discapacidad, mayor proporción de mujeres que de hombres (Figura 8), en el 21% de hogares españoles residía al menos una persona con discapacidad, en más de un millón de hogares la persona con discapacidad vivía sola⁸³.



En 2019, según la Base Estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad⁸⁴, había en España 3.257.058 personas con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%. El 43% de las personas con reconocimiento administrativo de discapacidad tienen entre 35 y 64 años.

Las personas con discapacidad tienen una menor participación en el mercado laboral, y sus salarios anuales son más de un 15% inferiores a los de las personas sin discapacidad⁸⁵.

⁸² Real Decreto Legislativo-1/2013, de 29 de noviembre Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

⁸³ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf

⁸⁴ Subdirección de Planificación, Ordenación y Evaluación. Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030. 2019. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2019.pdf

⁸⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). 2019. El Salario de las Personas con Discapacidad. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/spd_2017.pdf

Figura 9. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)-OMS



Fuente: <https://www.imserso.es/>

Esta situación de vulnerabilidad es aún más acusada en las mujeres con discapacidad intelectual.

La **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**⁸⁶ de 2001 es un marco conceptual de la OMS que cambia el paradigma de clasificación de la discapacidad (Figura 9). Describe la situación funcional de las personas no solo en base a la deficiencia funcional o estructural que puedan padecer, sino según una serie de características de la persona y de factores ambientales que la rodean; es decir, se pone el foco también en las circunstancias externas a las personas como factores promotores o no de las capacidades de las personas⁸⁷. Supone una herramienta de estandarización de los procesos de obtención de información sobre la funcionalidad de las personas que permite comparar entre territorios y entre países, permite

generar evidencia para plantear servicios y programas de salud, y evaluar las intervenciones realizadas. Su uso no se ha generalizado en nuestro territorio⁸⁸.

Recientemente, se ha aprobado la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**⁸⁹, cuyo principal objetivo es hacer efectivos los derechos humanos de las personas con discapacidad y de sus familias; asegurando su inclusión en la comunidad, su pleno desarrollo vital, calidad de vida, autonomía personal y vida independiente. Esta Estrategia está alineada como los objetivos de la **Estrategia Europea sobre Discapacidad**⁹⁰ y basada en la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**⁹¹.

⁸⁶ Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la salud Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid.

⁸⁷ Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G. and Cieza, A. 2009. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 83(6), pp.775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.

⁸⁸ Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la salud Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid.

⁸⁹ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030. Para el acceso, goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/docs/Estrategia_Espanola_Discapacidad_2022_2030.pdf

⁹⁰ Comisión Europea. Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>

⁹¹ Asamblea General. Naciones Unidas. 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Determinantes de la salud

En 2008 se puso en marcha la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España⁹². Esta Comisión concluyó que los factores sobre los que actuar para reducir estas desigualdades en salud incluyen:

- La distribución del poder, la riqueza y los recursos.
- Las condiciones de vida y de empleo a lo largo del ciclo vital.
- Los entornos favorecedores de la salud.
- Los servicios sanitarios.

En este contexto de determinantes de la salud también son fundamentales los recursos, habilidades y capacidades que cada persona tenga, las redes comunitarias existentes, la participación de las personas en esas redes y el apoyo social que reciben de ellas⁹³.

En España, como en la mayoría de países con economías de altos ingresos, se están produciendo una serie de cambios demográficos, sociales, económicos y ambientales que, junto a modificaciones en los estilos de vida relacionados con la salud, condicionan en buena medida la salud y la morbimortalidad⁹⁴.

En la actualidad, los conocimientos conductuales y culturales para la salud derivados de las ciencias sociales y las humanidades ayudan a comprender los promotores y las barreras para lograr el nivel de salud más alto posible. La OMS está trabajando en una iniciativa para construir una cultura de la salud en la que, en base a esos conocimientos, todos puedan tomar decisiones saludables en su vida diaria y en la forma en que utilizan los servicios de salud^{95,96}.

Edad

La pirámide poblacional de España es característica de las **poblaciones envejecidas**, con una base en regresión y una cúspide cada vez más ensanchada (Figura 10). En 2011, el porcentaje de personas mayores (65 y más años) era del 17%. Este porcentaje ascendió al 19% en 2019, y se estima que ascenderá al 29% en el año 2065.

⁹² Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1

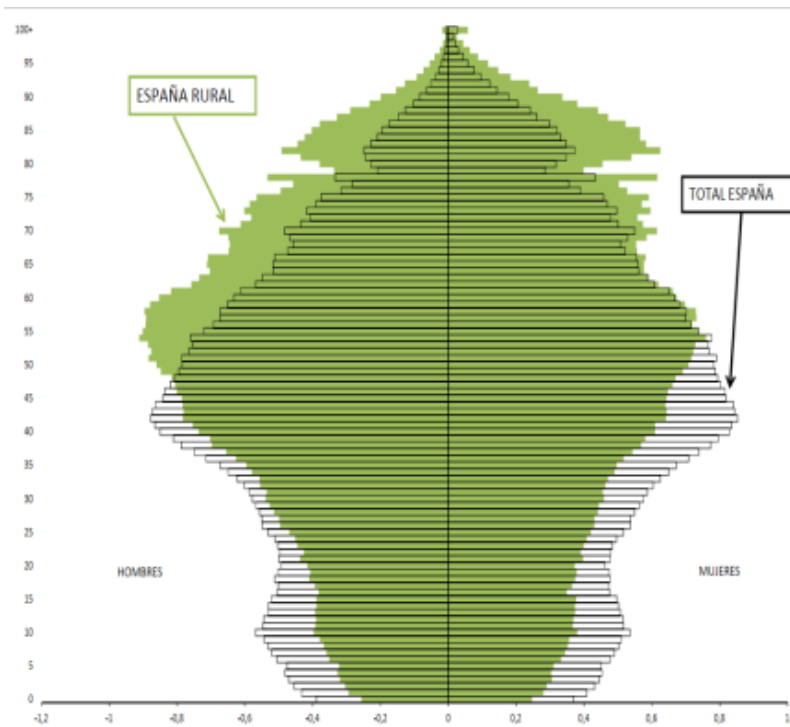
⁹³ Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. 2018. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 65pp.

⁹⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid.

⁹⁵ WHO Regional Office for Europe. Behavioural and cultural insights for health. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health>

⁹⁶ WHO Regional Office for Europe. About the European Programme of work. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/about-the-european-programme-of-work>

Figura 10. Pirámide poblacional de España, 2019



Fuente: Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos

El porcentaje de octogenarios representan el 6% de toda la población y se estima que seguirá aumentando en el futuro; estamos ante el denominado “envejecimiento de la población mayor”^{97,98} (Figura 11). La pirámide de entornos rurales presenta mayor porcentaje de personas mayores.

Las edades avanzadas se asocian a una mayor prevalencia de **enfermedades crónicas** (especialmente las osteoarticulares, cardiovasculares y neurodegenerativas), limitación en las actividades cotidianas y síntomas de depresión. Parte de las circunstancias vitales y discapacidades observadas en este grupo de edad son el resultado de situaciones de inequidades acumuladas a lo largo de la vida⁹⁹. Además, entre las personas mayores de España, la **soledad no deseada** y el aislamiento social, entendido este como la insuficiencia de redes sociales bien por proximidad, tamaño o falta de apoyo emocional entre otros, están pre-

⁹⁷ Las personas mayores en España. Informe 2018. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf

⁹⁸ Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. and Ramiro Fariñas, D. 2020. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

⁹⁹ Forjaz, M.J., Rodríguez-Blázquez, C., Ayala, A., Rodríguez-Rodríguez, V., de Pedro-Cuesta, J., García-Gutiérrez, S. and Prados-Torres, A. 2015. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *European journal of internal medicine*, 26(3), pp.176-181. Disponible en: [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(15\)00051-5/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(15)00051-5/fulltext)

España, al igual que los países de su entorno, afronta un importante desafío social y de salud pública vinculado al envejecimiento progresivo de su población y al cambio en el patrón epidemiológico^{105,106}. Este envejecimiento y su repercusión sobre la prevalencia de múltiples enfermedades crónicas y otros problemas asociados podrían ocasionar un aumento de utilización de los recursos prestados por los servicios sanitarios y los servicios sociales de forma simultánea o sucesiva y de forma intensiva¹⁰⁷. Al mismo tiempo, esta transición demográfica nos ofrece una oportunidad de aprovechar las contribuciones que la población de más edad puede aportar a la sociedad.

En España existen cerca de 5.500 centros residenciales que atienden a 400.000 personas aproximadamente. Los centros de titularidad pública constituyen el 25% del total y atienden a más del 60% de residentes¹⁰⁸.

El enfoque de salud pública y de atención a la cronicidad se está realizando según la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**¹⁰⁹, y la prevención de la fragilidad a través de la **Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad** aprobada por la Comisión de Salud Pública en 2019¹¹⁰. En 2022 se ha aprobado la Actualización del **Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor**¹¹¹, donde las CC.AA. y las Administraciones Locales tienen un papel decisivo. Se menciona, por importancia e impacto, la **Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)** de la OMS que ofrece la oportunidad de reunir a gobiernos, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y sociedad civil para que se realicen acciones sinérgicas y coordinadas para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven¹¹². La **Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores** forma parte de la estrategia de la OMS para la década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), en el marco de la Agenda 2030 y los ODS. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), entidad gestora de la Segu-

¹⁰⁵ Healthy aging and functional ability. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

¹⁰⁶ Organización Mundial de la Salud. Decade of healthy ageing 2020-2030. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

¹⁰⁷ Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M. and Millett, C. 2016. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age and ageing*, 45(3), pp.431-435. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afw044>

¹⁰⁸ Subdirección general de planificación, ordenación y evaluación. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. 2021. Secretaría de estado de derechos sociales. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. 41pp. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inf_sspmmesp2020.pdf

¹⁰⁹ Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2021. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad; 98pp. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf

¹¹⁰ Subdirección general de promoción, prevención y calidad. Dirección general de salud pública. Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf

¹¹¹ Ministerio de Sanidad. 2022. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. Madrid. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

¹¹² Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

ridad Social adscrita al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, es el organismo encargado de coordinar y dinamizar esta Red en España¹¹³.

Sexo y género

El sexo hace referencia a las características biológicas y genéticas de las personas y las estructuras que se relacionan con la reproducción, y que influyen en que existan diferencias en determinados aspectos de la fisiología entre hombres y mujeres. Aproximadamente el 50% de la población de España son mujeres, aumentando este porcentaje a medida que avanza la edad, de modo que, en la etapa de la vejez, las mujeres suponen un 32% más que los hombres¹¹⁴.

El género es un constructo social e histórico mediante el cual se realizan atribuciones sociales y culturales, se asignan valores y tareas diferenciadas a las personas en función de su sexo. El género define creencias, actitudes, valores, normas sociales, un repertorio de roles y estereotipos que se asignan a cada sexo y que se interiorizan a través de los procesos de socialización. Los roles de género conforman los comportamientos, actividades, expectativas y oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas, además de establecer la distribución del poder en esas relaciones^{115,116}.

En los últimos años se ha avanzado en igualdad de género en España, sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer. De hecho, los datos siguen poniendo de manifiesto que existe una desigualdad entre hombres y mujeres en muchos aspectos cotidianos de la vida diaria en relación con los roles de género. Se describen a continuación algunos datos al respecto sobre salud, empleo, salarios, estudios y necesidad de cuidados externos¹¹⁷:

- **Salud:** La esperanza de vida al nacer es superior en mujeres, sin embargo, estas viven más años con mala salud o algún tipo de limitación de actividad. La percepción de buen estado de salud, y el grado de autonomía funcional para las actividades básicas de la vida es mayor en hombres, siendo mayor el porcentaje de mujeres que tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido. El porcentaje de mujeres que consultan al médico de familia o que han sido hospitalizadas en el último año es mayor que el de hombres. Las mujeres presentan con más frecuencia que los hombres lumbalgia, cervicalgia, artrosis y ansiedad crónica y también sufren accidentes en mayor porcentaje. Un mayor porcentaje de mujeres declara

¹¹³ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Ciudades Amigables. Disponible en: https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm

¹¹⁴ Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. and Ramiro Fariñas, D. 2020. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

¹¹⁵ Martínez Benlloch, I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf

¹¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹¹⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis¶m2=1259926360363¶m4=Mostrar

ser sedentaria. En adición a estos datos, existen diferencias en el modo de realizar diagnósticos y tratamientos cuando la persona paciente es una mujer, produciéndose, en determinadas ocasiones, retrasos diagnósticos o aproximaciones asistenciales que perjudican a la mujer por el hecho de serlo. En determinadas situaciones, la influencia de género afecta negativamente a la salud de los hombres (por ejemplo, en su menor esperanza de vida al nacer o la mayor tasa de criminalidad masculina, de suicidio y de consumo abusivo de drogas y sustancias, entre otros)¹¹⁸.

- **Empleo:** En 2020, la brecha de género (hombres-mujeres) en las tasas de empleo de la población de 16 y más años alcanzó un valor de 11,1 puntos. Esta diferencia aumenta a 13,6 para el grupo de más edad, 55 a 64 años, y ambos valores son superiores a la media de la UE-27. Estas diferencias se observan en todos los niveles educativos. Las mujeres tienen más contratos a tiempo parcial y temporales; esto podría producir menores ingresos económicos, mayor precariedad laboral, y más horas de trabajo no remunerado. Si se suma el trabajo remunerado, los desplazamientos, y el trabajo no remunerado, las mujeres emplean más horas semanales que los hombres. Es relevante indicar que el 72% de las personas que trabajan en la sanidad en España son mujeres¹¹⁹, por lo que tienen la doble perspectiva de agentes de cambio y receptoras principales de las medidas que se pongan en marcha para mejorar los sistemas sanitarios y sus procesos.
- **Salario:** En el año 2019, el salario anual más frecuente en las mujeres representó el 73% del salario más frecuente en los hombres. Estas diferencias de género en el salario aumentan con la edad, y también en los niveles más bajos de salarios. Además, el porcentaje de mujeres con ingresos menores o iguales al Salario Mínimo Interprofesional fue el doble que el de hombres¹²⁰.
- **Estudios:** Todas las diferencias mencionadas existen a pesar de que las mujeres en la actualidad cursan estudios de educación secundaria postobligatoria, y cuentan con estudios universitarios de primer y segundo ciclo en mayor porcentaje que los hombres¹²¹.
- **Necesidad de cuidados externos:** en España, más del 10% de la población refiere cuidar de personas mayores con problemas de salud o con alguna dolencia crónica, al menos, una vez a la semana. La persona que facilita cuidados frecuentemente realiza este trabajo de manera informal y no remunerada, es mujer y pertenece a un grupo de población de nivel socioeconómico bajo¹²². Algunas personas que prestan

¹¹⁸ EMAKUNDE. Instituto vasco de la salud. Artículos. Construcción de la masculinidad. Disponible en: <https://www.emakunde.euskadi.eus/informacion/igualdad-documentos/u72-contema/es/>

¹¹⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa (EPA), cuarto trimestre de 2021. 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0421.pdf>

¹²⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925408327&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259926137287#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202019%2C%20el,bruto%20del%2080%2C%25

¹²¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres graduadas en educación superior. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481157&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

¹²² Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España. 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Encues->

estos cuidados sufren dificultades para realizar estas tareas y se ven afectadas en su salud y vida personal. En cuanto a las consecuencias para su salud, la mayoría se siente cansada y una parte importante sufre deterioros de salud¹²³.

En definitiva, las desigualdades entre hombres y mujeres por razón de género son injustas, producen ineficiencia en el funcionamiento de las sociedades, y se producen mayoritariamente por factores modificables. La desagregación de los datos por sexo en las estadísticas y estudios ayuda a esclarecer estas desigualdades, y posibilitar que se tengan en cuenta a la hora de realizar futuras investigaciones, cuando se planifiquen políticas y acciones de salud pública, y en el momento de evaluar los efectos de dichas medidas^{124,125}.

Orientación sexual e identidad de género

La orientación sexual y la identidad de género también son determinantes, con un papel central en las desigualdades en salud. En la actualidad, las personas con sexualidades no normativas siguen sufriendo inequidades. Esta población tiene un riesgo más elevado de padecer ciertos problemas de salud relacionados con el estigma social y la negación de sus derechos; presentan mayor prevalencia de trastornos mentales y menor autoestima, episodios de victimización, suicidios, así como de consumo de fármacos antidepresivos. Dentro de las personas con orientaciones sexuales no normativas, la discriminación es más frecuente en mujeres que en hombres¹²⁶. Cabe destacar que el acercamiento a esta materia es complejo, ya que en el seno de cada identidad se dan diferentes problemáticas.

Las mujeres lesbianas y bisexuales tienen mayor prevalencia de osteoporosis, sobrepeso o menor acceso a cribados de cáncer ginecológico. Los hombres gays y bisexuales tienen mayores tasas de infección por el VIH, ITS y hepatitis, así como mayor incidencia de algunos tipos de cáncer. Las personas trans, además de las necesidades relacionadas con el proceso de modificación corporal trans-específica sufren elevadas tasas de discriminación, violencia interpersonal y suicidio^{127,128,129}.

taEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

¹²³ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayOut¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259926360363¶m4=Mostrar

¹²⁴ Centro de Estudios Económicos Tomillo. Análisis de la perspectiva de género en algunas estadísticas españolas y propuestas de mejora. Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/docs/016-analisis.pdf>

¹²⁵ Colomer Revuelta Concha. 2007. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev. Esp. Salud Pública*; 81(2): 91-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000200001&lng=es.

¹²⁶ Ruiz Álvarez, M., Latasa Zamalloa, P., Sánchez Herrero, H., Figuerola Tejerina, M.A., García Solano, M. 2019. Valoración del estado de salud de las personas LGBT en España. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911119000670>

¹²⁷ FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). 2020. A long way to go for LGBTI equality. Luxembourg. Disponible en: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>

¹²⁸ Transgender Europe. 2017. Overdiagnosed but Underserved, Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden. Berlin.

¹²⁹ Herman, J.L., Brown, T.N. and Haas, A.P. 2019. Suicide thoughts and attempts among transgender adults: Findings from the 2015 US Transgender Survey. Disponible en: <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>

La orientación sexual y la identidad de género no están recogidas en la mayoría de los estudios nacionales de salud, por lo que poco se conoce acerca de las necesidades específicas, problemáticas y desigualdades en salud de la población LGTBIQ+ en España.

Estilos de vida

Alimentación

La alimentación de las personas está influenciada por conocimientos, emociones, habilidades, por el entorno, las políticas, las circunstancias y las condiciones de vida. Una alimentación saludable y un suministro de comida adecuado desde el nacimiento constituyen factores determinantes de la salud y el bienestar.

La alimentación óptima en los primeros 6 meses de vida es la **lactancia materna** exclusiva (Figura 12). Estas cifras en España en el año 2017 eran del 39%^{130,131,132}, similares a las globales europeas, y muy alejadas de las recomendaciones de la OMS, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas nacionales e internacionales (mantenimiento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, y a partir de entonces continuar con lactancia y alimentos complementarios hasta, al menos, los 2 años de edad, y mantenerla mientras la madre y lactante así lo deseen). Existen diversos factores que influyen en la lactancia materna^{133,134}.

De forma general, la lactancia materna se considera el alimento óptimo del lactante, y presenta beneficios sobre la salud y el bienestar de la infancia (aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo, y se asocia a menor riesgo de numerosas enfermedades y de obesidad o sobrepeso, perdurando estos beneficios hasta la edad adulta) y de la madre (menor riesgo de hemorragia post parto, cáncer de mama y ovario y de diabetes), además de ayudar en el establecimiento del vínculo materno-filial. Por otro lado, la lactancia materna se asocia a una disminución del gasto sanitario materno-infantil y carece de riesgos para el medio ambiente¹³⁵.

¹³⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2017.

¹³¹ Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría. 2016. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

¹³² Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalle&c=INESeccion_C¶m3=1259924822888&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926457058&L=0

¹³³ Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN-ScienceDirect.

¹³⁴ Cabedo, R., Manresa, J.M., Cambredó, M., Montero, L., Reyes, A., Gol, R. and Falguera, G. 2019. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas prof*, pp.54-61. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-183292>

¹³⁵ Organización Mundial de la Salud. 2014. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-NMH-NHD-14.1>

El **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**¹³⁶, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981, surge para establecer la base de políticas de protección, promoción y fomento de la lactancia materna. Por otro lado, la **Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)** ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales y servicios de salud a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento^{137,138}. España cumple parcialmente con el contenido de este Código¹³⁹, y está en proceso de acreditar más hospitales y centros de salud como centros IHAN. Asimismo, la OMS recomienda establecer un organismo nacional de coordinación de la lactancia materna para fomentarla¹⁴⁰.

Figura 12. Lactancia materna exclusiva



Fuente: https://www.freepik.es/vector-premium/ilustracion-lactancia-materna-madre-alimentando-bebe-pecho-sobre-fondo-natural_5133703.htm

En la fase posterior a la lactancia, la evidencia científica sugiere que una **alimentación equilibrada**, con un suministro adecuado de alimentos y nutrientes, constituye uno de los principales factores determinantes de la salud y el bienestar. La alimentación poco saludable, caracterizada por un elevado consumo de bebidas y alimentos ultraprocesados (ricos en calorías, azúcares, sal y grasas de baja calidad y pobres en fibra, y micronutrientes esenciales), en detrimento de alimentos saludables, como frutas y verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales, pescado o yogur, es la tercera causa de mortalidad en el mundo y la cuarta en España¹⁴¹. El consumo de frutas y verduras presenta múltiples beneficios debido a los efectos de reducción de la oxidación, inflamación, proliferación celular y otros procesos relacionados con la génesis de la enfermedad; que redundan en un menor riesgo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular y algún tipo de cáncer, como el colorrectal, y en un efecto protector de la función pulmonar. La falta de cantidad o variedad de comida (malnutrición por defecto) provoca desnutrición y enfermedades

¹³⁶ World Health Organization. Regional Office for Europe. 2022. Effective regulatory frameworks for ending inappropriate marketing of breast-milk substitutes and foods for infants and young children in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352003>

¹³⁷ Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Disponible en: <https://www.ihan.es/>

¹³⁸ Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. 2011. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 151pp. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>

¹³⁹ World Health Organization. 2020. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020: summary. Geneva: World Health Organization; 4pp. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332185>

¹⁴⁰ World Health Organization. Promoting baby-friendly hospitals. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>

¹⁴¹ Murray, C.J., Aravkin, A.Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdellalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I. and Abegaz, K.H. 2020. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), pp.1223-1249. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

carenciales; y un consumo excesivo (malnutrición por exceso) contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dental.

Tras la crisis financiera de 2008 se ha observado una tendencia ascendente en el consumo de comida de escaso valor nutricional, postres y otros alimentos azucarados, disminuyendo el consumo de productos frescos (fruta, verdura, carne y pescado)¹⁴². En el año 2017, el 27% de la población adulta declaró un consumo insuficiente de frutas y verduras. Este porcentaje es mayor en hombres y en población joven que en mujeres. La evolución de este indicador entre 2001 y 2020 muestra una tendencia con pocos cambios para la fruta. En relación con la población infantil, el porcentaje que cumple las recomendaciones de consumo diario de frutas y verduras sólo alcanza el 2,4%.

El consumo de **bebidas azucaradas** (entendidas como las que contienen azúcares libres u otros edulcorantes calóricos añadidos a refrescos, aguas endulzadas, bebidas deportivas, bebidas energéticas, bebidas lácteas, néctares y zumos de frutas industriales) es habitual en la población de nuestro territorio. Es uno de los factores que contribuyen a la epidemia actual de sobrepeso y obesidad. Además, el consumo de estas bebidas aumenta el riesgo de caries en población infantil y adolescente, así como el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares.

La población infantil y adolescente consume el 22% de la energía de la dieta en forma de azúcares totales, en el caso de menores de 3 años, el porcentaje asciende al 30%¹⁴³. En relación con los azúcares libres, más del 50% de la población infantil y adolescente superan el 10% de la ingesta calórica procedente de azúcares libres, que constituye el límite máximo establecido por la OMS con nivel fuerte de recomendación, y el 90% superan el 5%, límite de la recomendación condicional para obtener beneficios adicionales de salud¹⁴⁴.

Un tercio de las calorías de la cesta de la compra de los hogares de nuestro país y dos tercios del azúcar total que se consume proceden de alimentos y bebidas ultraprocesados (refrescos, zumos y néctares comerciales, yogures azucarados, postres lácteos y chocolates, preparados infantiles, galletas, bollería, cereales de desayuno, comida rápida, etc.). El consumo de alimentos saludables es mayor en las familias de rentas más altas, frente a las familias de rentas bajas, que consumen mayor cantidad de aperitivos, dulces, comida rápida o bebidas azucaradas¹⁴⁵. Esto demuestra la influencia que ejerce la estructura social en un determinante de la salud tan importante como la alimentación. Hay estudios que reflejan

¹⁴² Sane Schepisi, M., Di Napoli, A., Ascitto, R., Vecchi, S., Mirisola, C. and Petrelli, A. 2021. The 2008 Financial Crisis and Changes in Lifestyle-Related Behaviors in Italy, Greece, Spain, and Portugal: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), p.8734. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168734>

¹⁴³ Estudio ENALIA. Encuesta Nacional de consumo de Alimentos en población Infantil y Adolescentes. 2012-2014. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/gestion_riesgos/Informe_ENALIA2014_FINAL.pdf

¹⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. 2015. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 11pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf

¹⁴⁵ Alto Comisionado para la lucha contra la pobreza infantil sobre Obesidad Infantil y Desigualdad de Renta. 2019. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/DB%2013.pdf>

que medidas como la implantación de tasas a las bebidas azucaradas tiene una influencia positiva en la reducción del consumo de estas sustancias^{146,147}.

- La alimentación poco saludable se caracteriza por un elevado consumo de bebidas y alimentos ultraprocesados (ricos en calorías, azúcares, sal y grasas de baja calidad, y pobres en fibra y micronutrientes esenciales) en detrimento de las frutas y verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales, pescado o yogur.
- Solo el 2,4% de la población infantil cumple las recomendaciones de consumo diario de frutos y verduras.
- La población infantil y adolescente consume el 22% de la energía de la dieta en forma de azúcares.
- El 33% de las calorías de la cesta de la compra proceden de alimentos y bebidas ultraprocesados.
- El consumo de alimentos saludables es mayor en las familias de rentas más altas.

Una cuestión fundamental en salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida sana y nutritiva, ya que el acceso a alimentos saludables y asequibles marca más la diferencia en lo que consume la población, que la educación para la salud que esta población pueda recibir¹⁴⁸.

La publicidad de alimentos y bebidas juega un importante papel en la selección de alimentos que realiza la población, y puede contribuir a la persistencia del sobrepeso y obesidad infantil¹⁴⁹. El **Código PAOS** de corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud, desarrollado en 2005, establecía un conjunto de reglas éticas que guían a las compañías adheridas en el desarrollo, ejecución y difusión de sus mensajes de publicidad de alimentos y bebidas dirigidos a menores para evitar una excesiva presión publicitaria sobre ellos¹⁵⁰. En el momento actual, y tras haber realizado la evaluación de este Código, el Ministerio de Consumo ha iniciado la tramita-

¹⁴⁶ Royo-Bordonada, M.Á., Fernández-Escobar, C., Gil-Bellosta, C.J. and Ordaz, E. 2022. Effect of excise tax on sugar-sweetened beverages in Catalonia, Spain, three and a half years after its introduction. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), pp.1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01262-8>

¹⁴⁷ Thow, A.M., Downs, S.M., Mayes, C., Trevena, H., Waqanivalu, T. and Cawley, J. 2018. Fiscal policy to improve diets and prevent noncommunicable diseases: from recommendations to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(3), p.201. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272234>

¹⁴⁸ Wilkinson, R. and Marmot, M. 2003. Los determinantes sociales de la salud. Hechos probados. Segunda edición. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

¹⁴⁹ Menéndez García, R.A. and Franco Díez, F.J. 2009. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutrición hospitalaria*, 24(3), pp.318-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000300009&lng=es.

¹⁵⁰ Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN). 2020. Publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores. CÓDIGO PAOS de corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/>

ción de una norma legal orientada al refuerzo de la protección del menor, limitando la publicidad de alimentos y bebidas, en coherencia con la Directiva 2018/1808 del Parlamento Europeo y del Consejo (**Directiva de servicios de comunicación audiovisual**) que, entre otras medidas, limita la publicidad de los productos procesados con elevado contenido en azúcar, grasas y sal dirigida a menores.

Los comedores de los centros escolares realizan una tarea imprescindible en términos de alimentación saludable; el acceso al comedor, sin embargo, puede ser una fuente de desigualdades entre unos colegios y otros, y de inequidades en experiencias nutricionales y educativas. La AESAN es el órgano directivo responsable de las políticas orientadas al fomento de una oferta alimentaria saludable y sostenible en los centros educativos, y de su control oficial en coordinación con las autoridades autonómicas competentes.

La alimentación en la población mayor es otro aspecto fundamental que debe analizarse, prestando especial atención a las personas que viven en instituciones y a la población mayor con menores recursos económicos.

Actividad física y sedentarismo

La **actividad física** es esencial para la salud y el bienestar. Los beneficios de realizar actividad física se muestran en todas las edades e incluyen tanto beneficios para la salud física como mental y social. La evidencia científica muestra de forma consistente que la actividad física diaria mejora la salud y está relacionada con la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, varios tipos de cáncer (como el de colon y mama, entre otros), ansiedad y depresión. Además, ayuda a reducir la ganancia de peso y mejorar los parámetros relacionados con la adiposidad, a mantener un sistema locomotor saludable y a prevenir la fragilidad, la discapacidad y la dependencia, en definitiva; contribuye a conseguir un envejecimiento activo y saludable.

La OMS¹⁵¹ recomienda al menos entre 150 y 300 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana para las personas adultas, y una media de 60 minutos de actividad física aeróbica moderada al día para la población infantil y adolescente. Cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna, y toda actividad física cuenta y puede integrarse en el trabajo, las actividades deportivas y recreativas, los desplazamientos (a pie o en bicicleta), así como en las tareas cotidianas y domésticas.

En España, se estima que el 35% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física recomendado por la OMS en 2017¹⁵². El incumplimiento de estas recomendaciones es mayor en mujeres y en clases sociales menos acomodadas. Estas desigual-

marketing_y_publicidad_dirigida_a_menores.htm#:~:text=EI%20C%C3%B3digo%20PAOS%20establece%20un,excesiva%20presi%C3%B3n%20publicitaria%20sobre%20ellos

¹⁵¹ Organización Mundial de la Salud. 2020. *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337004>

¹⁵² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. 2018. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, serie informes monográficos: 2- Actividad física, descanso y ocio. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISICA.pdf

dades sociales y de género se observan desde la infancia¹⁵³; el porcentaje de chicos de 11 a 18 años que realizan actividad física 7 días a la semana es muy superior al de las chicas¹⁵⁴.

El **sedentarismo** puede entenderse como el estilo de vida con predominancia de actividades de muy bajo gasto energético, en general actividades realizadas en sedestación o con escaso movimiento¹⁵⁵. Es un factor de riesgo con efectos negativos en la salud independiente de la inactividad física y, por lo tanto, debe abordarse de forma paralela. El sedentarismo a su vez está asociado al tiempo frente a pantallas. La práctica de actividad física es esencial para intercalar descansos activos y reducir el tiempo de conducta sedentaria. En España, según los datos de la Encuesta Europea de Salud 2020, el 36% de la población refería tener una vida sedentaria. El sedentarismo es mayor en mujeres, en la población de más de 65 años, y en personas con menor nivel educativo¹⁵⁶.

El porcentaje de menores de 15 años que pasan una hora o más a diario frente a una pantalla es del 74% entre semana y del 83% en fines de semana. Este porcentaje es superior en niños que en niñas y aumenta progresivamente con la edad¹⁵⁷. Aunque en sí la actividad frente a pantalla no necesariamente está asociada a riesgos en salud, se considera una actividad sedentaria. Además, hay que tener en cuenta que las horas frente a pantalla pueden afectar a otros hábitos saludables, como la disminución de horas de sueño (factor asociado a la obesidad infantil) o el consumo de alimentos poco saludables (tendencia a ingerir productos de alto valor energético delante de la pantalla)¹⁵⁸.

Al igual que otros factores, tanto la inactividad física como el sedentarismo presentan importantes desigualdades según el sexo, el género, la edad y las condiciones socioeconómicas. A su vez, también están influidos por el entorno en el que se vive, al determinar las opciones de práctica de actividad física o de movilidad activa, como caminar e ir en bici. Desde la Región Europea de la OMS se ha establecido el programa **THE PEP** (*The Transport, Health and Environment Pan-European Programme*) que fomenta, entre otras

¹⁵³ Gonzalo-Almorox, E. and Urbanos-Garrido, R.M. 2016. Decomposing socio-economic inequalities in leisure-time physical inactivity: the case of Spanish children. *International journal for equity in health*, 15(1), pp.1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0394-9>

¹⁵⁴ Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E. and Morgan, A. 2018. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. *Resultados del estudio HBSC*.

¹⁵⁵ Crespo-Salgado, J.J., Delgado-Martín, J.L., Blanco-Iglesias, O. and Aldecoa-Landesa, S. 2015. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención primaria*, 47(3), pp.175-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>

¹⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalleFichaIndicador&c=INESeccion_C¶m3=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayOut&cid=125994-4495973&L=0#:~:text=Respecto%20al%20sedentarismo%2C%20a%20nivel,sedentaria%20en%20su%20tiempo%20libre

¹⁵⁷ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. 2018. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, serie informes monográficos: 2- Actividad física, descanso y ocio. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISICA.pdf

¹⁵⁸ Cartanyà Hueso, À., Lidón Moyano, C., Martín Sánchez, J.C., González Marrón, A., Matilla Santander, N., Miró, Q. and Martínez Sánchez, J.M. 2021. Association of screen time and sleep duration among Spanish 114 years old children. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 35(1), pp.120-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppe.12695>

acciones, la movilidad activa¹⁵⁹. En España se está fomentando la utilización de la bicicleta como forma de movilidad activa y también de habitabilidad, salud, medio ambiente, equidad, sociabilidad, entre otros beneficios. Específicamente, el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana ha publicado la **Estrategia estatal por la bicicleta**¹⁶⁰.

Consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y adicciones no relacionadas con sustancia

En 2019-2020, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años fueron el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta, seguidos del cannabis y la cocaína. La edad de inicio en el consumo se mantiene estable. Las sustancias cuyo inicio de consumo se realiza a una edad más temprana son el tabaco y el alcohol, seguidas del cannabis¹⁶¹.

El **tabaquismo** constituye, según la OMS, el principal problema de salud pública prevenible en los países de altos ingresos, y es la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables en nuestro país y el resto de los países de nuestro entorno¹⁶². El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo, y es el factor que más años de vida perdidos ajustados por discapacidad produce en España¹⁶³. Fumar tabaco produce cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, infarto, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades¹⁶⁴. Referente al cáncer de pulmón, el tabaco es el principal factor de riesgo: entre el 80 y 90% de las muertes por esta causa en los países desarrollados se atribuyen al tabaco. Con datos históricos españoles de entre 1980 y 2013, entre los hombres la mortalidad por cáncer de pulmón presenta una tendencia descendente desde 2001 mientras que en mujeres no ha dejado de aumentar desde 1997¹⁶⁵. Un estudio en Cataluña confirma esta tendencia y proyecta que para 2025 los nuevos diagnósticos en hombres seguirán descendiendo, no así en mujeres¹⁶⁶.

¹⁵⁹ Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa y Oficina regional de OMS para Europa. Transport, Health and Environment Pan-European Programme. Disponible en: <https://thepep.unece.org/>

¹⁶⁰ Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Estrategia estatal por la bicicleta. Disponible en: <https://esmovilidad.mitma.es/estrategia-estatal-por-la-bicicleta>

¹⁶¹ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 243pp.

¹⁶² Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud. Tabaquismo. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1

¹⁶³ Soriano, J.B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J.M., Cardona, P.J., Fernández, E., García-Basteiro, A.L., Benavides, F.G., Glenn, S.D., Krish, V. and Lazarus, J.V. 2018. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina clínica*, 151(5), pp.171-190. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>

¹⁶⁴ Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). El tabaco y el cáncer. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/tobacco/index.htm>

¹⁶⁵ Martín-Sánchez, J.C., Clèries, R., Lidón-Moyano, C., González-de Paz, L. and Martínez-Sánchez, J.M. 2016. Differences between men and women in time trends in lung cancer mortality in Spain (1980-2013). *Archivos de Bronconeumología*, 52(6), pp.316-320. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/en-differences-between-men-women-in-articulo-S1579212916300234>

¹⁶⁶ Guarga, L., Ameijide, A., Marcos-Gragera, R., Carulla, M., Delgadillo, J., Borràs, J.M. and Galceran, J. 2021. Trends in lung cancer incidence by age, sex and histology from 2012 to 2025 in Catalonia (Spain). *Scientific re-*

Según el Informe 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, el 32% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco diariamente, y se comienza a fumar en la adolescencia¹⁶⁷, siendo la edad media de inicio del consumo 14 años¹⁶⁸. Los datos entre la población joven son preocupantes; el 16% de jóvenes de 15 años dice haber fumado al menos un cigarrillo en el último mes¹⁶⁹. Además, casi la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años (48,4%) ha utilizado en alguna ocasión cigarrillos electrónicos¹⁷⁰.

En las últimas décadas, el consumo de tabaco parece concentrarse en las clases sociales más desfavorecidas; este gradiente social es más acentuado en la población de mujeres¹⁷¹. Además, se encuentra ligado al consumo de otras sustancias, especialmente el cannabis en los jóvenes. Los datos indican que deben intensificarse los esfuerzos de las Administraciones Públicas para disminuir el consumo de esta sustancia.

Además del consumo, la exposición al humo de tabaco continúa asociándose a una importante carga de morbilidad y mortalidad, siendo la población infantil y las embarazadas los grupos de especial riesgo. Se estima que el número de fallecimientos atribuibles al humo ambiental en España en 2011 ascendió a 1.028^{172,173}.

Entre las actuaciones internacionales en materia de tabaco se encuentra el **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**¹⁷⁴, el primer tratado internacional de salud pública y que presenta un modelo para los países que buscan reducir la oferta y la demanda de tabaco. En España se han aprobado la **Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco**, y la **Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco**. Además, se han realizado múltiples campañas de sensibilización al respecto.

ports, 11(1), pp.1-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-02582-8>

¹⁶⁷ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 243pp.

¹⁶⁸ Ministerio de Sanidad. ESTUDES 2021 encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

¹⁶⁹ OECD. 2021., Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

¹⁷⁰ Ministerio de Sanidad. 2022. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: Situación actual, evidencia disponible y regulación. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrillo-selectronicos.pdf>

¹⁷¹ Costa-Font, J., Hernández-Quevedo, C. and Jiménez-Rubio, D. 2014. Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain. *Economics & Human Biology*, 13, pp.66-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.03.003>

¹⁷² Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS. Líneas de actuación 2019-20 en el ámbito de la prevención y control del tabaquismo. Comisión de Salud Pública Aprobado el 9 de mayo de 2019. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf

¹⁷³ López, M.J., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A. and Fernández, E. 2016. Mortality attributable to secondhand smoke exposure in Spain (2011). *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), pp.1307-1310. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv130>

¹⁷⁴ Organización Panamericana de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco-OPS/OMS.

El **alcohol** es la sustancia psicoactiva más consumida en España y con menor percepción de riesgo pese a que tiene un importante impacto en la salud de las personas al relacionarse con más de 200 problemas de salud, lesiones y muertes prematuras (entre 2010-2017 se produjeron en España anualmente 15.489 muertes, 74% en hombres)¹⁷⁵. Se asocia a consecuencias a corto, medio y largo plazo en todas las esferas biopsicosociales de las personas, y puede producir daños a terceras personas (siniestros viales, violencia interpersonal o daños fetales si se consume durante el embarazo), sumándose las consecuencias negativas para la sociedad y la economía. Es la causa reconocida de diversas patologías (hepáticas, digestivas, oncológicas, neurológicas), sin que exista un límite de seguridad en el consumo por debajo del cual se pueda afirmar que no existe riesgo; impacta en la salud mental y en el entorno socio-familiar de la persona consumidora, suponiendo incluso un riesgo de lesiones para terceras personas. La edad media de inicio de consumo se sitúa en 14 años para ambos sexos¹⁷⁶. En 2019, el 77% de las personas de entre 15-64 años consumieron alcohol (Figura 13). En 2020, el consumo diario de alcohol fue del 20% en hombres y del 6% en mujeres, cifras similares a los últimos años¹⁷⁷. El consumo de alcohol per cápita en España, en litros por año, es ligeramente superior en relación con la media del conjunto de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹⁷⁸. La frecuencia de consumo intensivo episódico mensual (también denominado atracón, *binge drinking* o *heavy episodic drinking*) sitúa en el 15% de la población, siendo en hombres el doble que en mujeres¹⁷⁹. La frecuencia de este tipo de consumo es mayor en edades jóvenes. El 28% de estudiantes entre 14 y 18 años ha realizado *binge drinking* en los últimos 30 días¹⁸⁰. Al igual que con el tabaco, existe un gradiente social para el consumo de alcohol, en este caso, son las clases sociales más favorecidas económicamente las que más lo consumen, siendo este gradiente más acentuado en las mujeres. Sin embargo, aunque de manera global un mayor consumo de alcohol se asocia a mayores ingresos, a un mismo nivel de consumo los daños son mayores en las personas con una posición socioeconómica más desfavorecida; probablemente debido a que el contexto social determina distintas exposiciones y vulnerabilidades en el entorno^{181,182}.

¹⁷⁵ Ministerio de sanidad. Prevención del consumo de alcohol. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/home.htm>

¹⁷⁶ ESTUDES 2021. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. 1994-2021. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

¹⁷⁷ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

¹⁷⁸ OECD. 2022. Alcohol consumption (indicator). Disponible en: <https://doi.org/10.1787/e6895909-en>

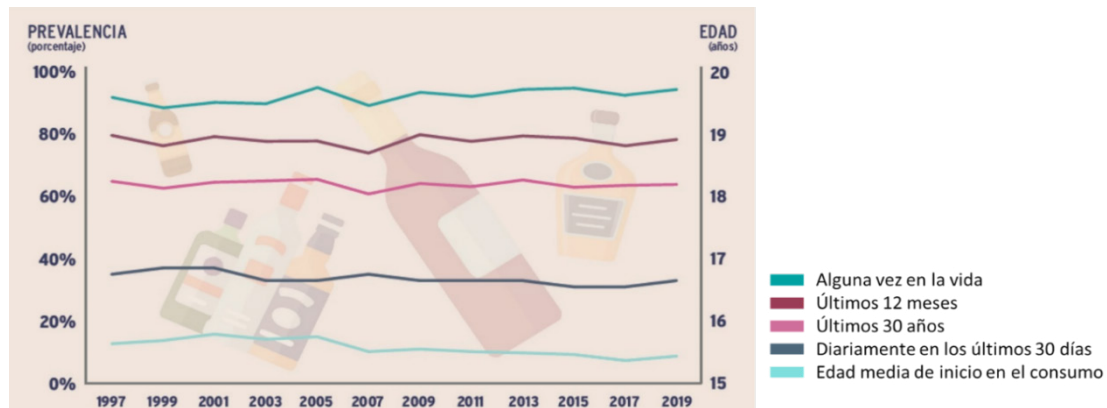
¹⁷⁹ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 243pp.

¹⁸⁰ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2021. Ministerio de Sanidad. Disponible en: ESTUDES 2021 Informe de Resultados definitivo (sanidad.gob.es)

¹⁸¹ Ministerio de Sanidad. 2020. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid.

¹⁸² Ministerio de sanidad. 2020. Consumo de alcohol y equidad. Como abordarlo en la consulta. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_Equidad.pdf

Figura 13. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.



Fuente: elaboración propia a partir de: Monografía Alcohol 2021. Consumo y consecuencias

La evidencia científica apoya que no existe un nivel de consumo seguro de alcohol y que no consumir es lo único que evita sus efectos perjudiciales^{183,184,185,186}. Por lo tanto, si se consumiera, cuanto menos mejor. Adicionalmente, y al igual que con el tabaco, los daños producidos por el alcohol tienen un fuerte componente de inequidad, puesto que afecta con mayor intensidad a las mujeres y a las personas con una posición socioeconómica más desfavorecida. Desde el Ministerio de Sanidad se ha elaborado un documento orientado a decisores políticos, en relación con las actuaciones en políticas de alcohol más coste efectivas y sus efectos en salud pública (**Consumo de alcohol: Proteger la salud como prioridad-Prevención y reducción de los daños-Información para decisores políticos: ¿Qué pueden hacer las Administraciones Públicas?**)¹⁸⁷, y desde la Comisión de Salud Pública se ha elaborado otro de líneas de actuación en el ámbito de la prevención del consumo de alcohol (**Líneas de actuación en el ámbito de la prevención del consumo de alcohol-Comisión de Salud Pública 13 de abril de 2021**)¹⁸⁸, que supone una hoja de ruta para los próximos años.

¹⁸³ European Code Against Cancer. WHO International Agency Res. Cancer. Disponible en: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

¹⁸⁴ Burton, R. and Sheron, N. 2018. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*, 392(10152), pp.987-988. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361831571X>

¹⁸⁵ Scoccianti, C., Cecchini, M., Anderson, A.S., Berrino, F., Boutron-Ruault, M.C., Espina, C., Key, T.J., Leitzmann, M., Norat, T., Powers, H. and Wiseman, M. 2016. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer epidemiology*, 45, pp.181-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>

¹⁸⁶ A healthy lifestyle. WHO Reg. Off. Eur. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>

¹⁸⁷ Ministerio de Sanidad. Consumo de alcohol: Proteger la salud como prioridad. Prevención y reducción de los daños. Información para decisores políticos: ¿Qué pueden hacer las administraciones públicas? 28pp. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_DecisoresPoliticos.pdf

¹⁸⁸ Ministerio de Sanidad. 2021. Grupo de Trabajo de Prevención del Consumo de Alcohol. Líneas de actuación en el ámbito de la prevención del consumo de alcohol. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Lineasactuacion_PrevencionConsumoAlcohol.pdf

Actualmente no hay una ley integral para la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol. De igual modo, es mejorable el control de la publicidad, patrocinio y promoción de bebidas alcohólicas, especialmente dirigida a la protección de los menores, y en la normativa relativa al etiquetado de las bebidas alcohólicas, a través de la cual se posibilite la opción de realizar recomendaciones, facilitar información y advertir a la población de los daños relacionados con el consumo de alcohol, actuación que recomienda la OMS¹⁸⁹. Por otro lado, existen iniciativas de la OMS para disminuir el consumo de alcohol (**iniciativa SAFER**¹⁹⁰ y el **Plan de Acción Mundial sobre alcohol 2022-2030**¹⁹¹) y se está elaborando un marco de implementación para reducir el consumo de alcohol en la región europea de la OMS¹⁹².

El consumo de drogas ilegales está asociado a riesgos y problemas definidos que alejan a las personas que las consumen de un estilo de vida saludable. Resulta esencial reducir su consumo, retrasar la edad de inicio y también el paso de consumos esporádicos a consumos problemáticos, dar respuesta asistencial a los problemas a que pueden dar lugar e incluir la provisión de estrategias de reducción de daños en aquellas personas que persisten en el consumo.

Especial interés debe prestarse a sustancias como el **cannabis**, cuya presencia ha aumentado progresiva y notablemente en los indicadores de problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas (urgencias, admisiones a tratamiento, etc.) al tiempo que cambios en su situación legal en diferentes países del mundo y su posible efectividad en el tratamiento de algunas patologías específicas requieren de la comunidad científica y también de las Administraciones Públicas un esfuerzo por trasladar debidamente la mejor y más actualizada evidencia de la que se disponga. La prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida presenta una tendencia ascendente desde 1995. El 38% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez, el 11% en el último año, el 8% en el último mes y el 3% diariamente. El mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años.

El consumo de **cocaína** en polvo muestra una tendencia ascendente iniciada en el año 2001. El 11% de la población de 15 a 64 años la ha consumido alguna vez, el 3% en el último año y el 1% en los últimos 30 días¹⁹³. Estos datos resultan particularmente preocupan-

¹⁸⁹ WHO Regional Office for Europe. 2017. Alcohol labelling-A discussion document on policy options. Geneva: World Health Organization; 20pp. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf

¹⁹⁰ World Health Organization. SAFER-alcohol control initiative. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

¹⁹¹ Organización Mundial de la Salud. 2021. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 41pp. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

¹⁹² World Health Organization. 2022. Draft 13th March 2022. Framework to strengthen implementation of the WHO European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol (EAPA), 2022-2025. Disponible en: <https://euro.sharefile.com/share/view/s016814c45a324333b249b7c22e84d991>

¹⁹³ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 243pp.

tes si tenemos en cuenta las potenciales consecuencias educativas, sociales y en términos de salud que se asocian al consumo de drogas.

Asimismo, deben mantenerse la monitorización y la capacidad de intervención en el caso de **otras drogas ilegales** (opioides, metanfetamina, nuevas sustancias psicoactivas, etc.) que, aunque menor prevalencia o de uso casi exclusivo en colectivos muy específicos, pueden tener un impacto elevado en la salud de las personas que las consumen.

En cuanto a **hipnosedantes** con o sin receta, según un informe de 2021, el 23% de la población de 15 a 64 años los ha consumido alguna vez, el 12% los ha consumido en el último año, el 9% en el último mes y el 6% diariamente en el último mes. Con relación al consumo de **analgésicos opioides** con o sin receta, el 15% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haberlos consumido en alguna ocasión. Tanto el consumo de hipnosedantes como el de analgésicos opioides están más extendidos entre las mujeres que entre los hombres y aumenta en ambos grupos con la edad¹⁹⁴.

En relación con las **adicciones no relacionadas con sustancia**, existen hábitos de conducta, aparentemente inofensivos, que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas¹⁹⁵. El aspecto clave de la adicción comportamental no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que se establece con ella. Lo esencial del trastorno es que la persona adicta pierde el control sobre la actividad elegida y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas que le produce. El análisis de los resultados de las encuestas EDADES y ESTUDES a partir de 2014 confirma que el juego con dinero, el uso de internet y los videojuegos, actividades ampliamente extendidas en nuestra sociedad, están aumentando. En 2019-2020, un 64% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero en el último año. Este tipo de juego es mayor en hombres que en mujeres, y entre la población más joven. Además, las personas con un posible juego problemático suelen presentar una mayor prevalencia de otros comportamientos de riesgo como *binge drinking*, consumo de alcohol y de tabaco, así como mayor riesgo de conducta suicida.

Existe una preocupación creciente por el potencial **uso problemático de Internet** con relación al incremento de conductas discriminatorias, abusivas o violentas a través de las nuevas tecnologías¹⁹⁶, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso, o potenciadoras de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego online entre adolescentes.

En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas es el órgano directivo del Ministerio de Sanidad encargado de las políticas en materia de consumo de drogas. Es el encargado de la coordinación y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas,

¹⁹⁴ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 243pp.

¹⁹⁵ Gobierno vasco. Departamento de Salud. Adicciones comportamentales (sin sustancia). Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/adicciones-comportamentales-sin-sustancia/web01-a3adicom/es/>

¹⁹⁶ Ballesteros, B., Pérez, S., Díaz, D. and Toledo, E. 2017. Estudio sobre acoso escolar y cyberbullying según los afectados. Madrid: Fundación Mutua Madrileña y fundación ANAR. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/III-Estudio-sobre-acoso-escolar-y-ciberbullying-segu%CC%81n-los-afectados-1.pdf>

y las estrategias y planes específicos relacionados (por ejemplo, la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024**¹⁹⁷ y sus Planes de acción).

Prácticas sexuales

La sexualidad forma parte inherente de las personas. Abarca lo físico, psicológico, espiritual, social, económico, político y cultural, se manifiesta durante toda la vida y es diversa y genuina de cada persona. Una sexualidad saludable es aquella que se vive con placer y satisfacción, de forma segura y responsable, estableciendo relaciones gratificantes, igualitarias y no discriminatorias.

Las **prácticas sexuales**, en concreto, son un factor promotor de la salud, de los vínculos entre personas y el bienestar; determinadas prácticas, sin embargo, pueden constituir un factor de riesgo para la salud.

El porcentaje de población entre 15-18 años que afirma haber mantenido relaciones sexuales coitales ha pasado el 26% en 2002 al 35% en 2018. Este aumento en el porcentaje de población adolescente que mantiene relaciones sexuales se acompaña de un descenso del **uso del preservativo**, pasando del 83% en 2002 al 75% en 2018¹⁹⁸, a pesar de conocerse su efectividad como método anticonceptivo y en la prevención de la transmisión del VIH y de otras ITS. El uso de preservativos y lubricantes también es bajo en muchos colectivos en situación de vulnerabilidad. La promoción de su uso como método anticonceptivo y de prevención del VIH y otras ITS, continúa siendo una prioridad, especialmente entre la población adolescente. Una adecuada política de educación y promoción de una sexualidad saludable y segura es importante en este sentido.

El **chemsex**, definido como el uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo, es un fenómeno que está captando la atención de la salud pública puesto que, practicado de forma intensiva y continuada, puede facilitar no solo la transmisión del VIH y otras ITS, sino también ocasionar otros problemas y complicaciones para la salud física, mental y social de las personas que lo realizan¹⁹⁹.

Condiciones medioambientales y cambio climático

Cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad en España están relacionadas en mayor o menor medida con factores de riesgo ambientales (Figura 14). Por ejemplo, en el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el porcentaje de atribución a causas ambientales fue del 36%, con datos de 2019²⁰⁰.

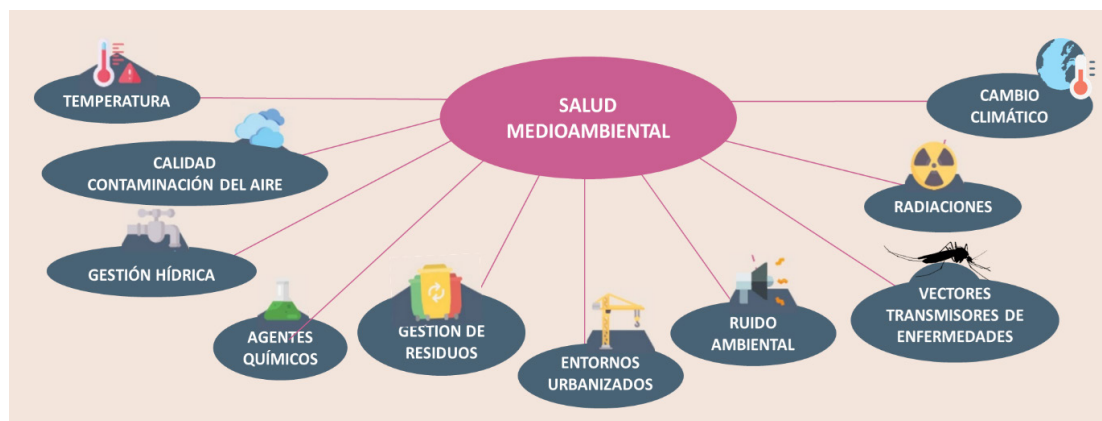
¹⁹⁷ Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

¹⁹⁸ Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez Queija, I., Jiménez Iglesias, A., García Moya, A. and Leal-López, E. 2002. Resultados del estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. *Análisis de tendencias*, pp.2006-2010. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficheroisoia/documentos/5904_d_HBSC2018_ConductaSexual.pdf

¹⁹⁹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020. Abordaje del fenómeno del chemsex. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX_ABORDAJE.pdf

²⁰⁰ Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Figura 14. Impacto del medio ambiente en la salud



Elaboración propia

La **calidad del aire** de nuestras ciudades es particularmente responsable de numerosas muertes prematuras y de múltiples efectos adversos en la salud en nuestro país; a pesar de que las partículas finas ($PM_{2,5}$) se han reducido en más de un 30% entre los años 2009 y 2018, se estima que en nuestro país se producen 2.683 muertes anuales atribuibles a la contaminación atmosférica²⁰¹.

Por otra parte, el **ruido** es el segundo factor ambiental de riesgo para la salud. La exposición a determinados niveles de ruido a largo plazo se relaciona con efectos no auditivos en la salud como molestias, alteraciones del sueño, daño cardiovascular, ictus, alteraciones metabólicas y deterioro cognitivo en niños²⁰². En concreto, la exposición a largo plazo a valores de ruido superiores a 53 dB se ha visto relacionada con un aumento de incidencia de enfermedad isquémica del corazón. Con respecto a ello, se estima que más del 50% de la población española residente en áreas urbanas está expuesta a niveles de ruido superiores a los 55 dB²⁰³. Adicionalmente, el 28% de la población española considera que el ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto²⁰⁴.

En relación con la **temperatura**, se estima que en España la mortalidad por todas las causas atribuible a temperaturas excesivamente altas supera cada año las 1.200 muertes y, en algunos años, se acerca o supera las 2.000²⁰⁵. Por lo tanto, el calor representa uno de los factores ambientales con mayor impacto en la salud, en parte por su influencia demostrada, entre otros aspectos, en la exacerbación de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y partos prematuros. El aumento de la frecuencia, la intensidad

²⁰¹ Ortiz, C., Linares, C., Carmona, R. and Díaz, J. 2017. Evaluation of short-term mortality attributable to particulate matter pollution in Spain. *Environmental Pollution*, 224, pp.541-551. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2017.02.037>.

²⁰² World Health Organization. 2018. Environmental Noise Guidelines for the European Region. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-noise-guidelines-for-the-european-region-2018>

²⁰³ European Environment Agency. 2020. Environmental noise in Europe-2020. EEA Report N° 22/2019. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-noise-in-europe>

²⁰⁴ Ministerio de Sanidad. 2019. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

²⁰⁵ Instituto de Salud Carlos III. MoMoTemp. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MOMOcalor.aspx>

y la duración de los episodios de calor extremo asociado al cambio climático exacerba la prevalencia de estas afecciones. Las temperaturas excesivamente bajas se relacionan mayoritariamente con el agravamiento de enfermedades infecciosas, aunque su efecto en el tiempo se encuentra más diferido.

Otro factor es la **radiación ambiental natural**, que puede afectar a la población a través de la ingesta de agua o alimentos, la inhalación de gases radiactivos, o la simple exposición a la misma. La exposición residencial al gas radiactivo **radón** participa en el 4% de todas las muertes por cáncer de pulmón a nivel nacional, alcanzando el 7% en Galicia y Extremadura. Se trata del segundo factor de riesgo de cáncer de pulmón entre los fumadores y exfumadores y el primero en los no fumadores^{206,207}.

La **gestión de las aguas** de consumo humano, de baño, regeneradas, residuales, etc., es de vital importancia para que el agua tenga la calidad necesaria para reducir las enfermedades que de ella se derivan.

Los **productos químicos** utilizados en prácticas agrícolas pueden asociarse a riesgos para la salud si no se emplean y se gestionan adecuadamente, o se aplican cerca de las viviendas o los entornos comunitarios donde la población realiza sus actividades habituales. La vigilancia de los riesgos químicos emergentes y de aquellos que funcionen como alteradores endocrinos debe estar sólidamente estudiada y controlada para proteger a la población.

Existen determinados grupos de población que pueden verse especialmente influenciados por los factores ambientales. Entre ellos, destaca la población infantil, las personas mayores, las mujeres embarazadas, las personas con enfermedades crónicas y las que habitan en entornos más degradados ambientalmente (con frecuencia son las que cuentan con menos recursos socioeconómicos)²⁰⁸.

Los efectos en salud de las condiciones del medioambiente se concentran en los entornos urbanizados por lo que es fundamental trabajar en el mantenimiento o mejora de la calidad del hábitat y en el fomento de ciudades verdes para desarrollar un ecosistema propicio y armonizado en el que el ser humano pueda desarrollar su vida con el menor perjuicio para su salud.

Con el objetivo de promover entornos más saludables que favorezcan mejores niveles de salud de la población y disminuyan los riesgos derivados de los factores ambientales y sus condicionantes, se ha aprobado el **Plan Estratégico de Salud y Medioambiente (PESMA)**²⁰⁹, con un enfoque integral de **Una sola salud**.

El **cambio climático** está reconocido como la mayor amenaza para la salud humana, animal y medioambiental del siglo XXI.

²⁰⁶ Ruano-Ravina, A., Lema, L.V., Talavera, M.G., Gómez, M.G., Muñoz, S.G., Santiago-Pérez, M.I., Rey-Brandariz, J., Barros-Dios, J. and Pérez-Ríos, M. 2021. Lung cancer mortality attributable to residential radon exposure in Spain and its regions. *Environmental Research*, 199, p.111372. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111372>

²⁰⁷ Pérez Ríos, M., García Talavera, M., García Gómez, M., González Muñoz, S., Rey-Brandariz, J., Barros Dios, J.M. and Ruano Ravina, A. 2021. Mortalidad atribuible a la exposición a radón residencial en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/04_Mortalidad_radon.pdf

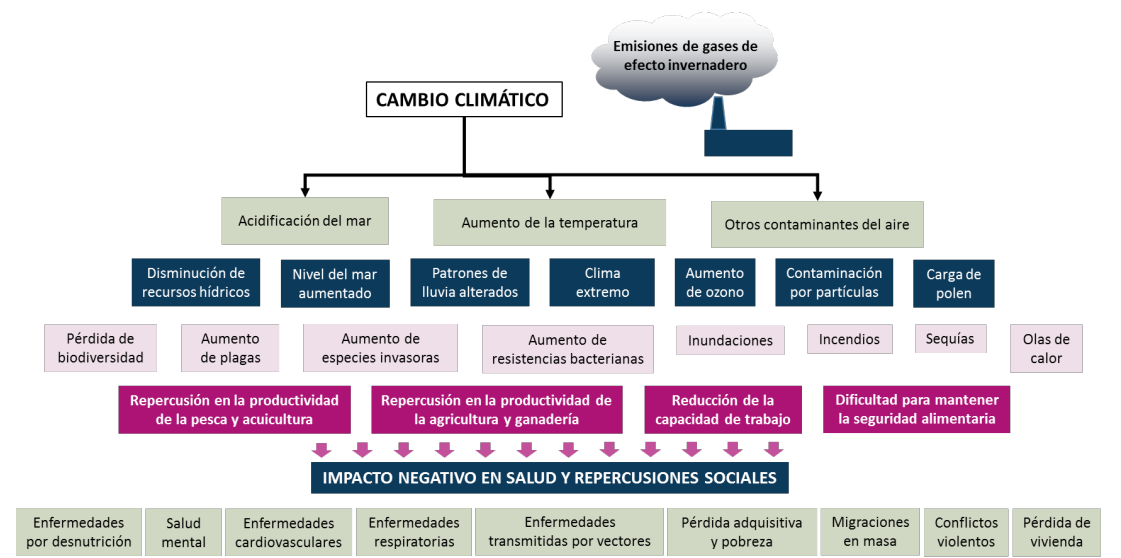
²⁰⁸ Ministerio de Sanidad. Grupos vulnerables. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/gruposvulnerablesaire.htm#:~:text=son%3A,los%20efectos%20de%20estas%20enfermedades>

²⁰⁹ Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. 2022. Plan estratégico de salud y medioambiente 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad. 194pp.

El impacto en la salud del cambio climático ocurre a través de múltiples vías y factores intermedios (fundamentalmente se engloban en indicadores relacionados con el calor, eventos climáticos extremos, disminución de la calidad y disponibilidad de los recursos hídricos, proliferación de nuevas enfermedades infecciosas, desplazamientos y migraciones forzadas, seguridad alimentaria y malnutrición, entre otros), que alteran profundamente aspectos de los determinantes de riesgo ambiental, afectando así a la salud (Figura 15).

La consecuencia de estos cambios es el incremento en la exposición a los contaminantes, fundamentalmente en las ciudades, el favorecimiento de la generación de ozono troposférico, o la expansión de especies invasoras (particularmente mosquitos y garrapatas) que actúan como vectores transmisores de enfermedades para las personas y los animales^{210,211,212,213}. En este contexto, el cambio climático supone un factor añadido de desequilibrio, siendo este desequilibrio desproporcionadamente desigual y afectando en mayor medida a quienes menos han contribuido al problema. Desde la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) se promueve el fomento de la coordinación y cooperación entre las autoridades de salud pública, sanidad animal y medio ambiente en los diferentes países, dentro del enfoque **Una sola salud**.

Figura 15. Cambio climático



Fuente: The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change

²¹⁰ Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart, L., Kennard, H., Lampard, P., Rodriguez, B.S., Arnell, N. and Ayeb-Karlsson, S. 2021. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311), pp.1619-1662. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01787-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01787-6/fulltext)

²¹¹ Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Plan Estratégico de Salud y Medioambiente 2022-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121_PESMA.pdf

²¹² Pan American Health Organization. Climate Change and Health. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/climate-change-and-health>

²¹³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Impactos del cambio climático en la salud. Madrid; 236pp. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CCCompleto.pdf>

Ante las previsiones futuras de emisiones y escenarios derivados, y de las consecuencias ya visibles del cambio climático, se hace más importante que nunca establecer planes de adaptación, preparación y resiliencia para proteger la salud de la población mundial. En 2021, tuvo lugar la **Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP26)**²¹⁴, donde 50 países y la OMS se comprometieron a desarrollar sistemas de salud resilientes frente al cambio climático y con bajas emisiones de carbono. Para ayudar a los países a alcanzar ambos objetivos y justificar su necesidad, la OMS ha desarrollado su **Guía para establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles**²¹⁵. España se comprometió a alcanzar el reto de emisiones cero en el Sistema Nacional de Salud para el año 2050, y ha desarrollado el **Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático 2021-2030**²¹⁶, que dedica un apartado a los impactos en la salud y la necesaria adaptación del sistema sanitario para hacerle frente.

Condiciones económicas, sociales y culturales

La clase social, el entorno cultural y el nivel económico de las personas son fuertes determinantes que influyen en las desigualdades e inequidades en salud. En este sentido, en España la tasa de población en riesgo de pobreza o de exclusión social (tasa AROPE, en inglés) en 2020 fue del 27%²¹⁷, la 4ª mayor de la UE. En 2018 esta tasa fue del 26,1%, y el porcentaje de población de clase social baja del 47%²¹⁸ lo que implica un empeoramiento entre 2018 y 2020. La pobreza infantil en 2019 en España se situó en 27%, solo por detrás de Rumanía y Bulgaria, y por encima de la media de la UE que fue del 19%²¹⁹.

Las **condiciones económicas y sociales** desfavorables se asocian prácticamente a todas las causas de muerte, a una peor percepción de salud y a una mayor prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares²²⁰. También, se han encontrado diferencias relacionadas con los determinantes de la salud en población infantil y adolescente, como la calidad de vida, la salud percibida, la nutrición, el sobrepeso y la obesidad y la salud bucodental²²¹.

²¹⁴ World Health Organization. COP26 Health Programme. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/cop26-health-programme>

²¹⁵ Organización Mundial de la Salud. 2021. Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS [WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities]. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

²¹⁶ Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. 2020. Plan nacional de adaptación al cambio climático 2021-2030. Madrid; 246pp. Disponible en: https://www.miteco.gob.es/es/cambio-climatico/temas/impactos-vulnerabilidad-y-adaptacion/pnacc-2021-2030_tcm30-512163.pdf

²¹⁷ Eurostat. Living conditions in Europe-poverty and social exclusion. Luxembourg: Publications Office of the European Union; (Living conditions in Europe). Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion#Poverty_and_social_exclusion

²¹⁸ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

²¹⁹ Alto comisionado contra la pobreza infantil. Datos e indicadores. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/datos-e-indicadores>

²²⁰ Machón, M., Mosquera, I., Larrañaga, I., Martín, U. and Vergara, I. 2020. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. *Gaceta Sanitaria*, 34, pp.276-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>

²²¹ Font-Ribera, L., García-Contiente, X., Davó-Blanes, M., Ariza, C., Díez, E., García Calvente, M., Maroto, G., Suárez, M. and Rajmil, L. 2014. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta Sanitaria*, 28, pp.316-325. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>

Por grupos poblacionales, la **comunidad gitana** en España, formada por unas 650.000 personas²²², presenta importantes desigualdades en salud, tanto por la inequitativa distribución de los determinantes de la salud, como por los efectos que la discriminación en sí misma provoca sobre su salud. Esto se evidencia en las Encuestas Nacionales de Salud a Población Gitana de 2006²²³ y 2014²²⁴, y mediante la comparación de estas con las Encuestas Nacionales de Salud. La equidad en salud de esta población se trabaja desde la **Estrategia para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030**²²⁵ y sus respectivos planes operativos.

Otro grupo de relevancia para la salud pública es la **población inmigrante** que llega a España. Esta población, en general, es joven y presenta un mejor estado de salud, además de menor gasto sanitario y farmacéutico que la media de la población no inmigrante^{226,227,228}. Con el paso de los años, esta población puede acumular varios condicionantes sociales, dificultades económicas, de integración, de discriminación y acceso a los servicios públicos, que deriven en mayores problemas de salud mental y una peor salud percibida en comparación con la población no inmigrante²²⁹. La población migrante que se encuentra en situación administrativa irregular puede acumular de forma especial vulnerabilidades que afecten a su estado de salud y bienestar. La inclusión de datos referentes al país de origen de las personas, o en su defecto, la nacionalidad en los estudios e investigaciones que se realicen en salud pública puede mejorar el conocimiento de la salud de este grupo de población.

Por último, cabe mencionar a las personas sin hogar. La **Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020** reflejó la dificultad para contabilizar adecuadamente a la población en esta situación, que según algunas estimaciones, supera las 30.000 personas²³⁰.

²²² Fundación Secretariado Gitano. Un Pueblo sin fronteras: Disponible en: https://www.gitanos.org/la_comunidad_gitana/un_pueblo_sin_fronteras.html.es

²²³ Ministerio de sanidad y política social. 2009. Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2006. Madrid.

²²⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2018. Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014. Madrid.

²²⁵ Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y Comunidad Gitana. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadComunGitana.htm>

²²⁶ Gimeno-Feliu, L.A., Pastor-Sanz, M., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Díaz, E. and Prados-Torres, A. 2021. Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *International journal for equity in health*, 20(1), pp.1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01373-3>

²²⁷ Gimeno-Feliu, L.A., Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R. and Prados-Torres, A. 2016. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*, 16(1), pp.1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5>

²²⁸ Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A.I., Carmona, R. and Gimeno-Feliu, L.A. 2016. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), pp.1-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

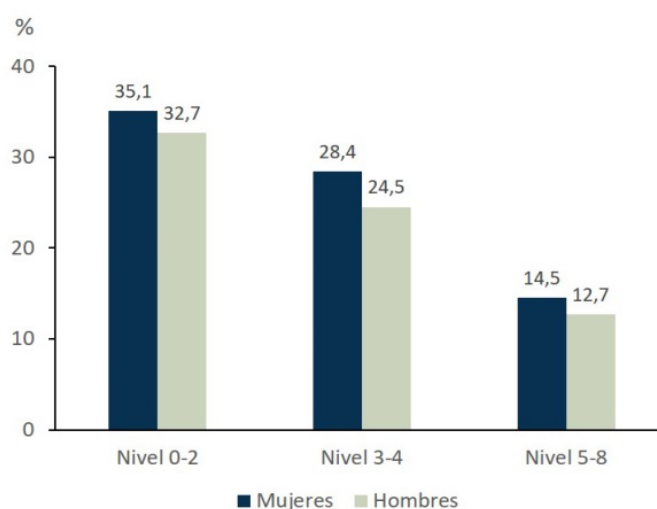
²²⁹ Malmusi, D. and Ortiz-Barreda, G. 2014. Health inequalities in immigrant populations in Spain: a scoping review. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), pp.687-701. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000600003>

²³⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>

Condiciones del entorno educativo

El entorno educativo es un escenario fundamental para generar salud y bienestar desde una perspectiva biopsicosocial. La educación es uno de los principales determinantes de la salud y cobra especial importancia en las primeras etapas de la vida donde se están adquiriendo conocimientos, actitudes y habilidades para el futuro. Es una fuente de recursos psicológicos y habilidades sociales que influyen en la adopción de estilos de vida saludable; quienes alcanzan mayor nivel educativo tienden a presentar mayores niveles de alfabetización en salud, elegir conductas más saludables, invertir más en salud y tener mayores probabilidades de estar empleados, lo que además se asocia a generación de ingresos económicos que permiten la inversión en salud y en conductas saludables, de forma que el ciclo se perpetúa²³¹.

Figura 16. Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social por nivel de educación España 2020



(Fuente: <https://www.ine.es>)

Además, la educación es una de las herramientas más potentes para construir una sociedad equitativa y saludable, informada, proactiva y consciente en la toma de sus decisiones. Por todo ello, la alfabetización en salud y la adquisición de habilidades para la vida debiera ser parte indisoluble de la educación que se imparte en el ámbito escolar y también del ocio educativo. La población infantil que crece en entornos saludables alcanza mejores resultados educativos y llega a la vida adulta de forma más saludable. Las conductas de salud de los adolescentes escolarizados y su contexto se están estudiando en el marco del estudio colaborativo de la OMS *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*²³².

El nivel educativo se correlaciona con el riesgo de exclusión social (Figura 16). Desde el año 2011, el porcentaje de población joven que finaliza la educación secundaria se ha elevado, aun así, el abandono escolar temprano (jóvenes de entre 18 a 24 años que tienen como máximo el título de enseñanza secundaria obligatoria) se situó en 2021 en el

²³¹ Albert, C. and Davia, M.A. 2011. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health promotion international*, 26(2), pp.163-170. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq059>

²³² Ministerio de Sanidad. Estudio HBSC. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>

13,3%²³³, y el porcentaje de población de 25 a 64 años con nivel de estudios básico o inferior es del 35%, cifras superiores a las de la UE-27²³⁴.

El **acoso escolar** es otro aspecto de importancia en salud pública; según un estudio de *Save the Children* de 2016, un 9% de estudiantes considera que ha sufrido acoso tradicional en los dos últimos meses, un 7% se considera víctima de ciberacoso, un 5% reconoce haber acosado a alguien y un 3% reconoce ser responsable de ciberacoso. Tanto la persona que ejerce como la que sufre el acoso muestran escasa autoestima; en los estudiantes que declaran haber acosado se detecta menor empatía cognitiva y afectiva, menos asertividad y una más baja capacidad para resolver conflictos. Resulta esencial reforzar la educación emocional y la adquisición de habilidades sociales y valores de convivencia²³⁵.

El entorno educativo (incluido el universitario) ofrece una oportunidad única para promover la salud y seguridad, prevenir y corregir las desigualdades sociales en la infancia y adolescencia. Las **Escuelas Promotoras de Salud** y la **Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS)** son un apoyo para llevar a cabo todas estas acciones^{236,237}.

Condiciones del entorno local

El entorno local es el más cercano a la ciudadanía, donde la gente vive, trabaja, estudia, disfruta del tiempo libre y se relaciona, siendo un determinante que influye en las condiciones de vida y en el nivel de salud y bienestar; puede ser generador de salud o ser un factor más que contribuya al exceso de riesgo de morbimortalidad²³⁸.

La labor de las **Administraciones y Entidades Locales** cobra una especial importancia porque son el primer peldaño al alcance de la ciudadanía y del entorno. El trabajo conjunto con la **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)** a través de la **Red Española de Ciudades Saludables**, englobada en dentro de la **Red Europea de Ciudades Saludables** de la OMS²³⁹, y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud²⁴⁰ son fundamentales para construir un entorno local saludable y promover la salud y calidad de vida.

²³³ EDUCAbase. Ministerio de Educación y Formación Profesional y Ministerio de Universidades. Explotación de las Variables Educativas de la Encuesta de Población Activa/Transición de la Formación al Trabajo. Abandono Temprano. 2. Abandono temprano de la educación-formación en la U.E. por país, sexo y periodo. Disponible en: http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Datos.htm?path=/laborales/epa/aban//10/&file=aban_1_02.px&type=pcaxis

²³⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259926360363¶m4=Mostrar

²³⁵ Sastre, A. 2016. Yo a eso no juego. *Bullying y cyberbullying* en la infancia. Madrid: Save the Children; 132pp. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

²³⁶ Acuerdo entre el Ministerio de Educación y Formación Profesional y el Ministerio de Sanidad para la educación y promoción de la salud en la escuela. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Acuerdo_MSAN_MEyFP_PromocionSaludEscuela.pdf

²³⁷ Red española de universidades promotoras de la salud. La Universidad como entorno promotor de salud. Disponible en: <https://www.unisaludables.es/es/>

²³⁸ Grupo MEDEA3. Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3 (MEDEAPP). Disponible en: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

²³⁹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, FEMP, RECS. Fase VII de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS (2019-2024). Disponible en: [RedEuropeaCiudadesSaludables_Fase_VII.pdf](#) (sanidad.gob.es)

²⁴⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

El Ministerio de Sanidad y la FEMP colaboran desde hace años para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención²⁴¹. Asimismo, como parte de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, se encuentra disponible la aplicación **Localiza salud**-Mapa de recursos para la salud, que visibiliza recursos y actividades que contribuyen a la salud y bienestar en los municipios adheridos a la misma²⁴².

Además se fomenta la salud comunitaria haciendo abogacía, potenciando la formación, el trabajo intersectorial y la participación, trabajando coordinadamente con las CC.AA., las Entidades Locales, asociaciones o plataformas, como la **Alianza de Salud Comunitaria**, y elaborando documentos de referencia como las guías **Acción Comunitaria para ganar salud**²⁴³ y **Participar para ganar salud**²⁴⁴. Es importante la figura de la **mediación comunitaria** como forma de fomentar la equidad en salud eliminando barreras como la idiomática, de acceso a la información y/o el correcto ejercicio de los derechos de las personas.

En este sentido, resulta necesario el trabajo en colaboración con la Administración Local, el tercer sector, sector educativo y otros profesionales en intervención directa, conocedores de la situación de las personas más vulnerables y con capacidad para informar, orientar y derivar a dichos colectivos a los recursos adecuados.

En torno al 80% de la población española vive en áreas urbanas. Más del 35% de la población declara como principal problema en el entorno de la vivienda las calles poco limpias, el 26% refiere escasez de zonas verdes en el entorno de su vivienda, mientras que la preocupación por la contaminación del aire por una industria cercana, o por otras causas, preocupa a menos del 15% de la población^{245,246}. Es en las ciudades de mayor tamaño donde se concentran los fenómenos de segregación social y espacial, y donde el coste de la vida es mayor, que son aspectos que determinan las crecientes desigualdades en salud^{247,248}.

²⁴¹ Resolución de 20 de mayo de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Convenio con la Federación Española de Municipios y Provincias, para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-8997

²⁴² Ministerio de Sanidad. Localiza salud. Mapa de recursos para la salud. Disponible en: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/ResourcesSearch.action>

²⁴³ Ministerio de Sanidad. Guía "Acción comunitaria para ganar salud". Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.htm

²⁴⁴ Ministerio de Sanidad. Guía de Participación Comunitaria. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Participacion_Comunitaria.htm

²⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259926360363¶m4=Mostrar

²⁴⁶ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. 267pp. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

²⁴⁷ Forte de Campos, V., Moral Benito, E. and Quintana González, J. 2021. Un índice del coste de la vida en las ciudades españolas. *Boletín económico/Banco de España [Artículos]*, n. 3, 2021. Disponible en: <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T3/Fich/be2103-art29.pdf>

²⁴⁸ Franco, M., Bilal, U. and Díez-Roux, A.V., 2015. Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments. *J Epidemiol Community Health*, 69(6), pp.509-511. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/69/6/509>

Si las ciudades están bien planificadas y gestionadas, la urbanización puede ser un instrumento poderoso para mantener y generar salud (**Nueva Agenda Urbana de Naciones Unidas**)²⁴⁹ y promover un envejecimiento activo y saludable en el lugar donde se ha elegido vivir²⁵⁰.

La colaboración entre los sectores de planificación urbana, el transporte y la movilidad, el medio ambiente y la salud son imprescindibles para abordar los retos que plantea la urbanización, situando la salud y el bienestar en el centro del desarrollo urbano y los problemas a los que nos enfrentamos, como altos niveles de contaminación atmosférica y acústica, efecto insular del calentamiento, falta de espacios verdes, problemas de cohesión social y conducta sedentaria^{251,252}. En España existen múltiples proyectos dedicados al estudio y a la mejora de la salud urbana^{253,254,255}.

La parte de nuestro territorio que es fundamentalmente rural se está despoblando en favor del éxodo a las ciudades, lo que a la vez está produciendo que las poblaciones rurales envejezcan más que las urbanas. Las personas que viven en **zonas rurales** se enfrentan a retos derivados de la despoblación y la carencia de determinados servicios básicos y públicos (red de asistencia sanitaria, escuelas, redes de comunicaciones y transportes, etc.), además de la falta de acceso a recursos de cuidados de larga duración.

Condiciones del entorno laboral

El trabajo ocupa un lugar central e influencia el nivel de vida, la posición y las relaciones sociales, la autoestima y el desarrollo personal. Es decir, no es un factor neutro en la vida y la salud de las personas ya que puede actuar como promotor de salud, o ser el causante de inequidades sociales globales (por desempleo, o precariedad) y de enfermedad, cuando se realiza en condiciones inadecuadas. La exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales en los lugares de trabajo, los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado, son factores de riesgo para la salud física y mental²⁵⁶.

El impacto en la salud de unas **condiciones inadecuadas de trabajo** es considerable; en la UE se pierden anualmente alrededor de 560 millones de días de trabajo por problemas

²⁴⁹ Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (2016; Quito, Ecuador). Nueva Agenda Urbana. 2017. 54pp. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/agenda-urbana-habitat.pdf>

²⁵⁰ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Ciudades y comunidades amigables para las personas mayores. Disponible en: https://ciudadesamigables.imsero.es/ccaa_01/index.htm

²⁵¹ Fariña, J., Higuera, E. and Román, E. 2019. Ciudad Urbanismo y Salud. Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo. Madrid

²⁵² Instituto de Salud Global de Barcelona. Planificación urbana, medio ambiente y salud. Disponible en: <https://www.isglobal.org/urban-planning>

²⁵³ Social and Cardiovascular Epidemiology Research Group. The heart healthy hoods project: A multifaceted approach to cardiovascular diseases in European Cities. Disponible en: www.hhhproject.es

²⁵⁴ Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and their Social Determinants, and Fostering Change (SOPHIE). Disponible en: SOPHIE (sophie-project.eu)

²⁵⁵ Atlas Nacional de Mortalidad en España (ANDEES). Disponible en: <http://andees.fisabio.gva.es/>

²⁵⁶ Eurofound and EU-OSHA. 2014. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

de salud relacionados con el trabajo (incluidos los accidentes en el trabajo). El coste estimado de las enfermedades y lesiones derivadas del trabajo está en el 3-4% del PIB^{257,258}.

En España fallecen anualmente alrededor de 14.000 hombres y más de 2.000 mujeres por enfermedades debidas a exposiciones ocurridas en el lugar de trabajo. La mayoría de estas muertes serían por cánceres asociados a la exposición a agentes carcinógenos (cerca de 8.700 en hombres y de 850 en mujeres)²⁵⁹. La exposición al **amianto** es la más frecuente en los casos de cáncer de pulmón desarrollados en el trabajo. Se calcula que las tasas de mortalidad asociadas a esta exposición seguirán aumentando hasta finales de 2040 en España²⁶⁰. Recientemente, se ha publicado la **Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular**²⁶¹, que incluye una disposición adicional específica sobre instalaciones y emplazamientos con amianto, y prevé la publicación de un censo por los ayuntamientos y un calendario para su retirada.

A pesar de que las cifras de **enfermedades profesionales** pueden estar infravaloradas por dificultades en la identificación o clasificación, España ha multiplicado por cuatro el número de enfermedades profesionales reconocidas en los últimos años, la mayoría (82%) derivadas de la acción de agentes físicos. Se han hecho esfuerzos con éxito, tanto a nivel de país como mundialmente, para obtener estimaciones razonablemente plausibles sobre la carga de enfermedad atribuible al trabajo, que confirman que las dos primeras causas de muerte por el trabajo en el mundo son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Los accidentes ocupan el tercer lugar, seguidos de cerca por las enfermedades respiratorias crónicas²⁶².

En España se producen cada año más de 500.000 **accidentes de trabajo** y más de 500 accidentes mortales^{263,264}. Más del 90% de estos accidentes ocurren en trabajos por cuenta ajena y el sobreesfuerzo físico es la principal causa. También los factores de riesgo psicosocial aumentan la incidencia de las lesiones por accidentes laborales. Por otro lado, los trastornos musculoesqueléticos de causa laboral son la principal causa de discapacidad y pérdida de años con calidad de vida en España; provocan 15 millones de días de baja y

²⁵⁷ Comisión Europea. Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-action-plan_es

²⁵⁸ Comisión Europea. Employment, Social Affairs & Inclusion. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en>

²⁵⁹ Ministerio de Sanidad. Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/docs/Estudio_cancer_laboral.pdf

²⁶⁰ López-Abente, G., García-Gómez, M., Menéndez-Navarro, A., Fernández-Navarro, P., Ramis, R., García-Pérez, J., Cervantes, M., Ferreras, E., Jiménez-Muñoz, M. and Pastor-Barriuso, R. 2013. Pleural cancer mortality in Spain: time-trends and updating of predictions up to 2020. *BMC cancer*, 13(1), pp.1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-528>

²⁶¹ Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/04/08/7/con>

²⁶² Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

²⁶³ Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. 2021. Informe anual de accidentes de trabajo en España 2020. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía social. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/602559/Informe+anual+de+accidentes+de+trabajo+en+Espa%C3%B1a+2020.pdf>

²⁶⁴ Subdirección General de Estadística y Análisis Sociolaboral. Estadística de accidentes de trabajo. Año 2020. Madrid: Vicepresidencia Segunda del Gobierno y Ministerio de Trabajo y Economía social. Disponible en: https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/eat20/Resumen_resultados_ATR_2020.pdf

un coste aproximado de 1.700 millones de euros anuales²⁶⁵. Parte de esta siniestralidad es prevenible con políticas de prevención de riesgos laborales.

Las últimas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo²⁶⁶, realizadas antes de la pandemia por SARS-CoV-2, reflejan un deterioro del entorno laboral, expresado como sigue:

- El 75% de las mujeres y el 50% de hombres declaran tener ingresos bajos. Por edad, el 75% de las personas menores de 35 años obtienen salarios bajos.
- El 37% de las personas trabajadoras considera que su trabajo afecta de forma negativa a su salud (la población más afectada son hombres, de más edad, en trabajos de construcción y ámbito sanitario).
- El 30% de personas trabajadoras refiere que el estrés en el trabajo les afecta “siempre o casi siempre”, siendo más frecuente en mujeres, las personas de más edad y en el ámbito sanitario.
- Casi un tercio de las personas trabajadoras indica que en el último año ha perdido algún día de trabajo por una baja médica o por motivos de salud, siendo este porcentaje superior para mujeres, y en las actividades de educación y salud. El 41% de estas personas afirma que, en los últimos 12 meses, han trabajado estando enfermos.

Finalmente, la pandemia por SARS-CoV-2 ha impulsado la modalidad de **trabajo remoto**²⁶⁷, evidenciando los beneficios sociales y de salud pública que tiene, reducir el tráfico, la contaminación del aire y el tiempo dedicado a los desplazamientos²⁶⁸. A la vez, se han detectado posibles aspectos negativos que deberán tenerse en cuenta a la hora de organizar esta modalidad laboral (conectividad continua, la falta de interacción social, riesgo de problemas ergonómicos por el sedentarismo asociados al tiempo de pantalla).

Además de las acciones autonómicas y locales de protección y promoción de la salud, nuestro territorio cuenta con la **Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2022-2027** que se aprobará en breve, el **Programa Integral de Vigilancia de la Salud de las personas trabajadoras expuestas al amianto (PIVISTEA)**, o la **Red Española de Empresas Saludables**²⁶⁹, inspirada en la **Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo**²⁷⁰.

²⁶⁵ Grupo de Trabajo “Trastornos Musculoesqueléticos”. Comisión nacional de seguridad y salud en el trabajo. Plan de acción para la reducción de los trastornos musculoesqueléticos en el medio laboral. Objetivo 3A.3 de la EESST 2015-2020. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST); 66pp. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/626291/-%09Plan+de+acci%C3%B3n+para+la+prevenci%C3%B3n+de+trastornos+musculesquel%C3%A9ticos/d65becde-81e3-45ba-b284-47e70a843b94>

²⁶⁶ Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Ministerio de Trabajo y Economía Social. Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo y Gestión Preventiva. Disponible en: <https://www.insst.es/el-observatorio/encuestas/encuestas-nacionales-de-condiciones-de-trabajo-y-gestion-preventiva>

²⁶⁷ The European Commission’s science and knowledge service Joint Research Centre. Science for Policy Brief: Telework in the EU before and after the COVID-19: where we were, where we head to. Disponible en: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2021-06/jrc120945_policy_brief_-_covid_and_telework_final.pdf

²⁶⁸ World Health Organization and International Labour Organization. 2021. Healthy and safe telework technical brief — Geneva. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040977>

²⁶⁹ Red Española de Empresas Saludables. Disponible en: <https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables>

²⁷⁰ European Network for Workplace Health Promotion. Disponible en: <https://www.enwhp.org/>

Condiciones del sistema sanitario-Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud de España es universal y gratuito, siendo el garante de la atención sanitaria a todas las personas y persigue, entre otros aspectos, que el **acceso a las prestaciones** sanitarias se realice en condiciones de igualdad efectiva y con una concepción integral de la salud, con independencia del lugar donde resida la persona, y de las situaciones o condiciones que la rodeen. Parte de los servicios de salud pública se prestan en el ámbito asistencial que, por las características de universalidad y gratuidad, llegan prácticamente al conjunto de la población.

La densidad de profesionales del Sistema Nacional de Salud por cada 1.000 habitantes se concentra mayoritariamente en los hospitales²⁷¹:

- a) Para medicina: 0,8 en Equipos de Atención Primaria, 1,8 en hospitales, y 0,1 en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061; más del 50% son mujeres.
- b) Para enfermería: 0,7 en Equipos de Atención Primaria, 3,2 en hospitales, y 0,07 en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061; más del 70% son mujeres.
- c) Para otros profesionales: en el Sistema Nacional de Salud trabajan otros 317.578 profesionales, lo que supone una densidad de 6,8, ubicándose el 85% en los hospitales.

Se aprecian diferencias considerables entre las CC.AA.

Aunque la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud presenta porcentajes muy altos, la valoración que hacen las personas sobre esta accesibilidad, en términos de necesidades de atención sanitaria no satisfechas, varía en función del sexo, edad, nivel de renta, nivel de educación, nacionalidad, grado de urbanización y CC.AA.²⁷².

España tiene un **calendario común de vacunación a lo largo de la vida** acordado por el CISNS, incluido en la cartera común de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y de aplicación en todo el territorio nacional desde 2019²⁷³. Está en continua evaluación y abierto a modificaciones de incorporación, sustitución de vacunas y cambios de pauta, siguiendo una metodología específica²⁷⁴. En la actualidad la sistemática de vacunación está bien implantada en nuestro territorio en la población infantil que presenta altas coberturas de vacunación (aunque existen valores de cobertura subóptimos en determinados grupos específicos). Sin embargo, es necesario mejorar los indicadores de vacunación en la adolescencia y la edad adulta, así como mejorar los mecanismos de evaluación de los pro-

²⁷¹ Ministerio de Sanidad. Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>

²⁷² Instituto Nacional de Estadística (INE). 3.2.1. Necesidades no satisfechas de cuidados médicos. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944487867&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259947308577

²⁷³ Ministerio de Sanidad. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

²⁷⁴ Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 2011. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

gramas, incluyendo la obtención de datos de calidad y análisis ágiles, y el fortalecimiento de la asesoría para la toma de decisiones. Además, se deben reforzar los mecanismos que faciliten la compra de vacunas para la población infantil y adulta y el almacenamiento de existencias de vacunas cuando corresponda. Algunas CC.AA. han añadido vacunas a este calendario común, lo que podría producir situaciones de inequidad relacionadas con la zona geográfica de residencia.

La administración de vacunas frente a COVID-19 tiene un sistema de información integrado, el **REGVACU**²⁷⁵, que ha resultado una experiencia excelente en términos de registro, gestión y evaluación del programa de vacunación frente a COVID-19^{276,277,278}. En estos momentos, no existe un sistema de registro equivalente al REGVACU para el resto de vacunas dentro del Sistema Nacional de Salud, lo que sería positivo para gestionar y evaluar las campañas de vacunación y evitar inequidades entre territorios.

Los **programas de cribado poblacional** son actividades incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Están orientados a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, y se ofrecen activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad. En la actualidad, están en marcha el programa de cribado de cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix, y el programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas. Las coberturas son muy altas, y van aumentando con el paso de los años. Existen algunas diferencias entre territorios que deberían abordarse para evitar inequidades en salud relacionadas con la zona geográfica de residencia.

En la actualidad se está tramitando una nueva orden de **actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud**, que incorpora cuatro enfermedades al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, y se está concretando el programa de cribado neonatal de hipoacusia, y los programas de cribado prenatal de anomalías cromosómicas y de enfermedades infecciosas dentro de la cartera común de servicios de salud pública.

La **seguridad del paciente** es una importante dimensión de la calidad asistencial que ha cobrado especial interés desde el siglo pasado cuando diversos estudios epidemiológi-

²⁷⁵ Boletín Oficial del Estado (BOE). Resolución de 4 de junio de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9351-consolidado.pdf>

²⁷⁶ Grupo de Trabajo de Efectividad Vacunación COVID-19. Análisis de la efectividad de la vacunación frente a COVID-19 en España. 17 de diciembre de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_VacunacionCOVID-19_Espana_3Informe.pdf

²⁷⁷ Grupo de Trabajo de Efectividad Vacunación COVID-19. Análisis de la efectividad y el impacto de la vacunación frente a COVID-19 en residentes de centros de mayores en España. 25 abril de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_Residentes_Centros_Mayores_Informe.pdf

²⁷⁸ Expósito Singh, D., Olmedo Lucerón, C., Limia Sánchez, A., Guzmán Merino, M. and Carretero, J. 2022. Estimación del impacto de la vacunación frente a la COVID-19 en la población infantil de 5-11 años. *Revista Española de Salud Pública*, 96(1), pp.e1-e9. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/C_ESPECIALES/RS96C_202202021.pdf

cos mostraron el gran impacto negativo en salud asociado a la asistencia sanitaria^{279,280,281}. Estos daños tienen una especial relevancia en salud pública porque son evitables en gran parte, y en términos de morbilidad, en España, Europa y a nivel mundial, provocan un aumento de las estancias hospitalarias, mayor resistencia a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, discapacidad a largo plazo y, eventualmente, muertes. Estos aspectos se abordan en la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud**²⁸².

Dentro de la seguridad del paciente son relevantes las **infecciones que se producen como consecuencia o en relación con la asistencia sanitaria (IRAS)**. En España, según datos del estudio EPINE del año 2019, el 7% de los pacientes ingresados en un hospital presentaban al menos una IRAS²⁸³. Desde los años 70 del siglo pasado se sabe que más del 20% de las IRAS son prevenibles y controlables mediante la implantación de programas de control de la infección e higiene²⁸⁴. En España se han implantado múltiples **programas para disminuir las IRAS**; programas de higiene de manos²⁸⁵, programas para el entorno quirúrgico²⁸⁶, y programas para pacientes en situación crítica²⁸⁷.

Las **resistencias antimicrobianas** son otro tema de preocupación mundial para la salud pública debido a sus altos impactos negativos en la salud humana y animal, la seguridad alimentaria y el desarrollo sostenible del sector agrícola. Los antimicrobianos usados en salud humana y animal pertenecen a las mismas familias y comparten similares mecanismos de acción, lo que incrementa los riesgos de transmisión de bacterias resistentes entre el ser humano y los animales a través de la cadena alimentaria o por otras vías de contacto (heces, contacto directo, etc.). Las bacterias multirresistentes causan 33.000 muertes al año en Europa y generan un gasto sanitario adicional de unos 1.500 millones de euros²⁸⁸. La carga de

²⁷⁹ Donaldson, M.S., Corrigan, J.M. and Kohn, L.T. eds. 2000. To err is human: building a safer health system. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>

²⁸⁰ De Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J. and Boermeester, M.A. 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 17(3), pp.216-223. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>

²⁸¹ Lark, M.E., Kirkpatrick, K. and Chung, K.C. 2018. Patient safety movement: history and future directions. *The Journal of hand surgery*, 43(2), pp.174-178. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2017.11.006>

²⁸² Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. 2016. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

²⁸³ ESTUDIO EPINE-EPPS no 30: 2019. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitaria) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos. Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene; 91pp. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2019%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2027112019.pdf/reports-esp>

²⁸⁴ Hughes, J.M. 1988. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future. *Chemotherapy*, 34(6), pp.553-561. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000238624>

²⁸⁵ Ministerio de Sanidad. Programa de Higiene de Manos. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>

²⁸⁶ Ministerio de Sanidad. Programa de seguridad en el bloque quirúrgico. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-de-seguridad-en-el-bloque-quirurgico/>

²⁸⁷ Ministerio de Sanidad. Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/>

²⁸⁸ Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Sobre la resistencia. Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es/sumate-al-pran#que-es-la-resistencia>

enfermedad debida a infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos en la población europea es comparable a la de la gripe, la tuberculosis y el VIH/SIDA combinados²⁸⁹.

Las **bacterias multirresistentes** han experimentado un incremento en los últimos años (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina-SARM, enterococos resistentes a vancomicina-EVR, y bacilos Gram-negativos altamente resistentes, como ejemplos), que puede estar relacionado con la utilización inadecuada de antibióticos^{290,291,292} y que representa un reto terapéutico importante en el ámbito de las enfermedades transmisibles. La atención primaria realiza del 80 al 90% del total de prescripciones de antibióticos de uso humano, principalmente para infecciones del tracto respiratorio²⁹³. En la actualidad, se está trabajando para abordar este problema de forma intersectorial e interdisciplinar a través del **Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)**²⁹⁴ con un enfoque **Una sola salud**.

La asistencia preventiva en cuestiones de **salud bucodental** está incluida en su mayor parte en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y es gratuita; sin embargo, la cobertura es mejorable ya que existe un gradiente social, tanto en el acceso a las consultas de carácter preventivo como en los indicadores de salud bucodental, manteniéndose las desigualdades durante todo el ciclo vital^{295,296}. La asistencia bucodental que no tiene carácter preventivo no está incluida en esta cartera común de servicios y, por lo tanto, tiene un eminente carácter privado. Su elevado coste supone un reto importante para las familias de nuestro territorio²⁹⁷. Adicionalmente, el uso de los servicios de atención bucodental es inferior al recomendado en Europa²⁹⁸. La orden de actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, citada anteriormente, incluye la ampliación de la cartera de servicios de atención de salud bucodental con el objetivo de homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en todo el territorio na-

²⁸⁹ European antibiotic awareness day. Key messages: Health burden of antibiotic resistance. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/health-burden-antibiotic-resistance>

²⁹⁰ European antibiotic awareness day. Key messages for hospital prescribers. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/health-burden-antibiotic-resistance>

²⁹¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial Resistance in the EU/EEA-A One Health response. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-one-health-response>

²⁹² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2018. Informe JIACRA España. Primer análisis integrado del consumo de antibióticos y su relación con la aparición de resistencia. Madrid.

²⁹³ European antibiotic awareness day. Key messages for primary care prescribers. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/primary-care-prescribers>

²⁹⁴ Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es>

²⁹⁵ Pinilla, J., Negrín-Hernández, M.A. and Abásolo, I., 2015. Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011. *International journal for equity in health*, 14(1), pp.1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316659/>

²⁹⁶ Urbanos-Garrido, R.M., 2020. Income-related inequalities in unmet dental care needs in Spain: traces left by the Great Recession. *International journal for equity in health*, 19(1), pp.1-13. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01317-x>

²⁹⁷ Urbanos-Garrido, R., Peña-Longobardo, L., Comendeiro-Maaløe, M., Oliva, J., Ridao-López, M., Bernal-Delgado, E. 2021. Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Spain. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

²⁹⁸ Moreno Fuentes, F.J., Rodríguez Cabrero, G., Blanco, M., Cruz Martínez, G., Díez, J., Franco, M., et al. UNICEF. 2021. Bases para el Plan de Acción de la Garantía Infantil Europea en España. Disponible en: enlace: <https://www.unicef.org/eca/reports/deep-dive-european-child-guarantee-spain>

cional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia. También, se ampliará en los enfoques preventivos de manera progresiva y priorizando los siguientes colectivos: población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos cervicofaciales.

La **salud visual**, al igual que la salud bucodental, está influida por los ejes de desigualdad (edad, sexo, género, nivel socioeconómico, educativo, territorial, etc.)²⁹⁹. La asistencia preventiva en cuestiones de salud visual, mediante medición de agudeza visual y evaluación del fondo de ojo, está incluida en la cartera de servicios comunes de atención primaria. La corrección de los errores de difracción no está incluida, y los gastos recaen sobre las personas y familias^{300,301}.

La **asistencia sanitaria de las personas privadas de libertad** es un tema de relevancia para la salud pública. En lo relativo a la salud penitenciaria, conviene remarcar algunos temas tratados en la *Health in the criminal justice system annual conference*, celebrada en Copenhague en 2016. Como se remarcó allí, la salud de las personas privadas de libertad es responsabilidad de los estados y se debe proteger y fomentar mediante una adecuada integración de sus sistemas en las estructuras de salud pública. Los principales puntos para abordar en relación con la salud en estas instituciones siguen siendo la salud mental, las enfermedades transmisibles (principalmente hepatitis, tuberculosis e infección por el VIH y otras ITS) y el consumo de sustancias³⁰². El **Informe General de 2020 sobre Instituciones Penitenciarias** aborda estos temas, y pone de manifiesto que, en relación con la población general, las personas privadas de libertad tienen prevalencias más elevadas de las enfermedades descritas anteriormente³⁰³. Esta población proviene principalmente de grupos en situación de vulnerabilidad; en muchos casos, la institución penitenciaria constituye el primer acceso a un sistema sanitario reglado, lo que permite la detección y tratamiento de las patologías antes descritas contribuyendo a la mejora de la salud pública comunitaria.

La **pandemia por SARS-CoV-2** ha tenido un impacto directo e indirecto en la salud, el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad. En España se han notificado más de 13 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 110.000 fallecidos³⁰⁴. Las personas mayores han sido las más perjudicadas, concentrando la mayoría de casos graves que precisaron in-

²⁹⁹ Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2021. Radiografía de la pobreza visual infantil en España. Madrid: Junta de Andalucía; 43pp. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7675&vengoDe=busqueda_resultado

³⁰⁰ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>

³⁰¹ Latorre-Arteaga, S., Fernández-Sáez, J. and Gil-González, D. 2018. Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), pp.439-446. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000500007&lng=es. Epub 07-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.009>.

³⁰² Ministerio del Interior. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>

³⁰³ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe general. 2020. Ministerio del Interior. Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_general_IIPP_2020_12615039X/ce569139-2f09-4ef0-8a32-5d04d98ea499

³⁰⁴ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº 618. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 22.07.2022. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_618_COVID-19.pdf

greso hospitalario o en UCI, y la mayor mortalidad^{305,306,307,308}. Los centros residenciales para personas mayores sufrieron particularmente el impacto de la pandemia³⁰⁹. Esto ha puesto de manifiesto la necesidad de potenciar la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, por otra parte, ya reflejado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Otros estudios han comprobado la existencia de una relación inequívoca entre las condiciones socioeconómicas de la población y las tasas de incidencia y mortalidad por COVID-19^{310,311,312}. Estas circunstancias, junto a las repercusiones en todos los ámbitos vitales, han producido un impacto en la salud mental de la población general^{313,314,315,316} y de la población

³⁰⁵ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización N° 598. 2022. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 13.05.2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_598_COVID-19.pdf

³⁰⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones semanales, acumuladas y diferencia absoluta del acumulado por sexo y edad. Total, nacional y comunidades autónomas. 2019-2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=35179>

³⁰⁷ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf

³⁰⁸ Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Situación de COVID-19 en España a 30 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%20C2%BA%20124%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2030%20de%20marzo%20de%202022.pdf>

³⁰⁹ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf

³¹⁰ Observatori de desigualtats en salut., Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). 2020. Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. Disponible en: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/desigualtats_socioeconòmiques_covid19_aquas2020.pdf

³¹¹ Amengual Moreno, M., Calafat Caules, M., Carot, A., Rosa Correia, A.R., Rfo Bergé, C., Rovira Plujà, J., Valenzuela Pascual, C. and Ventura Gabarró, C. 2020. Determinantes sociales de la incidencia de la COVID-19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Rev Esp Salud Pública. 2020 Sep 16; 94: e202009101*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202009101.pdf

³¹² Ordovás, J.M., Esteban, M., García-Retamero, R., González López Valcárcel, B., Gordaliza, A., Inzitari, M., Jordano, P., Lecuona, I.D., Lechuga, L.M., López de Mántaras, R. and Molero, J. 2021. Informe del GTM sobre Desigualdades y Covid-19. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/239476>

³¹³ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). 2021. Efectos y Consecuencias del Coronavirus (V). Avance De Resultados. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 30pp. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3336marMT_A.pdf

³¹⁴ Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el estigma (Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5). 2021. Conviviendo un año con la COVID-19: estudio longitudinal del impacto psicológico de la COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19): Universidad Complutense de Madrid; 37pp. Disponible en: <https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=32b66b722e0a1eb91d0b77a1ec770c11>

³¹⁵ OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). 2021. Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cfa0b/#:~:text=The%20COVID%20E%20%9119%20crisis%20has,to%20health%20services%20%20E%20%93%20fell%20dramatically>

³¹⁶ Balluerka Lasa, M.N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M.D., Gorostiaga Manterola, M.A., Espada Sánchez, J.P., Padilla García, J.L. and Santed Germán, M.Á., 2020. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19

sanitaria³¹⁷. Asimismo, se ha evaluado el impacto de la pandemia en la salud y en los servicios sanitarios desde la perspectiva de género³¹⁸. Otros efectos a tener en cuenta son los que se puedan producir a medio y largo plazo, entre otros la situación de COVID persistente.

A estos efectos en salud que el propio SARS-CoV-2 ha producido en la población, se debe añadir el efecto indirecto sobre la asistencia de las patologías “no COVID-19” en los servicios sanitarios en los momentos de máxima ocupación asistencial; se ha producido un aumento del tiempo medio de espera para la asistencia en consultas de atención primaria y para la cirugía programada no urgente^{319,320}.

La **Atención Primaria** es el eje vertebrador del sistema sanitario español y su fortalecimiento constituye uno de los retos más importantes que ha de afrontar el país en los próximos años. El **Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria**³²¹ y los planes de acción que de él se deriven³²² son los documentos base para llevar a cabo esta reforma, que espera alcanzar mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, años vividos con calidad de vida y bienestar, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

En los últimos años, ha adquirido importancia el enfoque asistencial centrado en la persona, y las asociaciones de pacientes han tomado un creciente papel como agentes de cambio y modernización, ayudando a que sus perspectivas se tengan en cuenta³²³. Es fundamental fomentar la participación local y comunitaria, la autonomía de las personas en relación con las decisiones sobre su salud, y las actuaciones dirigidas a promover los **programas de “paciente activo”**³²⁴.

Globalización

Los procesos sociales, económicos, culturales y políticos de los últimos 50 años se caracterizan por una creciente conexión e interdependencia globales que ha superado las limitaciones físicas o geográficas, dando lugar a una creciente dinámica transfronteriza que hace

y el confinamiento. Informe de investigación. Disponible en: Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento (universidades.gob.es)

³¹⁷ García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J.R. and Ruiz Frutos, C., 2020. Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf

³¹⁸ Observatorio de Salud de las Mujeres. Informe Salud y Género 2022.

³¹⁹ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf

³²⁰ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic21.pdf

³²¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

³²² Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2021. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf

³²³ European Patients Forum (EPF). Disponible en: <https://www.eu-patient.eu/>

³²⁴ Red de Escuelas de Salud. Aprender a cuidarse entre iguales. Disponible en: <https://www.redescuelassalud.es/actividades/aprenderACuidarse.htm>

que los eventos que suceden en un lugar puedan tener repercusiones lejanas ajenas a los mecanismos de control de un único estado. Las economías, los movimientos de personas, la difusión de la información, las enfermedades infecciosas o los conflictos son un ejemplo de estas dinámicas.

Quizás el fenómeno más representativo de la globalización (o su génesis) sea el **comercio internacional**. Este fenómeno, iniciado hace 200 años, ha visto incrementado el volumen de exportaciones internacionales de hasta 40 veces más comparado con 1913, sobre todo desde el fin de la Segunda Guerra Mundial. En 2010, el valor de estas exportaciones fue de 26 trillones de dólares³²⁵.

Las **personas que viajan** son tan singulares como sus itinerarios; abarcan todos los rangos de edad e inquietudes, y presentan condiciones de salud variadas. Esta situación hace que los riesgos sanitarios sean muy heterogéneos y se acentúen en zonas donde existen deficiencias en la calidad de la higiene y saneamiento, el alojamiento, los servicios médicos, o la seguridad ciudadana. Los accidentes continúan siendo la causa más común de morbimortalidad en esta población. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de proteger la salud durante el viaje, así como de salvaguardar la salud de las comunidades al regreso³²⁶.

En el año 2020 se produjeron 1.466 millones de desplazamientos por razones de turismo en el mundo³²⁷. Ese mismo año, la ONU contabilizó hasta 82 millones de **personas forzosamente desplazadas** (refugiados) en el mundo, cifra duplicada con respecto a hace 20 años³²⁸. Esta globalización de la movilidad ha tenido importantes impactos en la salud y la distribución de enfermedades y factores de riesgo importantes^{329,330}.

A la vez, en la última década, el mundo ha experimentado **brotos de enfermedades infecciosas con riesgo de propagación a otros países** que han requerido una respuesta internacional de una magnitud inédita hasta entonces, como la gripe, el Ébola, la epidemia del virus del Zika, la fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo, el virus Chikungunya, el virus de la fiebre del Nilo o el dengue, muchas de ellas transmitidas por vectores en entornos alejados de su hábitat original³³¹. La pandemia por SARS-CoV-2 ha vuelto a poner en evidencia que los agentes infecciosos no entienden de fronteras administrativas o políticas, ni demarcaciones territoriales dentro de las naciones.

³²⁵ Ortiz-Ospina, E. and Beltekian, D. Trade and Globalization. Disponible en: <https://ourworldindata.org/trade-and-globalization#>

³²⁶ Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Brunette GW, editors. CDC yellow book 2020: health information for international travel. New York, NY: Oxford University Press; 687pp.

³²⁷ Statista. Evolución del número de llegadas de turistas internacionales en el mundo entre 1995 y 2020. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/633153/numero-de-llegadas-de-turistas-internacionales-en-el-mundo/>

³²⁸ United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a Glance. Disponible en: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

³²⁹ MacPherson, D.W., Gushulak, B.D., Baine, W.B., Bala, S., Gubbins, P.O., Holtom, P. and Segarra-Newnham, M. 2009. Population mobility, globalization, and antimicrobial drug resistance. *Emerging infectious diseases*, 15(11), p.1727. Disponible en: <https://doi.org/10.3201%2F1511.090419>

³³⁰ Findlater, A. and Bogoch, I.I. 2018. Human mobility and the global spread of infectious diseases: a focus on air travel. *Trends in parasitology*, 34(9), pp.772-783. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pt.2018.07.004>

³³¹ Hotez, P.J. 2016. Southern Europe's coming plagues: vector-borne neglected tropical diseases. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 10(6), p.e0004243. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0004243>

En este sentido, la OMS, la FAO y la OIE han elaborado conjuntamente una **Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países**³³², con el objetivo de que todos los sectores competentes en la respuesta a las enfermedades zoonóticas participen en un enfoque de colaboración multisectorial de **Una sola salud**, tanto en la planificación estratégica como en la preparación para emergencias zoonóticas.

El **Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005)**³³³ indica que los Estados Miembros deben garantizar las capacidades de salud pública de respuesta en los aeropuertos, puertos y pasos terrestres designados, de modo que se consiga máxima seguridad con mínimas trabas” para el tráfico internacional de personas y mercancías³³⁴. Las crisis sanitarias de las últimas décadas han puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer este Reglamento a partir de la implementación y el apoyo al desarrollo de sus capacidades básicas, así como de su cumplimiento a nivel local para garantizar la detección precoz de alertas y una respuesta coordinada y oportuna a las mismas.

La **Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres**³³⁵ define la preparación como “el conocimiento y las capacidades desarrolladas por los gobiernos, las organizaciones profesionales de respuesta y recuperación, las comunidades y los individuos para anticipar, responder y recuperarse eficazmente de los impactos de los eventos o condiciones de peligro probables, inminentes o actuales”. La preparación y respuesta ante riesgos y emergencias sanitarias debe basarse fundamentalmente en:

- Garantizar una respuesta rápida, oportuna y coordinada ante las amenazas que supongan un riesgo que constituya una alerta para la salud pública a nivel nacional e internacional mediante el fortalecimiento de las capacidades de alerta precoz y respuesta.
- El refuerzo local de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), así como en los puntos de entrada ante la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).
- El refuerzo del sistema sanitario asistencial con el objetivo de optimizar la asistencia sanitaria de urgencia y evitar el colapso de los servicios sanitarios no urgentes.
- La promoción de la colaboración a todos los niveles, y la integración de todos los sectores del gobierno y de la sociedad en todas las actividades previstas en los diferentes planes de preparación y respuesta.
- Incluir un apartado de evaluación en todos los planes de preparación y respuesta que se elaboren. El **Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfer-**

³³² Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). 2019. Adopción del enfoque multisectorial Una Salud”-Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países. Disponible en: https://www.oie.int/fileadmin/Home/esp/Media_Center/docs/pdf/PortailOH/ES_TripartiteZoonosesGuide_webversion.pdf?msclink=db56c949c32011ec89b0d0cce6575d81

³³³ Organización Mundial de la Salud. 2021. Marco de gestión del riesgo de emergencias y desastres de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348823>

³³⁴ Capacidades básicas prescritas en el RSI plan para el seguimiento: cuestionario de seguimiento del progreso de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los estados partes. Disponible en: Capacidades básicas prescritas en el RSI plan para el seguimiento: cuestionario de seguimiento del progreso de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los estados partes (who.int)

³³⁵ World Health Organization (WHO) Regional office for Europe. Preparedness. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/from-disaster-preparedness-and-response/policy/preparedness>

medades (ECDC) y la OMS recomiendan implementar las capacidades tanto de evaluación retrospectiva (*after-action review*) como la evaluación en tiempo real (*in-action review*) para mejorar una acción de respuesta incluso mientras esta se encuentra en marcha.

La **diplomacia sanitaria** se ha convertido en un elemento de creciente interés como herramienta de promoción y protección de la salud en el entorno internacional. Así lo recoge el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en el punto 22 de la sección de Sanidad y Salud Pública³³⁶.

Estado de la Salud Pública

Estructuras de la Salud Pública

Tras la aprobación de la Constitución Española de 1978 y con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se establecen los principios y criterios sustantivos para configurar progresivamente el **Sistema Nacional de Salud de España** (concebido como el conjunto de los servicios de salud de las CC.AA. convenientemente coordinados) a la vez que se realizan las transferencias de competencias en materia sanitaria a las diferentes **CC.AA.** De este modo, se constituyen las **Consejerías de Sanidad** como los organismos gestores máximos en materia sanitaria), proceso que culmina a finales del año 2001, manteniendo la Administración General del Estado la gestión de la asistencia sanitaria de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla a través del **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**.

Este proceso transferencial se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

La **organización de la salud pública** en los territorios autonómicos es heterogénea³³⁷; en unas ocasiones la salud pública ha quedado integrada en las Consejerías de Sanidad, habitualmente dentro de la Dirección General de Salud Pública, y en otras ocasiones, determinados servicios de salud pública se prestan desde otras estructuras administrativas autonómicas distintas a las de la salud^{338,339,340}.

³³⁶ Dictamen. Comisión para la reconstrucción social y económica. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

³³⁷ Lobato-Pajares, M.T. and Villalbí, J.R. 2019. Los servicios de salud pública: una lectura de los informes disponibles. *Gaceta Sanitaria*, 33, pp.293-295. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000300293&lng=es. Epub 25-Nov-2019. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.005>.

³³⁸ Segura, A., Villalbí, J.R., Mata, E., de la Puente, M.L.I., Ramis-Juan, O. and Tresserras, R. 1999. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), pp.218-225. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911199713531>

³³⁹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2008. La protección de la salud en España. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>

³⁴⁰ de Torre, M.O., 2004. La organización de los servicios de salud pública en las Comunidades Autónomas: una aproximación global. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2(2), pp.195-206.

Tanto el Estado como las CC.AA. y las demás Administraciones Públicas competentes, organizan y desarrollan todas las acciones sanitarias dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

En la actualidad al **Ministerio de Sanidad** le compete la regulación de las bases, la coordinación y la cohesión general de la sanidad de nuestro territorio, para asegurar que las prestaciones sanitarias comunes se apliquen en todo el territorio, se garantice la coherencia de las actuaciones de las diferentes Administraciones Públicas en materia de salud, y se eviten contradicciones y disfunciones, de modo que la población tenga los mismos derechos independientemente del lugar donde resida. También le compete la sanidad exterior, las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, la legislación y evaluación de sustancias químicas, y la política farmacéutica. En materia de salud pública y sin menoscabo de las competencias de las CC.AA., dictará disposiciones y tendrá facultades para actuar, mediante los órganos competentes en cada caso, en las actividades públicas o privadas para proteger la salud de la población. Además, desarrollará actuaciones de elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

La **AESAN**³⁴¹ es el Organismo Autónomo que integra y desempeña, en el marco competencial de la Administración General del Estado, las funciones relacionadas con la seguridad alimentaria y la alimentación saludable.

El **Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)**³⁴² es el órgano científico técnico para el análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como la promoción y apoyo a la mejora de las mismas, y de referencia en las instituciones europeas.

En materia de investigación, el **Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)**³⁴³ es el organismo público de investigación a través del cual se promueven y/o ejecutan (de forma directa a través de sus departamentos, centros y organismos dependientes), gestionan y financian proyectos de investigación realizados dentro del Sistema Nacional de Salud para el avance cohesionado de la ciencia y la innovación en salud pública.

Las **Administraciones Locales** (municipios, provincias, islas, comarcas, áreas metropolitanas, y mancomunidades de municipios), sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tienen la competencia del control sanitario del medio ambiente (contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas y saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales), de industrias, actividades y servicios, ruidos y vibraciones, de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, del transporte, distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humanos, y el control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria^{344,345}. A estas funciones protectoras se pueden añadir funciones relacionadas con la promoción de la salud, en colaboración y sinergia con la CC.AA. o con la Administración General. La pro-

³⁴¹ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.htm

³⁴² Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Disponible en: <https://www.insst.es/>

³⁴³ Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Disponible en: <https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>

³⁴⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

³⁴⁵ Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1985/04/02/7/con>

moción de la salud se integra en las políticas públicas de proximidad, con enfoque de **salud en todas las políticas** y participación comunitaria. Ciudades de gran tamaño como Madrid, Bilbao, o Barcelona definieron explícitamente su oferta de servicios de salud pública³⁴⁶.

La **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)** es la Asociación de Entidades Locales de ámbito estatal, que agrupa Ayuntamientos, Diputaciones, Consejos y Cabildos Insulares, y que representa más del 95% de los Gobiernos Locales españoles. Se constituyó según lo dispuesto en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, y fue declarada como Asociación de Utilidad Pública mediante Acuerdo de Consejo de Ministros de 26 de junio de 1985. La FEMP promueve y desarrolla iniciativas relacionadas con la promoción y protección de la salud y el bienestar de la ciudadanía en concordancia con las competencias de las corporaciones locales, y/o en colaboración con las autoridades sanitarias autonómicas o estatales³⁴⁷.

Las competencias en materia sanitaria con incidencia en la salud pública quedaron establecidas como sigue:

Administración	Conjunto de competencias
Administración General del Estado (Ministerio de Sanidad y otros departamentos ministeriales u organismos públicos dependientes)	Bases y coordinación de la sanidad (incluida la salud pública) Sanidad exterior Política del medicamento Asistencia sanitaria de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (INGESA) Elaboración de informes generales de salud pública y asistencia sanitaria Política en materia de sustancias químicas Política en materia de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN) Coordinación general y fomento de la investigación en salud (ISCIII) Acuerdos sanitarios internacionales
Administraciones Autonómicas	Planificación Sanitaria Salud pública autonómica Gestión de Servicios de Salud
Administraciones Locales (sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas)	Protección de la salud (salubridad pública) Tráfico y movilidad urbana, urbanismo, medio ambiente urbano Colaboración en la gestión de los servicios públicos Grandes Municipios con responsabilidades y funciones en salud pública

Aparte de las estructuras de salud pública mencionadas hasta ahora, existe una extensa lista de organismos generales, autonómicos y locales (públicos o privados) que trabajan directa o indirectamente en beneficio de la salud pública.

³⁴⁶ Villalbí, J.R., Carreras, F., Martín-Moreno, J.M. and Hernández-Aguado, I. 2010. La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado. *Revista española de salud pública*, 84, pp.247-254. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300003&lng=es.

³⁴⁷ Resolución de 20 de mayo de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Convenio con la Federación Española de Municipios y Provincias, para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-8997

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública recoge en su artículo 47 la creación de un **Centro Estatal de Salud Pública**. En este sentido, el futuro Centro Estatal de Salud Pública tendrá como objetivo el asesoramiento técnico y científico en materia de salud pública, la evaluación de intervenciones, el seguimiento y evaluación de la **ESP 2022**, así como la coordinación de las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública. Dentro de sus funciones, dará el soporte necesario para el desarrollo de la Red de Vigilancia de la Salud Pública y fomentará mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y de salud pública de las CC.AA., creando un espacio de coordinación técnica e intercambio de buenas prácticas. Finalmente, ejercerá competencias de análisis y estudio, evaluación de políticas e intervenciones públicas, asesoramiento técnico, propuesta de medidas a las autoridades sanitarias y preparación y coordinación de respuesta ante situaciones de emergencia. En definitiva, la creación del Centro Estatal de Salud Pública permitirá consolidar un cambio de enfoque, pasando de una visión segmentada de los diversos aspectos de la salud pública a otra integrada, tanto funcional como institucionalmente, garantizando una coordinación eficiente y operativa multisectorial y en los diferentes niveles de la Administración Pública. La visión del centro estará fundamentada en los determinantes de la salud, la salud en todas las políticas y en el enfoque de **una sola salud**.

Instrumentos ejecutores y facilitadores en Salud Pública

El **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información en materia de salud entre la Administración General del Estado y las CC.AA. En él se procede a la toma de decisiones y a la búsqueda de consensos y vinculaciones entre las partes. Es el órgano que promueve la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, además, realiza una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno. Funciona en Pleno, en Comisión Delegada, a través de Comisiones Técnicas, Grupos de Trabajo y a través del Comité Consultivo.

La **Comisión de Salud Pública**, una de las Comisiones Técnicas del CISNS, asegura la cohesión estatal y calidad en materia de salud pública. Actualmente, la Comisión de Salud Pública está coordinada por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio Sanidad, y participan en ella las Direcciones Generales de Salud Pública de las Consejerías de Salud de las CC.AA., además del INGESA, el ISCIII, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria), y el Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa «Capitán Médico Ramón y Cajal». De forma ocasional y por la temática a tratar, pueden participar otros organismos.

La Comisión de Salud Pública dispone de **ponencias** (y grupos de trabajo específicos) para asesoramiento en sus decisiones:

- Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta.
- Ponencia de Cribado Poblacional.
- Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones.

- Ponencia de Promoción de la Salud.
- Ponencia de Salud Laboral.
- Ponencia de Sanidad Ambiental.
- Ponencia de Vigilancia Epidemiológica.

Asimismo, en el marco del CISNS, existen otras comisiones de importancia para la salud pública que dan apoyo técnico y orientación para la elaboración de protocolos comunes para el Sistema Nacional de Salud y para la planificación de medidas sanitarias:

- Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud.
- Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes.
- Comisión Nacional de Coordinación y seguimiento de programas de prevención del Sida.

El CISNS posee la **Declaración de Actuaciones Coordinadas (DAC)** como herramienta de toma de decisiones en temas de salud pública y seguridad alimentaria, que está recogida en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Una vez que una DAC se acuerda en el CISNS, corresponde al Ministerio de Sanidad establecerla, y a las partes firmantes le corresponde la obligación de implementar su contenido. Las DAC se encuadran en alguno de los supuestos siguientes:

- Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.
- Dar cumplimiento a acuerdos internacionales, así como a programas derivados de las exigencias de la normativa emanada de la UE, cuando su cumplimiento y desarrollo deba ser homogéneo en todo el Estado.

Las primeras DAC se han aprobado en nuestro territorio, a propósito de la pandemia por SARS-CoV-2, y han sido especialmente efectivas como mecanismo de toma de decisiones de forma rápida, colaborativa y coordinada. Entre otras, se encuentran el establecimiento de medidas comunes para retomar la actividad educativa presencial para el curso 2020-2021³⁴⁸, para determinadas fechas significativas (festividad de San José y Semana Santa de 2021)³⁴⁹, o para la actividad relacionada con el ocio nocturno en 2021³⁵⁰. Son importantes también otros acuerdos que se han sido adoptados en el Pleno del CISNS, y el espíritu de búsqueda de consenso al que se aspira.

Aparte del CISNS y la Comisión de Salud Pública como órganos de coordinación y colaboración entre el Ministerio de Sanidad y las CC.AA., no existe una estructura orgánica donde se puedan tratar temas de salud pública con otros departamentos ministeriales,

³⁴⁸ Ministerio de Sanidad. Consejo Interterritorial del SNS. 2020. Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, adoptado en coordinación con la Conferencia sectorial del Educación, sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública frente al COVID-19 para centros educativos durante el curso 2020-21. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Acuerdo_CISNS_CSE_Actuaciones_coordinadas_en_salud_publica_para_centros_educativos_27.08.20.pdf

³⁴⁹ Boletín Oficial del Estado. Resolución de 11 de marzo de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19 con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-3841-consolidado.pdf>

³⁵⁰ Boletín Oficial del Estado. Resolución de 4 de junio de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9351.pdf>

donde el enfoque de salud en todas las políticas tenga un espacio propio y la gobernanza en salud pública se realice plenamente.

Un aspecto fundamental para la salud pública es la **evaluación del impacto en salud** de las políticas como combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, con relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos. Según la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, las Administraciones Públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud. Esta evaluación debe prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones. Igualmente, se deben integrar los resultados de dichas evaluaciones en el sistema de información de salud pública y en su red de vigilancia. Existen CC.AA. que incluyen la evaluación de impacto en salud en sus normativas autonómicas y tienen experiencia en este aspecto^{351,352,353,354,355}. No existe, sin embargo, una sistemática para realizar la evaluación en salud en las políticas de forma generalizada en todo el territorio nacional.

Otro instrumento (y competencia) en salud pública es la **autoridad sanitaria**, a través de la cual se pueden realizar determinadas actuaciones establecidas jurídicamente (inspecciones, medidas especiales y cautelares, infracciones y sanciones, etc.) sobre las actividades públicas o privadas en nombre de la salud como bien público superior. Esta autoridad sanitaria se ejerce en todos los ámbitos de la salud pública; general, autonómico y local^{356,357,358}. La función de autoridad sanitaria en los niveles autonómicos está transferida y queda regulada por las normativas propias de cada CC.AA. El ejercicio pleno de la autoridad sanitaria requiere unas condiciones de anonimato y protección de las personas que realizan las actuaciones de inspección para que la labor de incoación de expedientes se realice de acuerdo a la normativa vigente en la materia.

La **autoridad sanitaria en fronteras**, según los artículos 38 y 53 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se realiza por el personal de Sanidad Exterior en el ejercicio de sus funciones y ante eventos que puedan suponer un riesgo de salud pública, coordinando esta respuesta con diversas Administraciones para garantizar su efectividad.

³⁵¹ Junta de Andalucía. Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/evaluacion-impacto/impacto-salud.html>

³⁵² Gobierno de Aragón. Evaluación del Impacto en Salud (EIS). Disponible en: <https://www.aragon.es/-/evaluacion-del-impacto-en-salud-eis->

³⁵³ Gobierno Vasco. Evaluación de Impacto en Salud (EIS)-Salud en todas las políticas. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/salud-en-todas-las-politicas/web01-a2salpol/es/>

³⁵⁴ Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Aquí sí: Test Salut. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/test_salut/

³⁵⁵ EINASalut-Instituciones activas. ¿Cómo mejorar la salud en las instituciones? Disponible en: <https://einasalut.caib.es/web/instituciones-activas/como-puedo-mejorar-mis-actuaciones>

³⁵⁶ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

³⁵⁷ Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1986/04/14/3/con>

³⁵⁸ Francisco Polledo, J.J. 1997. El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI. *Revista Española de Salud Pública*, 71, pp.429-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500001&lng=es.

El actual modelo organizativo de la sanidad exterior adoptado en 1997 integra las Unidades periféricas del Ministerio de Sanidad en las Delegaciones del Gobierno, dependientes del Ministerio de Política Territorial. En estas Unidades se ejecutan gran parte de las acciones en materia de Sanidad Exterior. Esta característica hace que la coordinación entre los aspectos organizativos, prioridades y necesidades funcionales sea fundamental para que la actividad que se desarrolla en sanidad exterior, que tiene un elevado nivel de especialización y un alto impacto social y económico, se realice homogéneamente en todo el territorio y de la forma más efectiva posible.

Por otro lado, bajo una concepción biopsicosocial y ecológica de la salud, se entiende que la **participación comunitaria** es otro instrumento para abordar la salud pública. Algunos órganos de participación comunitaria son los consejos de salud de zona, los consejos de salud de área, los consejos regionales de salud, mesas de coordinación intersectoriales de las Entidades Locales, etc. Otros de más reciente creación, son los foros de salud³⁵⁹ o el Consejo Estatal de Participación de Infancia y Adolescencia³⁶⁰.

Actualmente, estamos siendo testigos del creciente interés social respecto a los determinantes de la salud y la necesidad de abordarlos de un modo transversal e intersectorial, y con una perspectiva de participación comunitaria (i.e. pobreza energética, crisis de vivienda, desigualdad económica, desigualdad de género, marginalización y/o exclusión social, soledad no deseada, machismo, racismo y xenofobia, aporofobia, LGTBIfobia, edadismo, despoblación, inequidad de acceso a servicios e infraestructuras clave, etc.)³⁶¹. A la vez, se percibe un aumento de la conciencia social sobre las repercusiones económicas de las crisis y retos de salud pública (envejecimiento, epidemias, contaminación, cambio climático, equidad, etc.), lo que permite presentar la inversión en salud pública como una inversión social a futuro.

La participación de la sociedad civil en las actuaciones de salud pública puede articularse *ad hoc* a través de distintos instrumentos, como los comités técnicos, grupos de trabajo, comités asesores o comités de seguimiento de los planes, estrategias o programas de salud.

Salud Pública internacional

La salud pública, su gestión y gobernanza, supera con creces el ámbito nacional y se aborda en el seno de organismos y entidades internacionales. La UE y la ONU son los principales organismos a través de los que se articula la gobernanza internacional de la salud pública.

³⁵⁹ Ruiz-Giménez, L., 2005. Participación comunitaria. *Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional del Estado Español. Comunidad*, 8, pp.62-72. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/participacionjlr-2.pdf>

³⁶⁰ Boletín Oficial del Estado. 2021. Orden DSA/1009/2021, de 22 de septiembre, por la que se crea el Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2021/09/22/dsa1009>

³⁶¹ Lancee, B. and Van de Werfhorst, H.G. 2012. Income inequality and participation: A comparison of 24 European countries. *Social science research*, 41(5), pp.1166-1178. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049089X12000725>

A continuación, se describen muy brevemente los aspectos relacionados con la salud pública en estos dos organismos internacionales; la información más detallada sobre la salud pública internacional se encuentra en el Anexo 2.

Unión Europea-UE

La UE^{362,363} es una organización que incluye países europeos y aborda numerosos ámbitos políticos, desde el clima, el medio ambiente y la salud hasta las relaciones exteriores y la seguridad, la justicia y la migración. Se creó con otra denominación en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial y, a lo largo de los años, ha ido desarrollándose y creando organismos dependientes. Juega un papel integrador, armonizador y facilitador entre sus Estados miembros para que estos alcancen objetivos compartidos, generen sinergias y afronten retos comunes en salud.

Cuenta con cuatro instituciones principales responsables de la toma de decisiones que dirigen la administración de la UE. Estas instituciones proporcionan colectivamente orientación política a la UE y desempeñan distintas funciones en el proceso legislativo: a) el Parlamento Europeo, b) el Consejo Europeo, c) el Consejo de la UE, y c) la Comisión Europea³⁶⁴.

La **Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANTE)**³⁶⁵ es el organismo de la Comisión Europea cuya misión es proteger la salud de los ciudadanos y supervisar la seguridad de los alimentos consumidos. Esta misión incluye, también, garantizar la accesibilidad y eficacia de los sistemas sanitarios, velar por cultivos y bosques, procurar el bienestar animal y una serie de tareas que ponen de relieve la ya mencionada variedad de disciplinas que integran la salud pública.

El papel de la UE en la protección de la salud dio un giro y se potenció especialmente a finales del siglo XX y principios del siglo XXI mediante la creación de organismos como el **Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)** o la **Agencia Europea del Medicamento (EMA)**, entre otros, que dieron respuesta a la necesidad de coordinación y regulación en la UE.

Con motivo de la emergencia sanitaria por la pandemia por SARS-CoV-2 se ha creado la nueva **Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA)**, con el objetivo de que la UE y los Estados miembros puedan afrontar futuras crisis transfronterizas.

Organización de las Naciones Unidas-ONU

La ONU es una organización internacional creada para mantener la paz y la seguridad internacional, y fomentar la cooperación internacional para alcanzar intereses comunes, promover la amistad entre naciones, el progreso social, la mejora del nivel de vida y los

³⁶² Portal de la Unión Europea. Disponible en: https://european-union.europa.eu/index_es

³⁶³ Unión Europea-¿Qué es y qué hace? Disponible en: <https://op.europa.eu/webpub/com/eu-what-it-is/es/#chapter0>

³⁶⁴ Unión Europea-Tipos de instituciones y órganos. Disponible en: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/types-institutions-and-bodies_es

³⁶⁵ Unión Europea-Dirección General SANTE (Salud y Seguridad Alimentaria). Disponible en: https://ec.europa.eu/info/departments/health-and-food-safety_es

derechos humanos. La ONU nació oficialmente en 1945, tras la ratificación de la **Carta de la ONU**, su documento fundacional³⁶⁶. En la actualidad, tiene 193 Estados miembros que están representados en su órgano deliberante, la Asamblea General. Es el único espacio donde todas las naciones del mundo pueden reunirse, discutir problemas comunes y encontrar soluciones compartidas que beneficien a toda la humanidad.

En 1948, en el seno de la ONU, se constituyó la **OMS**, organismo especializado en políticas de prevención, promoción e intervención en la salud a nivel mundial³⁶⁷. Ese mismo año, la protección de la salud fue incluida en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (artículo 25.1). Desde entonces, la OMS, como organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, ha desarrollado numerosas áreas de trabajo que constituyen el marco de referencia para la planificación de temas muy variados e importantes para la salud pública: tabaco y alcohol, nutrición infantil, salud mental, enfermedades transmisibles, etc.

El último y actual **Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005)**, adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud³⁶⁸, tiene por finalidad ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo, las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Considera como objeto de control toda situación o suceso que potencialmente entrañe un riesgo para la salud pública, ya sea de naturaleza biológica, radionuclear, o química. Constituye un instrumento jurídico vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, entre los que se encuentra España. Se establece la obligación de crear, reforzar y mantener las capacidades básicas de salud pública en materia de detección, preparación y respuesta ante situaciones que puedan suponer un riesgo para la salud pública. La comunicación con la OMS se realiza a través de un Centro Nacional de Enlace designado en cada país.

Por último, y en consonancia con el fin último de la salud pública, la hoja de ruta a nivel global viene marcada por la **Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible**, aprobada por la ONU en 2015, y convergida en 17 ODS encaminados a poner fin a la pobreza, proteger el planeta, y mejorar las vidas y las perspectivas de todos, sin dejar a nadie atrás para 2030³⁶⁹.

España en la salud pública internacional

España participa activamente en las políticas de salud de la UE, de la ONU y de otros organismos internacionales, a través de su representación, y del trabajo de expertos del Sistema Nacional de Salud en reuniones, proyectos y acciones internacionales.

Como ejemplos destaca la representación/participación española:

³⁶⁶ Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us>

³⁶⁷ Organización Mundial de la Salud-Historia. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>

³⁶⁸ Reglamento Sanitario Internacional 2005. Disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

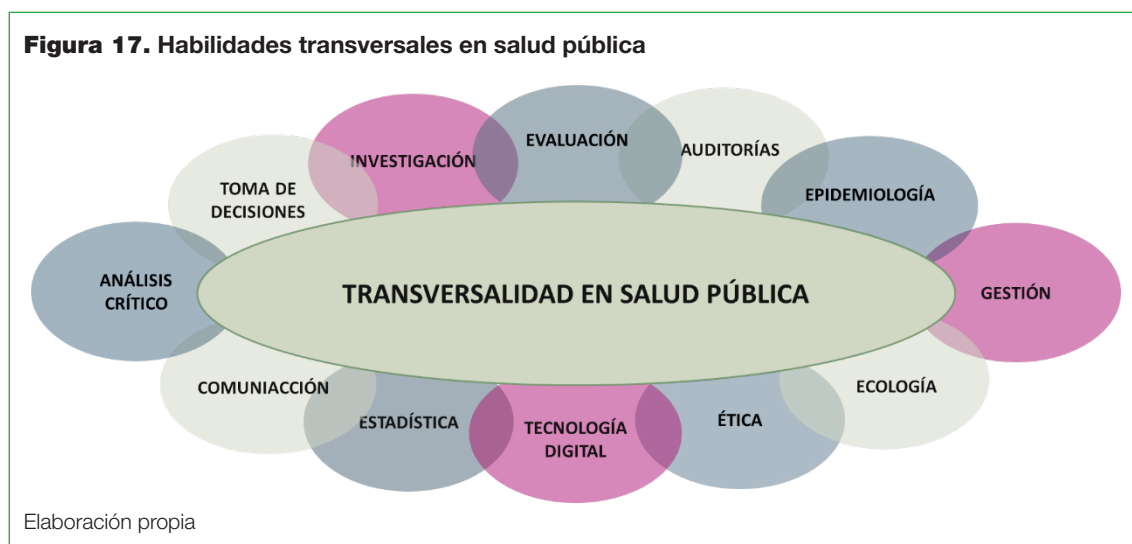
³⁶⁹ Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- En la UE, el Consejo y la Comisión Europea, la DG SANTE, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA).
- En la ONU, tiene representación y participación en la OMS (fundamentalmente la Oficina Regional para Europa) y sus grupos de trabajo y actividades.
- En organizaciones transnacionales, la plataforma G20 de Salud, o la OCDE.

En el contexto internacional actual, esta actividad de representación y participación supone la visibilización de las políticas sanitarias españolas en todos los foros internacionales, aportando buenas prácticas y logros conseguidos y, por otra parte, la posibilidad de intervención desde el inicio en las discusiones de reglamentos, normativas y programas propuestos desde los diferentes foros para actualizar la salud global. Adicionalmente, esta actividad internacional redundante en una actualización de las políticas sanitarias que se aplican a nivel nacional y que se trasladan a las CC.AA. a través de planes, estrategias o programas de trabajo específicos. Es por ello fundamental potenciar esta presencia y profundizar en el desarrollo de la diplomacia sanitaria.

El trabajo y los profesionales de la Salud Pública

El recorrido histórico de la salud pública confiere a sus profesionales unas características particulares en nuestro territorio; presentan una visión global de la salud y de sus determinantes, y requieren un conjunto adicional de **habilidades transversales**: análisis de datos, epidemiología, evaluación, gestión, conocimientos de otras disciplinas, toma de decisiones, etc. (Figura 17).



Tradicionalmente, la mayoría de profesionales de la salud pública en España procedían de la medicina, enfermería, veterinaria y farmacia. Tal como se ha mencionado anteriormente en esta **ESP 2022**, las acciones y campos de actuación de la salud pública se han ido

diversificando y ampliando a lo largo de las décadas, de modo que en la actualidad, para complementar las materias tradicionales, se van incorporando personas con **perfiles de otros sectores** (frecuentemente distintos al sanitario) que añaden conocimientos, capacidades y habilidades de disciplinas como la biomedicina, biología, dietética y nutrición, demografía, psicología, ciencias sociales y del comportamiento, física, estadística, informática, gestión, economía, climatología, ecología, análisis político y diplomacia, ética, derecho, comunicación o marketing, como ejemplos relevantes. Además, en estos momentos y para el futuro, es fundamental la formación transversal en materia digital. Se ha elaborado un **Plan Nacional de Competencia Digitales** con información relevante en este aspecto³⁷⁰.

En nuestro territorio, además de la formación sanitaria especializada en Medicina Preventiva y Salud Pública con un itinerario de formación específico en salud pública³⁷¹, la formación sanitaria especializada en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, o Medicina y Enfermería del Trabajo que cuentan con formación en salud pública, y los conocimientos básicos de salud pública incluidos en los contenidos de formación de grado de algunas profesiones sanitarias, existen otras vías para acceder a la **formación en salud pública** (másteres, cursos específicos, etc.). Sin embargo, no está definido el nivel educativo ni la formación de los profesionales de titulaciones no sanitarias.

En estos momentos se está trabajando para introducir competencias transversales relacionadas con la salud pública en todas las especialidades en ciencias de la salud. Además, dentro del Componente 18 del Mecanismo de Recuperación, Transformación y Resiliencia, se incluye un módulo denominado **Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento, orientado al refuerzo de las capacidades y competencias de los profesionales sanitarios a través de su formación continuada**, para incluir en los planes de formación continuada de al menos 90.000 profesionales sanitarios de las CC.AA. acciones formativas vinculadas con los objetivos y medidas incluidos en este componente, entre las que figuran la Vigilancia de la Salud pública y epidemiología y la Salud ambiental.

La salud pública está profundamente ligada a la acción y los organismos internacionales, y la formación en este ámbito cobra cada día mayor importancia. Actualmente, existen numerosos **programas de formación** como estancias temporales (programas de la UE para personas empleadas en las Administraciones Públicas³⁷², programa Erasmus+³⁷³, estancias en distintas agencias como la OMS³⁷⁴, etc.) o más específicos como los programas de epidemiología aplicada de campo (programa EPIET y EUPHEM del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)³⁷⁵, o el programa EIS de

³⁷⁰ Gobierno de España. 2021. Plan Nacional de Competencias Digitales. 72pp. Disponible en: https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/ministerio/ficheros/210127_plan_nacional_de_competencias_digitales.pdf

³⁷¹ Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/06/06/sco1980>

³⁷² Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Expertos Nacionales. Disponible en: <https://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/EspanaUE/es/TrabajarenUE/Paginas/EXPERTOSNACIONALES.aspx>

³⁷³ European Commission. Erasmus + EU Programme for education, training, youth and sport. Disponible en: <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/es>

³⁷⁴ World Health Organization. WHO internship programme. Disponible en: <https://www.who.int/careers/internship-programme>

³⁷⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Fellowship programme: EPIET/EUPHEM. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/epiet-euphemhttps://www.ecdc.europa.eu/en/epiet-euphem>

los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)³⁷⁶). El programa de intercambio de profesionales sanitarios HOPE, Federación Europea de Hospitales y Servicios Sanitarios (*European Hospital and Healthcare Federation*), incluye programas de intercambio y entrenamiento en el entorno asistencial para impulsar la mejora de la salud de las personas de los países de la UE³⁷⁷. En la actualidad no existen planes de formación internacional en salud pública que estén estructurados ni que sistemáticamente se faciliten a las personas que trabajan en los distintos servicios de salud pública. Existen, sin embargo, programas de movilidad de profesionales que permiten realizar estancias en otros países para programas o proyectos orientados a la innovación que podrían ser uno de las opciones para desarrollar esta **formación internacional en salud pública**.

La pandemia por **SARS-CoV-2** ha llevado al límite la flexibilidad y adaptabilidad de las personas que trabajan en salud pública; diversos documentos como el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Economía del Congreso de los Diputados³⁷⁸ han subrayado la necesidad de **adecuar las plantillas** dedicadas a salud pública a las necesidades actuales; los últimos informes sobre los retos para la epidemiología en España ponen de relieve la escasez de profesionales, entre otras dificultades³⁷⁹. Adicionalmente, el conjunto de recursos humanos dedicados a la salud pública en nuestro país debe ser suficiente para abordar todas las acciones que tiene encomendadas según las leyes vigentes, especialmente si debe hacer frente a posibles crisis futuras.

Para evitar estas **deficiencias estructurales** se debe tener en cuenta factores como la edad cercana a la jubilación de un elevado porcentaje de profesionales (situación que requiere una planificación para proceder al relevo generacional, no solo para sustituir numéricamente a quienes se jubilen, sino para traspasar todo el conocimiento y experiencia que estas personas han acumulado a lo largo de los años). También es importante tener en cuenta la existencia de puestos de trabajo de difícil cobertura (zonas rurales, por ejemplo).

Parte de los motivos de la falta de personal se deben a que las **retribuciones y condiciones laborales** pueden resultar menos atractivas con relación a otros puestos de trabajo distintos a la salud pública y que requieren el mismo nivel educativo o nivel profesional (especialmente visible, aunque no exclusivo, en profesionales de la medicina). Tampoco son homogéneas las retribuciones entre profesionales que, dedicándose a la salud pública, lo hacen desde los distintos niveles de la Administración Pública, general, autonómico y local, y entre los distintos departamentos dentro de un mismo nivel administrativo.

La **inversión en las personas** que trabajan en la salud pública es un requisito esencial ya que son los recursos más importantes para que la prestación y ejecución de los servicios y actividades de salud pública se realicen de forma completa y adecuada. Esto incluye la formación, la capacitación, el desarrollo profesional y crecimiento personal, los incentivos

³⁷⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Epidemic Intelligence Service (EIS). Disponible en: <https://www.cdc.gov/eis/index.html>

³⁷⁷ European Hospital and Healthcare Federation. Hope Programme 2022. Disponible en: <https://hope.be/programme-2022/>

³⁷⁸ Dictamen. Comisión para la reconstrucción social y económica. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

³⁷⁹ Epidemióloga de campo en tiempos de COVID-19: retos para los servicios de salud pública. Informe SESPAS 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.009>

y la evaluación, así como una cobertura adecuada de los puestos de trabajo que se necesitan para realizar con excelencia las funciones encomendadas a la salud pública.

La **Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública**³⁸⁰, aprobada por el CISNS en marzo de 2022, contiene un apartado sobre la implementación de una política de recursos humanos coordinada entre el personal dedicado a la salud pública, que garantice la generación y retención del talento, el relevo generacional, la dimensión adecuada de la plantilla a las funciones desempeñadas y el despliegue territorial necesario para afrontar los retos presentes y futuros con efectividad y calidad.

La información y vigilancia en Salud Pública

El conocimiento ágil y continuado del estado de salud de la población, los determinantes de la salud, el funcionamiento de la salud pública, y las potenciales amenazas para la salud son indispensables para establecer políticas y actuaciones de salud pública.

La vigilancia es una de las funciones esenciales de la salud pública, una función transversal al servicio de las personas responsables de decidir las políticas de salud, que permite mejorar la planificación de recursos en el sistema nacional de salud y la implementación y evaluación de actividades de prevención y control. Asimismo, la vigilancia aporta la información necesaria para definir las líneas prioritarias en la investigación sanitaria.

La **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** se creó en 1995 por Real Decreto, y se planteó tanto como una adecuación a los cambios estructurales del estado, como al proceso de la UE, y sentó las bases que permitieron iniciar la transformación del tradicional sistema de vigilancia con especial énfasis en las enfermedades transmisibles. En ese momento quedaron excluidas de la vigilancia la información sobre enfermedades no transmisibles y determinantes de la salud³⁸¹. Algo más tarde se creó otra importante red de vigilancia para la salud, la **Red de Alerta Sanitaria Veterinaria (RASVE)**³⁸².

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública establece la creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública que coordine los diferentes sistemas de vigilancia de nuestro territorio, que incluya las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los determinantes de la salud, así como el sistema de alerta precoz y respuesta rápida para la detección y evaluación de incidentes, riesgos, síndromes, enfermedades y otras situaciones que pueden suponer una amenaza para la salud de la población.

En este sentido, y en el contexto actual, en la Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública (Zaragoza 9-10 marzo 2022)³⁸³ se acordó fortalecer y modernizar

³⁸⁰ Consejo Interterritorial del SNS. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza, 9-10 de marzo 2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2022/100322-declaracion_zaragoza.pdf

³⁸¹ Ministerio de Sanidad. 2021. Documento Técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

³⁸² Real Decreto 1440/2001, de 21 de diciembre, por el que se establece el sistema de alerta sanitaria veterinaria. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2001/12/21/1440>

³⁸³ Consejo Interterritorial del SNS. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza, 9-10 de marzo 2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2022/100322-declaracion_zaragoza.pdf

la vigilancia en salud pública, incorporando otros sistemas y fuentes de información necesarios para extender la vigilancia a todas las enfermedades (no solo las transmisibles), los problemas de salud y sus determinantes, y que permita al Sistema Nacional de Salud, a sus profesionales y al conjunto de la ciudadanía estar preparados para las necesidades futuras.

Se hace necesario desarrollar una **Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud** que defina el marco estratégico para reforzar y modernizar la vigilancia en salud pública y constituir la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. La Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud fue aprobada por la Comisión de Salud Pública el día 5 de mayo de 2022 y por el CISNS el día 15 del mismo mes. En estos momentos, el Ministerio de Sanidad está tramitando un Proyecto de Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública por el que se creará la **Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública** que coordinará los sistemas de vigilancia en relación con el estado de salud de la población en términos de bienestar, morbilidad y mortalidad y de los riesgos, determinantes, inequidades y factores que la condicionan.

Para la vigilancia en salud pública son fundamentales las **fuentes de datos** que proporcionan información sobre la salud de la población y los aspectos relacionados con ella: INE, Barómetro Sanitario, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud-INCLASNS, Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, Sistema de Información de Atención Primaria-SIAP, Sistema de Información de Atención Especializada-SIAE, Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD, encuestas, estadísticas, catálogos e índices de salud nacionales e internacionales, etc.³⁸⁴.

A esta información para la vigilancia en salud pública se añade la procedente de los **laboratorios de salud pública**. Existen múltiples tipos en cuanto a categoría, vinculación, funciones y capacidades, que se organizan en redes funcionales (por ejemplo, los laboratorios de Control Oficial³⁸⁵ o la Red de Laboratorios para la Vigilancia de Microorganismos Resistentes³⁸⁶). Proveen información sobre muestras ambientales, control de calidad alimentaria, de sustancias, muestras biológicas, medicamentos, agentes infecciosos, etc.

Son también fuentes relevantes de información las contenidas en las redes sociales o las páginas web, cuyo uso también puede ser de utilidad para la vigilancia.

Otra de las fuentes de conocimiento que guía y fundamenta la práctica de la salud pública es la **investigación científica**. En España, la investigación en salud pública tiene lugar principalmente a través del sistema público tanto a nivel estatal, destacando los Organismos Públicos de Investigación (fundamentalmente ISCIII y Consejo Superior de Investigaciones Científicas-CSIC), como autonómico a través de las universidades y de los centros específicos diseñados por muchas CC.AA. Es de particular interés el papel del ISCIII en la planificación, priorización, financiación de estructuras de investigación colaborativa (Centros de Investigación Biomédica en Red-CIBER, Institutos de Investigación Sanita-

³⁸⁴ Ministerio de Sanidad. Banco de datos. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>

³⁸⁵ Ministerio de Sanidad. Laboratorios designados para el control oficial. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/lab_desig_control_oficial.htm

³⁸⁶ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018. Red de laboratorios para la vigilancia de los microorganismos resistentes. Disponible en: https://resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/red_laboratorios_vigilancia.pdf?file=1&type=node&id=499&force=0

ria y Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud), así como en el fomento de la investigación, tanto de forma interna a través de sus centros y unidades, como de manera externa en la financiación de diferentes proyectos de investigación y recursos humanos a través de la **Acción Estratégica en Salud del Plan Estatal de Ciencia Tecnología e Innovación (PECTI)**, cuyas líneas prioritarias vienen definidas desde el propio Ministerio de Sanidad en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Por otra parte, el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del ISCIII ha puesto en marcha la **Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología (IMPACT)** orientada al desarrollo e implementación de proyectos de investigación clínico-asistenciales en el Sistema Nacional de Salud que permitan incrementar la precisión de los diferentes procedimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación disponibles. Esta actividad proporcionará claves organizativas que pueden ser utilizadas para la salud pública³⁸⁷.

También existe un **Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)** creado en el marco del CISNS que tiene como finalidad principal el intercambio de información y buenas prácticas en promoción de la salud³⁸⁸. No existe, sin embargo, un mapa completo de todas las estructuras y organismos de investigación con enfoque específico en salud pública, ni de todas las actividades y buenas prácticas en salud pública.

Comunicación y abogacía de la Salud Pública

La información en salud pública es un derecho para la ciudadanía, y un deber de las instituciones responsables. En estos momentos, la globalización, las redes sociales y la tecnología han hecho posible la comunicación directa y fluida con la población, y que la información se difunda de forma masiva en cuestión de segundos. Esta situación de nuevos medios de comunicación e impacto de las redes sociales constituye una oportunidad que debe aprovecharse desde la salud pública para conformar la opinión popular, configurar identidades sociales saludables (como ejemplo, las comunidades ideológicas), y favorecer la creación de **comportamientos y entornos saludables**.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha puesto claramente de manifiesto la necesidad de tener **estrategias de comunicación** en momentos de alerta, que sean claras y coordinadas, que afronten los problemas y asuntos de salud en la esfera pública, y que ayuden a entender y abordar problemas de comunicación como los bulos, la infodemia, y las campañas de desinformación que han mostrado alto impacto durante la pandemia³⁸⁹ (como ejemplo, la relación del grado de infodemia y la aceptación de las vacunas por parte de la población)³⁹⁰.

³⁸⁷ Ministerio de Ciencia e Innovación. Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología-IMPACT. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Financiacion/IMPACT/Paginas/default.aspx>

³⁸⁸ Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud-SIPES. Disponible en: <https://sipes.sanidad.gob.es/sipes2/queEsSipesAction.do?limpiaSession=1>

³⁸⁹ European Observatory on Health Systems and Policies & Heiss, Raffael. 2020. Fighting health infodemics: the role of citizen empowerment. *Eurohealth*, 26 (3), 23-25. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338919>

³⁹⁰ Singh, K., Lima, G., Cha, M., Cha, C., Kulshrestha, J., Ahn, Y.Y. and Varol, O. 2022. Misinformation, believability, and vaccine acceptance over 40 countries: Takeaways from the initial phase of the COVID-19 infodemic. *Plos one*, 17(2), p.e0263381. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263381>

En estos momentos no existen directrices definidas que orienten sobre cómo debe realizarse la comunicación en salud pública. La **Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial**³⁹¹, el **Plan de Impulso de Tecnologías del Lenguaje**³⁹² y la **Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud**³⁹³, suponen un marco de apoyo en términos de monitorización, análisis, medición de impacto y elaboración de los mensajes, planes de comunicación y campañas de comunicación en salud pública.

Una comunicación y **abogacía efectiva en salud pública** debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se diseña en función del objeto del mensaje (divulgativo, legal, coercitivo, etc.), del público receptor (profesionales sanitarios, población general, población infantil y adolescente, población mayor, otros grupos poblacionales específicos, decisores, etc.), y del canal utilizado (radio, televisión, papel, internet, etc.).
- Se establece en los niveles general, autonómico y local, manteniendo la coherencia entre niveles y evitando discrepancias.
- Se fundamenta en los principios de salud en todas las políticas, y equidad en salud. Como norma general, potenciará las conductas y estilos de vida saludables y debe avanzar hacia el fomento de entornos saludables.

Además, las alianzas y colaboraciones son esenciales para que el mensaje sea efectivo:

- Con los medios de comunicación, tanto generalistas como especializados, para establecer sinergias informativas.
- Con otros sectores afines o relacionados con la salud.
- Con grupos de influencia social (ámbitos del deporte, cultura, moda, salud, etc.). Se prestará especial atención a la comunicación para grupos vulnerables o desfavorecidos en cuestiones de salud pública, atendiendo a la diversidad de la sociedad de nuestro territorio.
- Con sociedades científicas y entidades profesionales.
- Con asociaciones de personas mayores, de personas con diversidad funcional, asociaciones de pacientes, y organizaciones sociales que fomenten la participación comunitaria en la comunicación y abogacía por la salud.

Las áreas de salud pública donde deberían centrarse las estrategias de comunicación son:

- Resultados de la investigación en salud pública.
- Situaciones de riesgo para la salud.
- Medidas tomadas en salud pública.
- Promoción de entornos saludables, seguros y sostenibles: medioambiental, laboral, local, educativo, etc.

³⁹¹ Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial (SEDIA). Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial. Vicepresidencia tercera del Gobierno y Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación digital. Disponible en: https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/ministerio/ficheros/201202_ENIA_V1_0.pdf

³⁹² Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital. Plan de Impulso de Tecnologías del Lenguaje. 2015. Disponible en: <https://plantl.mineco.gob.es/tecnologias-lenguaje/PTL/Bibliotecaimpulsotecnologiaslenguaje/Detalle%20del%20Plan/Plan-Impulso-Tecnologias-Lenguaje.pdf>

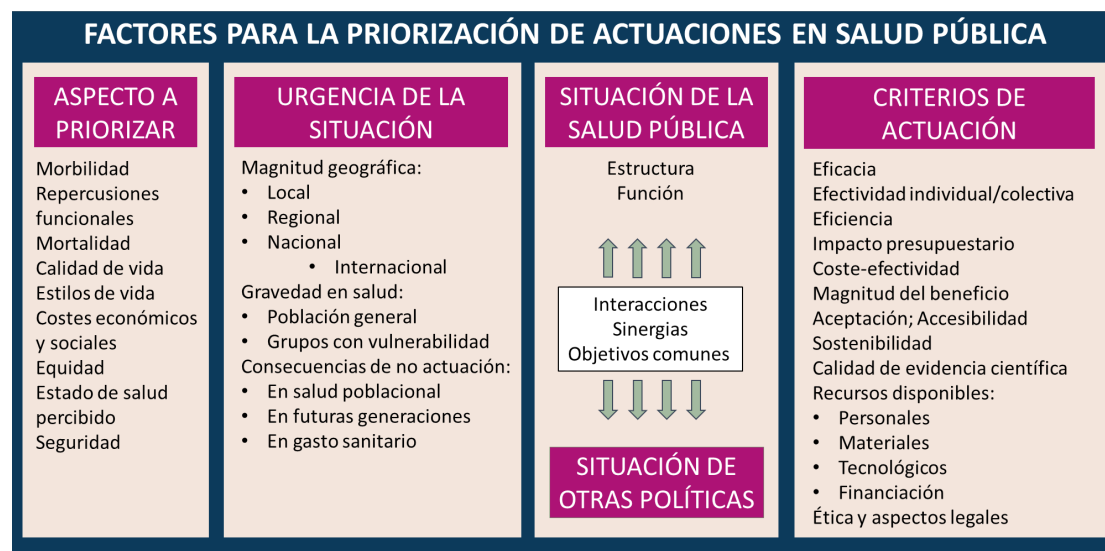
³⁹³ Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS. 2021. Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 62pp.

- Promoción de estilos de vida saludable: el tabaco y productos relacionados, el alcohol, alimentación saludable, actividad física y sedentarismo, salud sexual, ocio saludable (reducir uso problemático de nuevas tecnologías y las adicciones sin sustancias) como prioridades.
- Promoción de la participación poblacional en los programas de prevención y diagnóstico precoz, especialmente los programas de vacunación y los programas de cribado poblacional de cáncer.

Líneas estratégicas

El establecimiento de **prioridades de actuación en salud pública** no es una tarea banal ni sencilla, tampoco es neutral (Figura 18). Viene definida por la urgencia de la actuación, y por el aspecto dónde se ponga el foco de atención, por ejemplo, la morbilidad o mortalidad derivada de una patología o de un estilo de vida, el grado de discapacidad que ocasiona, la alteración que produce en la vida ordinaria, los costes económicos y sociales de la enfermedad, o la necesidad de actuación rápida en el caso de procesos epidémicos. También, y probablemente con más fuerza, se ve determinada por las características estructurales y funcionales de la salud pública, de las políticas no relacionadas directamente con la salud, pero que inciden en ella, y de las interacciones, sinergias y objetivos comunes de salud que puedan establecerse entre todas ellas. A este entramado intersectorial se unen los atributos que se deseen para la priorización; la eficacia, la efectividad, el impacto presupuestario, el coste-efectividad, el potencial de reducción de desigualdades entre grupos, el número de personas que podrían beneficiarse, o la calidad de la evidencia disponible, entre otros muchos³⁹⁴.

Figura 18. Factores para la priorización de actuaciones en salud pública



Elaboración propia

Del detallado análisis del estado de salud de la población y del estado de la salud pública realizado en esta **ESP 2022** se desprenden los siguientes **puntos clave** para ayudar a determinar y materializar las acciones propuestas.

³⁹⁴ Definición de prioridades en las políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Disponible en: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/13188.pdf>

Puntos clave para la acción

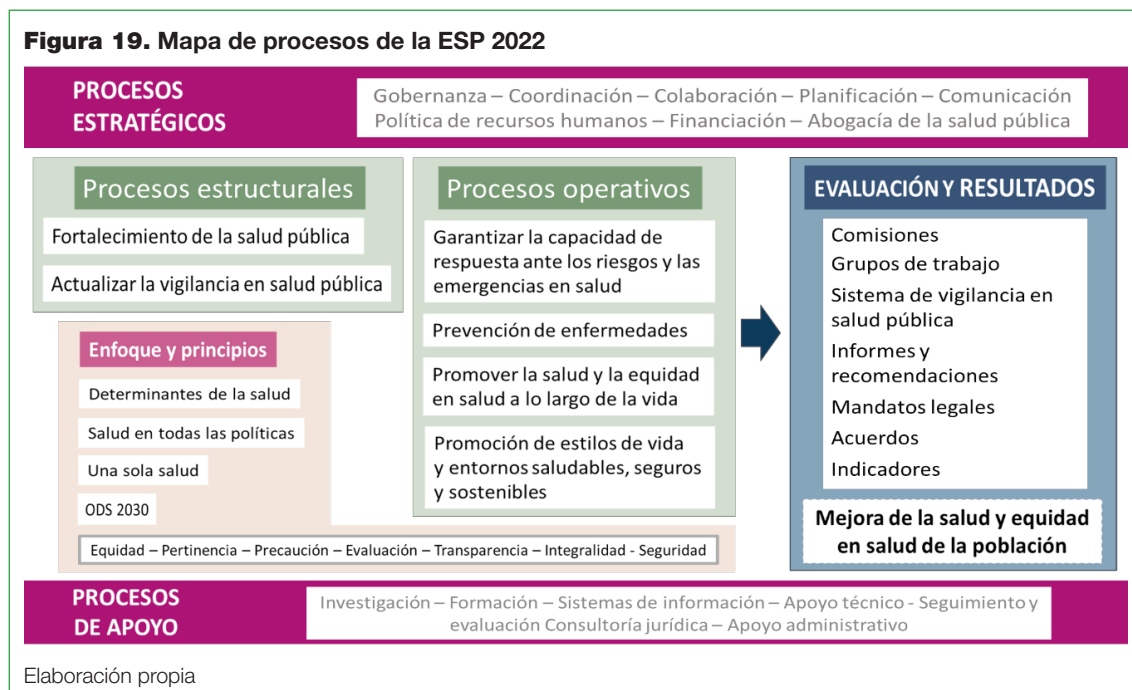
- En general, la población de nuestro territorio es una población envejecida, con una de las mayores esperanzas de vida del mundo. La carga de enfermedad se basa, principalmente, en enfermedades crónicas no transmisibles que comparten factores de riesgo comunes como la existencia de entornos no saludables que favorecen una alimentación poco saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol.
- La mayoría de los problemas de salud son prevenibles y comparten el efecto de los determinantes de la salud en su desarrollo. Las guías y directrices internacionales recomiendan el abordaje simultáneo/integral de los principales factores de riesgo para mejorar globalmente las enfermedades más prevalentes; como ejemplos la estrategia “cuatro por cuatro” que prioriza el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo (alimentación no saludable, inactividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco) para las cuatro principales enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica y diabetes), ampliado a la agenda 5x5, incluyendo la contaminación del aire como factor de riesgo y salud mental como enfermedad. Se recomienda que el abordaje incluya una mirada poblacional que incluya la acción comunitaria en salud.
- La forma más efectiva de abordar la salud de la población es a través de acciones globales e integrales que fomenten, desde la garantía de la accesibilidad universal, la equidad en salud. En determinados procesos de salud o grupos de población, debido a su especial situación de vulnerabilidad, se requieren acciones específicas.
- Disponer de información sobre el estado de salud de la población y sus determinantes es fundamental para el diseño de políticas de salud. Además, la existencia de un Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida es una garantía de protección ante los riesgos y emergencias de salud pública.
- Son fundamentales los esfuerzos para que el sistema sanitario y los servicios sociales puedan responder con más efectividad a la diversidad de las personas en su más amplio sentido, y a las emergencias y retos en salud que surjan en el futuro.
- Para materializar la mejora de la salud de la población es necesaria la articulación de todas las actuaciones a desarrollar por los poderes públicos. Esto pasa por identificar sinergias con todas las Administraciones Públicas y agentes que se dedican directa o indirectamente a la salud pública, incluida la sociedad civil. La salud en todas las políticas y el enfoque de Una sola salud son fundamentales en este sentido.
- La dimensión internacional de la salud pública es importante para reflejar el papel de nuestro territorio en las distintas organizaciones internacionales con competencias en materia de salud y para aportar y compartir la experiencia que nuestro territorio acumula en salud pública. Se trata, en definitiva, de asegurar una adecuada gobernanza del sistema.

Además, se ha tenido en cuenta lo contenido en el **Plan de Acción Europeo para el Fortalecimiento de los Servicios y Capacidades de Salud Pública**³⁹⁵ que incluye la gobernanza para la salud y el bienestar, el aseguramiento de profesionales de la salud pública suficientes y competentes, la vigilancia de la salud de la población, la monitorización y respuesta a emergencia en salud, protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el aseguramiento de estructuras organizativas y financiación, la abogacía, comunicación y movilización social por la salud, y la investigación en salud pública.

El enfoque y los principios de la **ESP 2022**, y lo contenido en el apartado de Análisis de situación han finalmente perfilado las metas a conseguir y hacia dónde debemos orientar las actuaciones. Se definen 4 líneas estratégicas de actuación que pretenden abordar todos los aspectos mencionados:

- Línea Estratégica 1: Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población.
- Línea Estratégica 2: Modernizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud.
- Línea Estratégica 3: Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, seguros y sostenibles.
- Línea Estratégica 4: Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida.

El abordaje y desarrollo de las líneas estratégicas se materializará bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad y en el marco del CISNS, órgano de co-gobernanza y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito de la salud. En la Figura 19 se muestra el mapa de procesos de la ESP 2022.



³⁹⁵ WHO Regional Committee for Europe. 2012. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. World Health Organization. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

Línea Estratégica 1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población

Los problemas, las demandas y los retos de la salud de la población evolucionan continuamente, y la salud pública debe ser capaz de adaptarse sin perder la ambición en sus objetivos. Para ello resulta indispensable contar con estructuras robustas que puedan servir como cimientos para impulsar y desarrollar las líneas estratégicas que propone la **ESP 2022**.

En esta línea estratégica es fundamental el liderazgo del Ministerio de Sanidad para realizar la coordinación, la cooperación y el establecimiento de alianzas entre las distintas Administraciones Públicas competentes en la materia.

Metas

- **Fortalecer el sistema de gobernanza en salud pública**
- **Asegurar capacidades y competencias en salud pública**
- **Impulsar la investigación y la innovación en salud pública**
- **Potenciar la comunicación y la abogacía de la salud pública**

Acciones prioritarias

Las acciones incluidas se nombrarán con LE1, que indica la línea estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE1-A1, LE1-A2, LE1-A3, etc.

LE1-A1. Establecer mecanismos eficaces de gobernanza de la salud pública y de coordinación transversal de salud en todas las políticas.

LE1-A1.1. Constituir una comisión interministerial en el ámbito de la Administración General del Estado para fomentar la salud en todas las políticas, que podrá tener grupos de trabajo en áreas específicas.

LE1-A1.2. Promover la participación intersectorial en la Comisión de Salud Pública del CISNS cuando se considere oportuno.

LE1-A1.3. Promover la creación de órganos o alianzas intersectoriales en el ámbito autonómico y local para el ejercicio de la salud en todas las políticas.

LE1-A2. Potenciar la presencia y participación española en los foros de decisión internacionales relacionados con la salud pública y fortalecer la colaboración internacional con los países de ingresos bajos y medianos.

LE1-A3. Crear un Centro Estatal de Salud Pública.

LE1-A4. Impulsar la evaluación de impacto en salud de las políticas.

LE1-A4.1. Desarrollar la metodología para la evaluación de impacto en salud de las políticas según se refleja en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y promover una red de asesoramiento coordinada con las CC.AA. para facilitar la evaluación del impacto en salud de las intervenciones de carácter no sanitario y el enfoque de salud en todas las políticas.

LE1-A5. Potenciar los servicios de salud pública en el territorio nacional.

LE1-A5.1. Actualizar la Cartera de servicios comunes de salud pública del Anexo I del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

LE1-A5.2. Promover y homogeneizar en todo el territorio las funciones de control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública (alimentaria y ambiental por lo menos, en frontera y dentro del territorio nacional).

LE1-A6. Sistematizar la elección de actuaciones en salud pública en base a la mejor evidencia científica, buenas prácticas y cartera de servicios comunes de salud pública.

LE1-A7. Implementar una política de recursos humanos en salud pública que garantice la generación y retención del talento, el relevo generacional, la dimensión adecuada de los recursos humanos y el despliegue territorial necesario para afrontar los retos presentes y futuros con efectividad y calidad.

LE1-A7.1. Analizar las necesidades de recursos humanos en salud pública que garantice la generación y retención del talento, el relevo generacional, la dimensión adecuada de la plantilla a las funciones desempeñadas.

LE1-A7.2. Impulsar en cooperación con las CC.AA. y las universidades la planificación de la oferta de estudios universitarios relacionados con la salud pública en función de la necesidad de profesionales, a la vez que se agiliza el procedimiento de homologación de los títulos universitarios del ámbito de salud pública.

LE1-A8. Implementar una política de formación en salud pública.

LE1-A8.1. Consensuar las competencias básicas que el personal de salud pública debe dominar para responder al desempeño de las funciones de salud pública.

LE1-A8.2. Desarrollar un itinerario de formación continuada en salud pública para profesionales de la salud a través de la Escuela Nacional de Sanidad del ISCIII, y otros centros formativos en salud pública. Se incluirán específicamente los enfoques de determinantes de la salud, salud en todas las políticas, evaluación del impacto en salud de las políticas, Una sola salud, gobernanza de la salud pública y otros, además de tener en cuenta para la formación en salud pública lo contenido en el Plan Nacional de Competencias Digitales.

LE1-A8.3. Fomentar la difusión de los programas de formación en salud pública en organismos internacionales entre las personas que trabajan en salud pública.

LE1-A8.4. Colaborar con las Universidades y los centros de Formación Profesional para impulsar de forma transversal el conocimiento relacionado con la salud pública en todos los estudios de ciencias de la salud y de formación profesional de la rama sanitaria y de los servicios sociales.

LE1-A9. Fortalecer la investigación y la innovación en salud pública.

LE1-A9.1. Fomentar la investigación en salud, con perspectiva de salud pública y de cohesión territorial dentro del marco de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 (EECTI), específicamente de la Acción Estratégica en Salud del ISCIII, así como las estrategias futuras de investigación científica del Estado.

LE1-A9.2. Impulsar la investigación interdisciplinar de excelencia entre la salud pública y otras áreas de conocimiento, en proyectos transversales con una clara orientación a resultados en salud, y promover la traslación de esos resultados al Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias, para la toma de decisiones en salud pública.

LE1-A10. Potenciar la comunicación y abogacía en salud pública.

LE1-A10.1. Elaborar colaborativamente una estrategia común de comunicación en salud pública, que incluya el diseño de un procedimiento de difusión pública de los resultados en salud pública, el establecimiento de alianzas con los agentes formales (medios de comunicación) e informales (grupos de influencia social, redes sociales, etc.) y la disponibilidad de los recursos necesarios para ello.

LE1-A10.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para establecer sistemas estandarizados de detección, limitación y rectificación de la desinformación ligada a las campañas que promuevan intereses contrarios a los de la salud pública (publicidad con pretendida finalidad sanitaria) o noticias falsas.

Línea Estratégica 2. Actualizar la vigilancia de la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud

La vigilancia en salud pública es uno de los pilares fundamentales para conseguir información de calidad que permita analizar la situación epidemiológica y los factores que la determinan en cada momento. A la vez, la información es la herramienta que facilita la toma de decisiones y el diseño e implementación de acciones en salud pública.

Las amenazas para la salud pública de nuestro entorno son muchas y muy diversas: enfermedades transmisibles y no transmisibles, agentes biológicos, agentes químicos, físicos, amenazas de origen ambiental, incluyendo aquellas relacionadas con el cambio climático, de origen nuclear y radiológico, etc. La salud pública debe estar preparada ante las eventuales emergencias que puedan aparecer en el futuro, y, a partir de la información de la vigilancia, dar una respuesta a tiempo, a la vez oportuna y proporcionada, con un enfoque de **Una sola salud**.

Metas

- **Fortalecer y completar el sistema de vigilancia en salud pública**
- **Garantizar una respuesta rápida, oportuna y coordinada ante las amenazas que supongan un riesgo para la salud pública a nivel local, regional, nacional e internacional**

Acciones prioritarias

Las acciones incluidas se nombrarán con LE2, que indica la línea Estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE2-A1, LE2-A2, etc.

LE2-A1. Desarrollar e implementar la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

LE2-A1.1. La vigilancia en salud pública se conforma como un sistema que integra de forma oportuna la información de todas las fuentes y estructuras necesarias para responder a las necesidades de información en salud pública.

LE2-A2. Mejorar la monitorización y gestión de los programas de vacunación.

LE2-A2.1. Desarrollar un sistema nacional integrado de registro de vacunas interoperable a nivel europeo, en colaboración con las CC.AA.

LE2-A2.2. Impulsar estudios de seroprevalencia.

LE2-A3. Mejorar la respuesta ante las amenazas que supongan un riesgo para la salud pública a nivel local, regional, nacional e internacional.

LE2-A3.1. Desarrollar el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, integrado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, garantizando la coordinación de todos los organismos y actores para que se produzca una adecuada detección precoz y respuesta rápida ante las alertas de salud pública.

LE2-A3.2. Reforzar y mantener las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) y por la Decisión nº 1082/2013/UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, así como cualquier otro acuerdo internacional al que se adhiera España (previa aprobación por el Ministerio de Hacienda y Función Pública).

LE2-A3.3. Elaborar y difundir un Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias, con un alcance multisectorial, multinivel, interdisciplinar, y con un enfoque de equidad y basado en las ciencias del comportamiento social (incluye entre otros, la creación de equipos de respuesta multisectorial, multinivel e interdisciplinarios, la formación para profesionales y realización de simulacros, y el establecimiento de una reserva estratégica que garantice la disponibilidad de material sanitario estratégico y la existencia de equipos de protección personal para minimizar los riesgos de exposición).

Línea Estratégica 3. Mejorar la salud y el bienestar de la población a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles

Los estilos de vida, así como los entornos medioambiental, económico, social, cultural, educativo, local, laboral, y sanitario, así como la seguridad alimentaria, influyen en la salud de las personas. De hecho, la mayor carga de enfermedad de nuestra sociedad recae sobre enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, íntimamente ligados a estilos de vida y entornos no saludables.

Es necesario actuar sobre ellos de modo que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir y, consecuentemente, se mejore el nivel de salud y bienestar en la población.

Las acciones que se implementen en cualquiera de los entornos deben tener en cuenta la perspectiva de género y estar orientadas a promover la equidad en salud.

Metas

- **Mejorar las condiciones de vida, el bienestar y salud de la población**
- **Contribuir a crear entornos saludables, salutogénicos, seguros, sostenibles y libres de discriminación y violencia**
- **Promover los estilos de vida saludables, seguros y sostenibles y fomentar acciones para que las opciones más saludables sean las más fáciles de realizar para la población**
- **Promover las actividades de prevención de enfermedades**

Acciones prioritarias

Las acciones incluidas se nombrarán con LE3, que indica la línea Estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE3-A1, LE3-A2, LE3-A3, etc.

LE3-A1. Promover y favorecer una alimentación saludable y sostenible.

LE3-A1.1. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para fomentar la alimentación saludable durante el curso de vida y en todos los entornos (especial énfasis en el educativo, sanitario, y laboral) y para favorecer que la población elija opciones de consumo de alimentos saludables y sostenibles.

LE3-A1.2. Proteger a la población, especialmente la infantil y adolescente, de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables.

LE3-A2. Fomentar y favorecer la actividad física y reducir el sedentarismo.

LE3-A2.1. Colaborar de forma intersectorial, interdisciplinar y en todos los niveles de la Administración Pública para informar y sensibilizar a la población sobre la actividad física beneficiosa para la salud.

LE3-A2.2. Colaborar de forma intersectorial y por todos los niveles de la Administración Pública para que se fomente la actividad física, la movilidad activa, y se disminuyan las actividades asociadas al sedentarismo (promoción de pausas activas).

LE3-A2.3. Favorecer el uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación.

LE3-A3. Fomentar políticas/iniciativas tendentes a disminuir el consumo de tabaco, alcohol y resto de adicciones relacionadas o no con sustancias.

LE3-A3.1. Colaborar con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas en la implementación de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y sus Planes de Acción, en lo que se refiere al tabaco, alcohol y al uso y adicción de otras sustancias psicoactivas, así como al potencial adictivo de otras conductas (juegos de azar, uso de pantallas, etc.).

LE3-A3.2. Desarrollar estrategias y planes de acción multinivel y a nivel autonómico para la promoción de habilidades y hábitos saludables y la prevención de adicciones.

LE3-A3.3. Aprobar el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo.

LE3-A3.4. Elaborar la Ley de prevención de los efectos negativos del consumo de alcohol en menores.

LE3-A4. Promover la salud sexual desde un enfoque positivo, integral e inclusivo.

LE3-A4.1. Realizar acciones de formación, educación y promoción de la salud sexual integral dirigidas a la población (especial énfasis en población adolescente y juvenil y población en situación de vulnerabilidad).

LE3-A4.2. Implementar la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.

LE3-A5. Promover la prevención de enfermedades.

LE3-A5.1. Elaborar una estrategia nacional de vacunación y mejorar las coberturas de vacunación frente a enfermedades inmunoprevenibles.

LE3-A5.2. Desarrollar y promover los programas de cribado poblacional con fines preventivos.

LE3-A6. Fomentar que los entornos sean seguros para todas las personas.

LE3-A6.1. Informar y sensibilizar a la ciudadanía, profesionales y equipos decisores sobre prevención de lesiones no intencionales y violencia.

LE3-A6.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública en la prevención de lesiones no intencionales y eliminar cualquier tipo de violencia.

LE3-A7. Favorecer un medioambiente más saludable.

LE3-A7.1. Implementar el Plan Estratégico de Salud y Medioambiente (PESMA) y los programas de actuación que se deriven de él, con un enfoque de salud en todas las políticas y Una sola salud.

LE3-A7.2. Establecer un sistema de vigilancia de exposición a factores ambientales y sus efectos sobre la salud orientado a la intervención.

LE3-A8. Fomentar las intervenciones y programas de seguridad alimentaria.

LE3-A8.1. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública en el seguimiento del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025 (PNCOCA) con AESAN, coordinadora de este Plan, y aportar la información necesaria para evaluar resultados.

LE3-A8.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública en la implementación de la Estrategia «De la Granja a la Mesa».

LE3-A9. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles.

LE3-A9.1. Promover en el entorno educativo (infantil, primaria y secundaria) itinerarios concretos de promoción de la salud que incorporen conocimientos básicos y avanzados en estilos de vida o comportamientos relacionados con la salud saludables, seguros y sostenibles.

LE3-A9.2. Promover la creación, implementación y/o desarrollo de Redes de Escuelas Promotoras de la Salud (en consonancia con la red homóloga europea *Schools for Health in Europe Network*) y colaborar con la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS).

LE3-A10. Favorecer que el entorno local promueva la salud y el bienestar.

LE3-A10.1. Fomentar la salud, la equidad en salud, la participación comunitaria y los activos para la salud a través de la coordinación entre atención primaria, salud pública, los municipios y otras entidades locales supramunicipales, los barrios y la ciudadanía.

LE3-A10.2. Implementar estrategias intersectoriales y de todos los niveles de la Administración Pública que favorezcan los entornos saludables en el ámbito local, tanto urbano como rural.

LE3-A11. Facilitar un entorno laboral que garantice la seguridad y la protección de la salud y el bienestar de las personas.

LE3-A11.1. Implementar la Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2022-2027 y cuantas acciones se establezcan en el marco de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; así como las estrategias autonómicas en esta materia.
LE3-A11.2. Desarrollar el sistema de vigilancia en Salud Laboral (a nivel estatal y autonómico), que estará alineado con lo previsto en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo.

LE3-A12. Impulsar las acciones de salud pública en el entorno asistencial sanitario y los servicios sociales.

LE3-A12.1. Desarrollar políticas y programas de atención comunitaria para la promoción de la salud, la prevención y la detección precoz de enfermedades y de problemas de salud desde atención primaria en colaboración con salud pública.
LE3-A12.2. Elaborar e impulsar planes y estrategias que promuevan la cultura de seguridad del paciente y calidad de la atención y tiendan a disminuir la presencia de eventos adversos relacionados con la asistencia.
LE3-A12.3. Colaborar en el abordaje de la resistencia antimicrobiana y en la adecuación de la prescripción de antimicrobianos.

LE3-A13. Controlar la salud pública en las fronteras.

LE3-A13.1. Modernizar la sanidad exterior mediante la elaboración de un Plan Estratégico de sanidad exterior que contemple la digitalización y mejoras de la calidad de sus servicios, entre otros, así como su marco normativo, todo con la colaboración y conformidad del Ministerio de Política Territorial.
LE3-A13.2. Aumentar la participación de las autoridades de salud pública en los procesos de negociación de acuerdos sanitarios y certificación de la exportación con países terceros.
LE3-A13.3. Reforzar la participación y colaboración con *EU Healthy Gateways*.

Línea Estratégica 4. Promover la salud y la equidad en salud de la población a lo largo de la vida

Las acciones de salud pública son fundamentales para la población en su conjunto. A la vez, son necesarios enfoques específicos dirigidos a determinadas etapas de la vida de las personas y orientados a evitar y minimizar que se generen situaciones de vulnerabilidad en grupos de población, de modo que se consiga el mayor nivel de salud y calidad de vida en todo momento y la equidad en salud para todas las personas.

Metas

- Favorecer que la población tenga una vida saludable a lo largo de todas las etapas de la vida
- Favorecer la equidad en la salud de la población y en su bienestar
- Promover la participación en el desarrollo de programas de salud pública y salud comunitaria

Acciones prioritarias

Las acciones incluidas se nombrarán con LE4, que indica la línea Estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE4-A1, LE4-A2, etc.

LE4-A1. Fomentar la protección y promoción de una infancia y adolescencia activa y saludable.

LE4-A1.1. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las Administraciones para abordar la pandemia de obesidad infantil.

LE4-A1.2. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las Administraciones para prevenir y proteger a la población infantil y adolescente de cualquier tipo de violencia (Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes en el seno del CISNS entre otros).

LE4-A1.3. Fomentar el bienestar emocional en la población infantil y adolescente (Plan de Atención de Salud Mental 2022-2024 entre otros).

LE4-A1.4. Favorecer que la población infantil y adolescente participe en la promoción de su estado de salud.

LE4-A2. Fomentar la protección y promoción del envejecimiento activo y saludable.

LE4-A2.1. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las Administraciones para promover el envejecimiento activo y saludable, y el buen trato (Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la OMS, entre otros).

LE4-A2.2. Favorecer el abordaje de la cronicidad y prevenir la situación de fragilidad y el edadismo (Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad aprobada por la Comisión de Salud Pública, entre otros).

LE4-A2.3. Promover la coordinación entre los sistemas sanitarios, de servicios sociales y de salud pública y sociales para mejorar la atención integral de las personas mayores.

LE4-A3. Garantizar que las políticas de salud fomenten el abordaje equitativo de las necesidades de todas las personas.

LE4-A3.1. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las Administraciones para promover la equidad en la salud y el bienestar de la población (Estrategia Nacional de Equidad en Salud, entre otras).

LE4-A3.2. Prevenir la violencia contra las mujeres, promoviendo el buen trato y las relaciones igualitarias con acciones coordinadas con las Administraciones, educativa, sanitaria, servicios sociales y comunitarios.

LE4-A3.3. Colaborar con los organismos competentes para promover la accesibilidad universal y la eliminación de cualquier tipo de barreras, así como promover la autonomía personal, y la atención y protección a las personas en situación de dependencia.

LE4-A3.4. Implementar intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública acciones para promover la igualdad, inclusión y participación de la población en situación de vulnerabilidad en decisiones que afecten a su salud.

Implementación, seguimiento y evaluación

La **ESP 2022** se desarrollará a través de las acciones propuestas, muchas de las cuales están recogidas en documentos estratégicos sectoriales, planes y programas en el ámbito estatal, autonómico y local que se elaboren e implementen.

El seguimiento continuo y la evaluación bienal de la **ESP 2022** se realizarán por el futuro **Centro Estatal de Salud Pública** según quedó reflejado en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Para esto se tendrán en cuenta los indicadores seleccionados y/o elaborados específicamente para la **ESP 2022**. A continuación, se incluye una batería de los principales indicadores de resultados que evalúan aspectos globales de la salud de la población, así como un conjunto de indicadores específicos para cada línea estratégica y las acciones incluidas en cada una de ellas. Estos indicadores servirán para conocer en qué momento de las acciones nos encontramos, y pretenden permitir la observación de las tendencias de los datos en el tiempo.



Para llevar a cabo las evaluaciones bienales y la evaluación final, se ha elaborado una ficha de evaluación de indicadores, que los clasifica como: indicadores de estructura, de proceso y de resultado (Anexo 3).

Finalmente, los planes y estrategias que se han incluido en esta **ESP 2022** tienen su proceso de evaluación propio e independiente, que incluye indicadores u otras herramientas. Los informes anuales sobre la salud de la población española también servirán como instrumento de evaluación de la **ESP 2022** y permitirán analizar los avances en la reducción de desigualdades en salud.

Principales indicadores de resultados en salud de la población

Con carácter general, en línea con esta **ESP 2022** y el enfoque de género, se realizará la desagregación de datos por sexo en los indicadores donde proceda (indicadores sobre la salud de las personas, especialmente para cálculo de incidencias, prevalencias de procesos de enfermedad o estilos de vida).

De igual forma y con carácter general, los resultados de los indicadores deberán desagregarse por grupos etarios cuando la edad sea relevante para la toma de decisiones en salud pública. Cuando el tamaño muestral lo permita, los resultados deberán desagregarse por sexo y grupo etario.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
Esperanza de vida al nacimiento INE	Nº de años de vida que se esperan vivir al nacer	INE Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo (1414) (ine.es)_	Anual
Años de vida en buena salud 	Nº de años de vida en buena salud al nacer	Ministerio de Sanidad https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/vidaSaludable.htm	Anual
Estado de salud de la población INE	Porcentaje de personas de 15 y más años que describen su estado de salud como bueno o muy bueno	Ministerio de Sanidad; INE Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (ine.es)	Trienal
Defunciones por causa de muerte INE	Defunciones según la causa de muerte más frecuente	INE INEbase / Sociedad /Salud / Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos	Anual
Mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (Indicador ODS 3.4.1.) 	Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.4.1. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas (ine.es)	Anual
Tasa de mortalidad por suicidio (Indicador ODS 3.4.2.) 	Tasa de mortalidad por suicidio	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio (ine.es)	Anual
Limitación en las actividades de la vida cotidiana INE	Porcentaje de personas que indican limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Ministerio de Sanidad; INE Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (ine.es)	Trienal
Limitación en la movilidad INE	Porcentaje de personas que indican dificultad en la movilidad según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Ministerio de Sanidad; INE Dificultad en la movilidad según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (ine.es)	Trienal

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
Bienestar emocional INE	Porcentaje de personas que indican sintomatología depresiva de severidad moderada a grave según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Ministerio de Sanidad; INE Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (ine.es)	Trienal

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 1: Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población

LE1-A1. Establecer mecanismos eficaces de gobernanza de la salud pública y de coordinación transversal de salud en todas las políticas.

LE1-A2. Potenciar la presencia y participación española en los foros de decisión internacionales relacionados con la salud pública y fortalecer la colaboración internacional con los países de ingresos bajos y medianos.

LE1-A3. Crear un Centro Estatal de Salud Pública.

LE1-A4. Impulsar la evaluación de impacto en salud de las políticas.

LE1-A5. Potenciar los servicios de salud pública en el territorio nacional.

LE1-A6. Sistematizar la elección de actuaciones en salud pública en base a la mejor evidencia científica, buenas prácticas y cartera de servicios comunes de salud pública.

LE1-A7. Implementar una política de recursos humanos en salud pública que garantice la generación y retención del talento, el relevo generacional, la dimensión adecuada de los recursos humanos y el despliegue territorial necesario para afrontar los retos presentes y futuros con efectividad y calidad.

LE1-A8. Implementar una política de formación en salud pública.

LE1-A9. Fortalecer la investigación y la innovación en salud pública.

LE1-A10. Potenciar la comunicación y abogacía en salud pública.

Los indicadores incluidos se nombrarán con LE1, que indica la línea estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y un número, que indica la acción a la que pertenecen, y seguido de la letra I (indicador) y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE1-A1-I1, LE1-A1-I2, LE1-A1-I3, etc.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A1-I1. Comisión interministerial para fomentar la salud en todas las políticas	Se ha constituido una comisión interministerial en el ámbito de la Administración General del Estado para fomentar la salud en todas las políticas, que podrá tener grupos de trabajo en áreas específicas	Ministerio de Sanidad Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE1-A1-I2. Participación intersectorial en la Comisión de Salud Pública para fomentar la salud en todas las políticas	La Comisión de Salud Pública ha tenido participación intersectorial cuando se ha considerado oportuno para fomentar la salud en todas las políticas	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: N° de reuniones en las que ha habido una participación intersectorial en la Comisión de Salud Pública	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A1-I3. Órganos o alianzas intersectoriales en el ámbito autonómico y local para fomentar la salud en todas las políticas	Se promueve la creación de órganos intersectoriales en el ámbito autonómico y local para fomentar la salud en todas las políticas	CC.AA.; Administración Local Cuantitativo: (Nº de órganos intersectoriales creados / Nº total de CC.AA.) * 100 (Nº de órganos intersectoriales creados / Nº de Entidades Locales) * 100	Anual
LE1-A2-I1. Participación española en instituciones internacionales relacionadas con la salud pública	Número de organismos y foros internacionales relacionados con la salud pública donde España tiene representación	Ministerio de Sanidad Numérica: Nº de organismos internacionales relacionados con la salud pública donde España ha tenido representación Nº de foros internacionales relacionados con la salud pública donde España ha sido representada	Anual
LE1-A3-I1. Centro Estatal de Salud Pública	Se ha creado por Ley el Centro Estatal de Salud Pública	Publicación en BOE del texto legislativo de su creación Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE1-A4-I1. Metodología para la evaluación de impacto en salud de las políticas	Se ha desarrollado una metodología para la evaluación de impacto en salud de las políticas según se refleja en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso Incluye la elaboración de un texto/manual con dicha metodología	Anual hasta consecución
LE1-A4-I2. Red de asesoramiento en impacto en salud de las políticas	Existe una red de asesoramiento coordinada con las CC.AA. para facilitar la evaluación del impacto en salud de las intervenciones de carácter no sanitario y el enfoque de salud en todas las políticas	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso Incluye realizar un informe descriptivo sobre el número y tipo de organismos que integran la red y profesionales que la integran (información desagregada por sexo)	Anual hasta consecución
LE1-A5-I1. Cartera de servicios comunes de salud pública	Se ha actualizado la Cartera de servicios comunes de salud pública mediante la modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización	Publicación en BOE Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A5-I2. Control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública	Se ha trabajado intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para promover y homogeneizar en todo el territorio las funciones de control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública (alimentaria y ambiental por lo menos, y en frontera y en territorio nacional)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: Nº de acciones realizadas para la promoción del control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública Nº de acciones realizadas para la homogeneización del control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública	Anual
LE1-A5-I3. Estructura orgánica de los servicios de salud pública	Se ha realizado un informe sobre la definición de la estructura orgánica básica de los Servicios de Salud Pública para todo el territorio nacional (con inclusión de los servicios de medicina preventiva y salud pública de los centros hospitalarios, centros de atención primaria, servicios locales de salud pública, etc.)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE1-A6-I1. Sistematización de elección de actuaciones en salud pública	Se ha establecido un método de sistematización para la elección de las actuaciones en salud pública que tiene en cuenta: a) la mejor evidencia científica y buenas prácticas en salud pública, b) la cartera de servicios comunes de salud pública	Ministerio de Sanidad Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual hasta
LE1-A6-I2. Equidad en las actuaciones de salud pública	Se realiza un análisis de equidad con la herramienta "Lista de chequeo para el análisis de la equidad en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de Salud" del Ministerio de Sanidad u otra cuando se elaboran estrategias, programas y actividades de salud pública, independientemente de la Administración Pública que las elabore	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de estrategias, programas y actividades de salud pública que han realizado análisis de la equidad / Nº de estrategias, programas y actividades de salud pública elaboradas) * 100 (desagregar por nivel general, autonómico y local)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A7-I1. Grupo de trabajo para política de recursos humanos en salud pública	Se ha constituido un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del CISNS para elaborar una propuesta de política de recursos humanos	Comisión de Recursos Humanos del CISNS Cualitativo: sí/no/en proceso (Explicitar cómo ha incorporado en su formulación y evaluación la perspectiva de género, siguiendo lo indicado en la Estrategia Europea de Igualdad 2022-2025)	Semestral hasta consecución
LE1-A7-I2. Propuesta de Política de recursos humanos en salud pública	La Comisión de Recursos Humanos del CISNS ha elaborado una propuesta de política de recursos humanos antes de la finalización del primer semestre de 2023	Comisión de Recursos Humanos del CISNS Cualitativo: sí/no/en proceso	Julio de 2023; si no se cumpliera, semestral hasta consecución
LE1-A7-I3. Homologación de títulos universitarios en el ámbito de la salud pública	Se promueve la agilización del procedimiento de homologación de los títulos universitarios del ámbito de salud pública	Ministerio de Universidades; Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de solicitudes de homologación de estudios universitarios relacionados con la salud pública que han sido tramitadas y resueltas / Nº de solicitudes de homologación de estudios universitarios relacionados con la salud pública) * 100	Anual
LE1-A8-I1. Competencias básicas y óptimas para trabajar en salud pública	Se ha realizado un análisis de competencias básicas y óptimas para trabajar en salud pública, en sus diferentes áreas y los niveles de la Administración Pública	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso Se ha realizado un informe al respecto	Anual hasta consecución
LE1-A8-I2. Itinerario de formación continuada en salud pública	Se ha desarrollado un itinerario de formación continuada en salud pública para profesionales de la salud a través de la Escuela Nacional de Sanidad, u otros centros formativos en salud pública una vez que se haya realizado el análisis de competencias básicas y óptimas para trabajar en salud pública	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A8-I3. Formación internacional en salud pública	Se fomenta la participación de profesionales de la salud pública en organismos internacionales para adquirir formación en salud pública	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de profesionales de la salud pública de la Administración General de Estado que han participado en organismos internacionales para adquirir formación en salud pública / Nº de profesionales de la salud pública de la Administración General del Estado) * 100	Anual
LE1-A8-I4. Conocimiento transversal en salud pública	Se colabora con las Universidades y los Centros de Formación Profesional para impulsar de forma transversal el conocimiento relacionado con la salud pública en todos los estudios de ciencias de la salud y de formación profesional de la rama sanitaria y de los servicios sociales	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Universidades; Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA. Porcentaje: (Nº de estudios universitarios de Ciencias de la Salud incluyen formación transversal en salud pública / Nº de estudios universitarios en Ciencias de la Salud) * 100 (Nº de estudios de formación profesional de rama sanitaria y servicios sociales incluyen formación transversal en salud pública / Nº de estudios de formación profesional de rama sanitaria y servicios sociales) * 100	Anual
LE1-A9-I1. Mapa nacional de investigación en salud pública	Se ha realizado un mapa nacional de las estructuras de investigación acreditadas que incluyen la salud pública en sus áreas de investigación, que se actualiza anualmente	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); Ministerio de Universidades Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual
LE1-A9-I2. Sistemática de priorización de la investigación en salud pública	Se ha creado una sistemática de priorización de necesidades de investigación en las áreas en salud pública, en coordinación con la Acción Estratégica en Salud, dentro de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII) Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A9-I3. Traslación de la investigación en salud pública a la toma de decisiones	Los resultados de la investigación en salud pública se trasladan a la toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Porcentaje: (Nº de proyectos de investigación en salud pública financiados que han generado innovación en la toma de decisiones (verificado por evidencias documentadas) / Nº de proyectos de investigación en salud pública financiados en el mismo periodo) * 100 (nivel general y autonómico)	Anual (para proyectos finalizados en los tres años anteriores al de medición)
LE1-A9-I4. Formación en investigación en salud pública	Se fomenta la formación en investigación en profesionales de la salud pública	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Porcentaje: (Nº de profesionales de la salud pública que participan en programas post-doctorales vinculados a la certificación R3 / Nº total de personas que participan en los citados programas) * 100	Anual
LE1-A9-I5. Equidad en la investigación en salud pública	Se incluye la perspectiva de género, cultural y de conducta, país de origen o nacionalidad, los ejes socioeconómico, y geográfico/territorial en las líneas de investigación en salud pública con financiación pública competitiva	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Porcentaje: (Nº de convocatorias de investigación con financiación pública competitiva que incluyen la perspectiva de género, cultural y de conducta, país de origen o nacionalidad, los ejes socioeconómico, y geográfico/territorial en el ámbito de salud pública / Nº de convocatorias de investigación con financiación pública competitiva con área de salud pública) * 100 (nivel general y autonómico)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE1-A9-I6. Investigación con CIF en salud pública	Se utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como herramienta para investigar, describir y clasificar la salud y las dimensiones relacionadas con ella	Ministerio de Ciencia e Innovación; CC.AA. Porcentaje: (Nº de proyectos de investigación en salud financiados que incluyen la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como herramienta para clasificar la salud y sus dimensiones / Nº de proyectos de investigación en salud financiados) * 100 (nivel general y autonómico)	Anual
LE1-A10-I2. Detección sistemática de la desinformación en salud pública	Establecer un sistema estandarizado de detección, limitación y rectificación de la desinformación ligada a las campañas que promuevan intereses contrarios a los de la salud pública (publicidad con pretendida finalidad sanitaria) o noticias falsas	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE1-A10-I1. Estrategia común de comunicación en salud pública	Se ha elaborado una estrategia común de comunicación en salud pública, que incluya: a) el diseño de un procedimiento de difusión pública de los resultados en salud pública, b) el establecimiento de alianzas con los agentes formales (medios de comunicación) e informales (grupos de influencia social, redes sociales, etc.)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 2: Actualizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud

LE2-A1. Desarrollar e implementar la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

LE2-A2. Mejorar la monitorización y gestión de los programas de vacunación.

LE2-A3. Mejorar la respuesta ante las amenazas que supongan un riesgo para la salud pública a nivel local, regional, nacional e internacional.

Los indicadores incluidos se nombrarán con LE2, que indica la línea estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y un número, que indica la acción a la que pertenecen, y seguido de la letra I (indicador) y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE2-A1-I1, LE2-A1-I2, LE2-A1-I3, etc.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE2-A1-I1. Cumplimiento de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública	Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos propuestos en las Líneas Estratégicas de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de objetivos de las Líneas Estratégicas de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública cumplidos / Nº de objetivos de las Líneas Estratégicas de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública) * 100	Bienal
LE2-A2-I1. Sistema de información de vacunaciones e inmunizaciones (SIVAIN)	Se ha desarrollado un sistema nacional de información de las vacunaciones e inmunizaciones administradas y registradas en las personas que residen en España	Ministerio de Sanidad; CC.AA. y otros organismos Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE2-A2-I2. Interoperatividad del sistema de información de vacunaciones e inmunizaciones (SIVAIN)	Las CC.AA. y organismos participantes han adaptado sus sistemas de información para poder nutrir de datos al SIVAIN	Ministerio de Sanidad; CC.AA. y otros organismos Porcentaje: (Nº de CC.AA. que han adaptado su sistema de información al SIVAIN / Nº total de CC.AA.) * 100 (Nº de organismos participantes que han adaptado su sistema de información al SIVAIN / Nº total de organismos participantes) * 100	Bienal a partir de que se cumpla el indicador I2.2.1.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE2-A2-I3. Realización de estudios de seroprevalencia	Se realiza un estudio de seroprevalencia durante la vigencia de la ESP 2022 para conocer la situación inmune de la población frente a enfermedades inmunoprevenibles y otras de importancia para la salud pública	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar el 2026
LE2-A3-I1. Desarrollo del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública	Se ha desarrollado el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, integrado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, garantizando la coordinación de todos los organismos y actores para que se produzca una adecuada detección precoz y respuesta rápida ante las alertas de salud pública	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: Si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE2-A3-I2. Capacidad y preparación para emergencias de salud (Indicador ODS 3.d.1.) 	Nuestro territorio cuenta con la capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) y preparación para emergencias de salud (media de las puntuaciones de las 13 capacidades principales)	Ministerio de Sanidad; INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.d.1. Capacidad prevista en el RSI y preparación para emergencias de salud (ine.es)	Anual
LE2-A3-I3. Cumplimiento de Decisión nº 1082/2013/UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud	Nuestro territorio cumple con lo contenido en la Decisión nº 1082/2013/UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual
LE2-A3-I4. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias	Se ha elaborado un Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias (con un alcance multisectorial/multinivel, interdisciplinar y enfoque de equidad) que incluya formación, realización de simulacros y establecimiento de una reserva estratégica de material sanitario	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE2-A3-I5. Simulacros para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias	Se realizan simulacros según lo establecido en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias y se difunden los resultados entre profesionales de la salud pública	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: Nº de simulacros realizados (desagregar por Administración General del Estado y CC.AA.)	Anual
LE2-A3-I6. Equipos para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias	Se han creado equipos intersectoriales/interdisciplinarios/multinivel para la respuesta a emergencias en salud pública 24 horas/día y 365 días/año (incluye sanidad exterior, sanidad ambiental, etc.)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE2-A3-I7. Reserva estratégica para emergencias en salud pública	Se ha establecido una reserva estratégica que garantice: a) la disponibilidad de material sanitario estratégico para la atención a personas afectadas por amenazas para la salud b) la existencia de equipos de protección personal para minimizar los riesgos de exposición de profesionales de los servicios sanitarios, sociales y de salud pública	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Defensa; Ministerio de Interior Cualitativo: si/no/en proceso (para los apartados a y b)	Anual

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 3: Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida, prevención de enfermedades y entornos saludables, seguros y sostenibles

LE3-A1. Promover y favorecer una alimentación saludable.

LE3-A2. Fomentar la actividad física y reducir el sedentarismo.

LE3-A3. Fomentar políticas/iniciativas tendentes a disminuir el consumo de tabaco, alcohol y resto de adicciones relacionadas o no con sustancias.

LE3-A4. Promover la salud sexual desde un enfoque positivo, integral e inclusivo.

LE3-A5. Promover la prevención de enfermedades.

LE3-A6. Fomentar que el entorno sea seguro para todas las personas.

LE3-A7. Favorecer un medioambiente más saludable.

LE3-A8. Fomentar las intervenciones y programas de seguridad alimentaria.

LE3-A9. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles.

LE3-A10. Favorecer que el entorno local promueva la salud y el bienestar.

LE3-A11. Facilitar un entorno laboral que garantice la seguridad y la protección de la salud y el bienestar de las personas.

LE3-A12. Impulsar las acciones preventivas de salud pública en el entorno asistencial sanitario y de los servicios sociales.

LE3-A13. Controlar la salud pública en las fronteras.

Los indicadores incluidos se nombrarán con LE3, que indica la línea estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y un número, que indica la acción a la que pertenecen, y seguido de la letra I (indicador) y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE3-A1-I1, LE3-A1-I2, LE3-A1-I3, etc.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A1-I1. Alimentación con lactancia materna INE	Porcentaje de lactancia materna (natural y mixta) por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia	Ministerio de Sanidad; INE; CC.AA. Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración. 2017 (ine.es)	Trienal
LE3-A1-I2. Alimentación con lactancia materna exclusiva hasta 3 meses INE	Porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de edad por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia	Ministerio de Sanidad; INE; CC.AA. Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración. 2017 (ine.es)	Trienal

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A1-I3. Alimentación con lactancia materna exclusiva hasta 6 meses INE	Porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia	Ministerio de Sanidad; INE; CC.AA. Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración. 2017 (ine.es)	Trienal
LE3-A1-I4. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna	Los centros sanitarios de las CC.AA. incluyen en sus contratos programa el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de centros sanitarios que integran en sus contratos programa el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna / Nº de centros sanitarios) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A1-I5. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2022-2032	Colaborar en la implementación de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2022-2032 (ENSAN 2022-2032)	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Consumo (AESAN); CC.AA. Cuantitativo: Nº de acciones en las que el Ministerio de Sanidad y las CC.AA. han colaborado con la AESAN para el cumplimiento de la ENSAN 2022-2032 (desagregar por Administración General del Estado y CC.AA.)	Anual
LE3-A1-I6. Consumo de fruta, verduras, ensaladas y hortalizas INE	Porcentaje de población que consume frutas, verdura, ensaladas y hortalizas a diario, menos de una vez a la semana y nunca	Ministerio de Sanidad; INE Consumo de fruta, verduras, ensaladas y hortalizas según grupos de edad y periodo (ine.es)	Bienal
LE3-A1-I7. Comedores escolares	Se fomenta la apertura de comedores escolares con independencia del modelo de jornada de los centros educativos para garantizar el acceso de la población infantil a una comida saludable al día	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA. Porcentaje: (Nº de centros educativos con comedor escolar / Nº de centros educativos) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A1-I8. Protección infantil y adolescente frente a la publicidad de alimentos y bebidas no saludables	Se ha tramitado (AESAN) una norma legal orientada al refuerzo de la protección del menor, limitando la publicidad de alimentos y bebidas, en coherencia con la Directiva 2018/1808 del Parlamento Europeo y del Consejo (Directiva de servicios de comunicación audiovisual)	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Consumo (AESAN); CC.AA. Cualitativo: Si/no/en proceso	Anual
LE3-A2-I1. Información y sensibilización sobre la actividad física beneficiosa para la salud	Colaborar de forma intersectorial, interdisciplinar y en todos los niveles de la Administración Pública para informar y sensibilizar a la población sobre la actividad física beneficiosa para la salud	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Educación y Formación Profesional; Ministerio de Universidades; Ministerio de Cultura y Deporte; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de campañas/ acciones informativas y de sensibilización sobre la actividad física beneficiosa para la salud (desagregar por nivel general, autonómico y local)	Anual
LE3-A2-I2. Caminos escolares saludables, seguros y activos	Los municipios desarrollan e implementan un plan de caminos escolares saludables, seguros y activos que fomente la actividad física en la población infantil y adolescente en coordinación con el Programa STARS de la DGT	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (DGT); CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de municipios que han desarrollado un plan de caminos escolares saludables, seguros y activos / Nº total de municipios) * 100	Anual
LE3-A2-I3. Uso de la bicicleta en los desplazamientos habituales INE	Porcentaje de población que utiliza la bicicleta en sus desplazamientos habituales	Ministerio de Sanidad; INE Utilización de la bicicleta para desplazarse según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (ine.es)	Trienal
LE3-A2-I4. Caminar como modo de desplazamiento INE	Porcentaje de población que realiza sus desplazamientos caminando	Ministerio de Sanidad; INE Número de días a la semana en los que camina para desplazarse según sexo y comunidad autónoma (ine.es)	Trienal
LE3-A2-I5. Nivel de actividad física en la población INE	Nivel de actividad (alto, moderado, bajo) que realiza la población	Ministerio de Sanidad; INE Nivel de actividad física según sexo y grupo de edad. Población de 15 a 69 años. Coeficiente de variación (ine.es)	Quinquenal (ENSE), y según la periodicidad del resto de encuestas

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A2-I6. Uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación	Se favorece el uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación en la población infantil y adolescente	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior; Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de centros educativos que han realizado acciones formativas sobre uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación / Nº de centros educativos) * 100 (desagregar por CC.AA. y municipios)	Anual
LE3-A3-I1. Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024	Grado de cumplimiento de los objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100	Anual
LE3-A3-I2. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo	Se ha aprobado el Plan Integral de Prevención y control del Tabaquismo, que pretende lograr una política de prevención y control integral del tabaquismo acorde con los estándares y recomendaciones actuales	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A3-I3. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo	Se implementan las medidas propuestas en el Plan Integral de Prevención y control del Tabaquismo una vez aprobado	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de medidas cumplidas / Nº de medidas) * 100	Anual a partir de la publicación del Plan
LE3-A3-I4. Programa de cesación del tabaquismo	Se ha elaborado un programa de cesación del tabaquismo para centros sanitarios para que la prestación sea homogénea en todo el territorio	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de centros sanitarios que implementan los mismos programas de cesación del tabaquismo / Nº de centros sanitarios) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual hasta consecución
LE3-A3-I5. Campañas de concienciación y sensibilización para prevenir el inicio del consumo de tabaco en la población adolescente y juvenil	Se han realizado campañas de concienciación y sensibilización para prevenir el inicio en el consumo de tabaco en la población adolescente y juvenil	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de campañas de concienciación y sensibilización realizadas (desagregar por nivel general, autonómico y local)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A3-I6. Trabajo intersectoriales para la prevención del consumo de alcohol	Se han creado grupos de trabajo intersectoriales para abordar el consumo de alcohol como una prioridad de salud pública	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A3-I7. Formación en prevención y abordaje del consumo del alcohol	Se ha realizado formación en prevención y abordaje del consumo de alcohol a profesionales del entorno sanitario y de los servicios sociales	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Numérico: Nº de cursos realizados; Nº de profesionales del entorno sociosanitario formados (ambos desagregar por nivel general y autonómico)	Anual
LE3-A3-I8. Consejo breve e intervención en consumo de riesgo de alcohol	Se ha elaborado un documento sobre consejo breve e intervención en consumo de riesgo de alcohol	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A3-I9. Divulgación sobre el consumo del alcohol	Se han elaborado materiales y recursos (infografías, videos y otros materiales divulgativos) dirigidas a prevenir el consumo de alcohol en la población	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Numérico: Nº de infografías; Nº de vídeos; Nº de otros materiales divulgativos (desagregar por nivel general y autonómico)	Anual
LE3-A3-I10. Ley de prevención de los efectos negativos del consumo de alcohol en menores	Se ha aprobado la Ley de prevención de los efectos negativos del consumo de alcohol en menores	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A3-I11. Prevención del consumo de alcohol en el embarazo	Se han elaborado medidas para prevenir el consumo de alcohol durante el embarazo	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII) Porcentaje de gestantes que no consumen alcohol durante el embarazo (controles del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas - ECEMC)	Anual
LE3-A3-I12. Definición de términos relacionados con el consumo de alcohol	Se ha elaborado un documento que contenga definiciones consensuadas de términos relacionados con el consumo de alcohol en línea con el glosario de alcohol y drogas de la OMS	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A3-I13. Iniciativa SAFER de la OMS para la disminución del consumo de alcohol	Se ha impulsado la implementación de las acciones propuestas en la Iniciativa SAFER de la OMS	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de acciones implementadas / Nº de acciones) *100	2004 y 2006

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A3-I14. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (Indicador ODS 3.5) 	Se han contabilizado las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva (diferente del alcohol), en un centro de tratamiento	Ministerio de Sanidad Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Subindicador 3.5.1.2. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (ine.es)	Anual
LE3-A3-I15. Prevalencia de consumo actual de tabaco (Indicador ODS 3.a.1.) 	Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)	Ministerio de Sanidad; INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.a.1. Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas) (ine.es)	Trienal
LE3-A3-I16. Consumo diario de tabaco en población de 15 y más años	Porcentaje de personas de 15 y más años que consumen tabaco diariamente	Ministerio de Sanidad Encuesta Nacional de Salud de España 2017	Trienal
LE3-A3-I17. Consumo nocivo de alcohol (Indicador ODS 3.5.2.) 	Consumo nocivo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro	Ministerio de Sanidad; INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.5.2. Consumo nocivo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro (ine.es)	Trienal
LE3-A3-I18. Consumo de cannabis	Población que consume cannabis a diario	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de personas de 15-64 años que han consumido cannabis diario en los últimos 30 días / Nº de personas de 15-64 años) * 100	Anual
LE3-A4-I1. Formación, educación y promoción de la salud sexual integral	Se han elaborado medidas para la formación, educación y promoción de la salud sexual integral dirigidas tanto a la población general como a población en situación de vulnerabilidad	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: Nº de medidas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y las CC.AA.	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A4-I2. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud	Se trabaja en la implementación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A5-I1. Plan nacional de vacunación	Se ha elaborado un plan nacional de vacunación aprobado por la Comisión de Salud Pública antes de la finalización de 2025, que incluye los compromisos y objetivos internacionales en materia de vacunación, y los recursos y asesoramiento necesarios para su implementación	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A5-I2. Comité Nacional Asesor de Vacunación	Se ha creado un Comité Nacional Asesor de Vacunación que cumple con los requisitos establecidos por la OMS y la UE para los Comités Nacionales Asesores de Vacunación	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso Porcentaje (una vez cumplido el anterior): (Nº de requisitos incluidos / Nº de requisitos establecidos por la OMS) * 100 (Nº de requisitos incluidos / Nº de requisitos establecidos por la UE) * 100	Anual
LE3-A5-I3. Coberturas de vacunación (Indicador ODS 3.b.1.) 	Proporción de la población que ha recibido las vacunas incluidas en el calendario de vacunación a lo largo de la vida	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.b.1. Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional (ine.es)	Anual
LE3-A5-I4. Cobertura de vacunación en la población infantil	Se promueven intersectorialmente, interdisciplinariamente, y en todos los niveles de la Administración Pública acciones para mantener coberturas de primovacunación y dosis de recuerdo 95%	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cobertura poblacional para todas las vacunas incluidas en el Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida (desagregar por CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A5-I5. Promoción de la vacunación antigripal en la población	Se promueven intersectorialmente, interdisciplinariamente, y en todos los niveles de la Administración Pública acciones para cumplir con las indicaciones de la vacunación antigripal incluidas en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: N° de acciones realizadas para promover la vacunación antigripal en la población (desagregar por nivel general, autonómico y local)	Anual
LE3-A5-I6. Cribado neonatal de hipoacusia, enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades infecciosas y anomalías cromosómicas del Sistema Nacional de Salud	Se ha trabajado para implementar los programas de cribado neonatal de hipoacusia, enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades infecciosas y anomalías cromosómicas del Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: % de cobertura del programa de cribado neonatal de hipoacusia % de cobertura del programa de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas % de cobertura del programa de cribado de enfermedades infecciosas % de cobertura del programa de cribado de anomalías cromosómicas (todos desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A5-I7. Cribado de cáncer	Se ha trabajado para implementar los programas de cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix del Sistema Nacional de Salud para alcanzar la máxima cobertura en la población diana	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: % de cobertura del programa de cribado de cáncer de mama del Sistema Nacional de Salud % de cobertura del programa de cribado de cáncer colorrectal del Sistema Nacional de Salud % de cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix del Sistema Nacional de Salud (para todos desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A5-I8. Cribado de cáncer	Se ha desarrollado un sistema de información nacional para los programas de cribado de cáncer del Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A6-I1. Información y sensibilización sobre prevención de lesiones no intencionales y violencia	Se han elaborado medidas para informar y sensibilizar a la ciudadanía, profesionales y decisores sobre prevención de lesiones no intencionales y violencia	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: N° de medidas elaboradas (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A6-I2. Seguridad vial	Se ha colaborado intersectorialmente para implementar la Estrategia de Seguridad Vial 2030 de la Dirección General de Tráfico	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (DGT); CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de objetivos en los que se ha colaborado / Nº de objetivos) *100 (desagregar por Ministerio de Sanidad, CC.AA. y Administración Local y FEMP)	Anual
LE3-A6-I3. Centros de reconocimiento de conductores	Se ha actualizado el Protocolo de exploración médico-psicológica para los Centros de Reconocimiento de Conductores	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (DGT) Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A6-I4. Prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas	Se ha realizado un mapeo de los agentes, recursos y protocolos elaborados dirigidos a la prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A6-I5. Prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas	Se trabaja intersectorialmente y en todos los niveles para implementar medidas dirigidas a la prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas, y la reincidencia	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (DGT); CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de medidas implementadas (desagregar por nivel general y autonómico)	Anual
LE3-A6-I6. Violencia en la población (Indicador ODS 16.1.3.) 	Proporción de la población que ha sufrido a) violencia física, b) violencia psicológica y c) violencia sexual en los últimos 12 meses	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas - Indicador 16.1.3. Proporción de la población que ha sufrido a) violencia física, b) violencia psicológica y c) violencia sexual en los últimos 12 meses (ine.es)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A6-I7. Violencia sexual en la población (Indicador ODS 16.2.3.) 	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 18 a 29 años que sufrieron violencia sexual antes de cumplir los 18 años	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas - Indicador 16.2.3. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 18 a 29 años que sufrieron violencia sexual antes de cumplir los 18 años (ine.es)	Anual
LE3-A6-I8. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.1.) 	Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Indicador 5.2.1. Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad (ine.es)	Anual
LE3-A6-I9. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.2.) 	Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad y lugar del hecho	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Indicador 5.2.2. Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad y lugar del hecho (ine.es)	Anual
LE3-A6-I10. Notificación de incidencias acuáticas	Se ha actualizado el Sistema de notificación de incidencias acuáticas (AQUATICUS)	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A6-I11. Ahogamientos, sumersión y sofocación accidentales 	Tasa de defunciones atribuidas a ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales en la población	INE Tasas de mortalidad por causas externas. 2019 (ine.es)	Anual
LE3-A6-I12. Caídas accidentales 	Tasa de caídas accidentales en la población	INE Tasas de mortalidad por causas externas. 2019 (ine.es)	Anual
LE3-A6-I13. Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	Tasa de defunciones atribuidas al envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	Ministerio de Sanidad Datos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)	Anual
LE3-A6-I14. Mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico (Indicador ODS 3.6.1.) 	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.6.1. Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico (ine.es)	Anual
LE3-A7-I1. Plan Estratégico de Salud y Medioambiente (PESMA)	Se implementa el Plan Estratégico de Salud y Medioambiente	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso Publicación de informe anual con la Batería de indicadores contenidos en el PESMA	Anual
LE3-A7-I2. Implementación de un sistema de vigilancia de exposición a factores ambientales y sus efectos sobre la salud	Diseño de un sistema de vigilancia de exposición a diversos factores ambientales y sus efectos sobre la salud	Ministerio de Sanidad; Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A7-I3. Suministro de agua potable (Indicador ODS 6.1.1.) 	Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos - Indicador 6.1.1. Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos (ine.es)	Anual


Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A7-I4. Tratamiento adecuado de aguas residuales (Indicador ODS 6.3.1.) 	Proporción de los flujos de aguas residuales domésticas e industriales tratados de manera adecuada	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos - Indicador 6.3.1. Proporción de los flujos de aguas residuales domésticas e industriales tratados de manera adecuada (ine.es)	Anual
LE3-A7-I5. Residuos urbanos reciclados (Indicador ODS 11.6.1.4.) 	Proporción de residuos urbanos reciclados con respecto al total de residuos municipales generados, desglosada por ciudad	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles - Indicador 11.6.1. Proporción de residuos sólidos municipales recogidos y administrados en instalaciones controladas con respecto al total de residuos municipales generados, desglosada por ciudad (ine.es)	Anual
LE3-A7-I6. Cumplimiento de acuerdos ambientales sobre desechos peligrosos y otros productos químicos (Indicador ODS 12.4.1.) 	Número de partes en los acuerdos ambientales multilaterales internacionales sobre desechos peligrosos y otros productos químicos que cumplen sus compromisos y obligaciones de transmitir información como se exige en cada uno de esos acuerdos	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles - Indicador 12.4.1. Número de partes en los acuerdos ambientales multilaterales internacionales sobre desechos peligrosos y otros productos químicos que cumplen sus compromisos y obligaciones de transmitir información como se exige en cada uno de esos acuerdos (ine.es)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A7-I7. Ruidos producidos por vecinos o del exterior (Indicador ODS 11.1.1) 	Proporción de personas que viven en hogares con problemas de ruidos producidos por vecinos o del exterior	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles - Indicador 11.1.1. Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales, asentamientos informales o viviendas inadecuadas (ine.es)	Anual
LE3-A7-I8. Niveles de partículas finas en las ciudades (Indicador ODS 11.6.2.) 	Niveles medios anuales de partículas finas (por ejemplo, PM2.5 y PM10) en las ciudades (ponderados según la población)	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles - Indicador 11.6.2. Niveles medios anuales de partículas finas (por ejemplo, PM2.5 y PM10) en las ciudades (ine.es)	Anual
LE3-A8-I1. Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025	El Ministerio de Sanidad contando con la participación del Ministerio de Política Territorial ha desarrollado los 4 programas referentes a sus competencias en materia de sanidad exterior para la implementación del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Política Territorial Cualitativo: si/no/en proceso Programa 1. Control oficial de mercancías de uso o consumo humano procedentes de terceros países Programa 2. Control oficial de partidas desprovistas de carácter comercial procedentes de terceros países Programa 3. Control de residuos de cocina de medios de transporte internacional Programa 4. Designación y supervisión de las instalaciones fronterizas de control o almacenamiento sanitario de mercancías	Anual


Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A8-I2. Estrategia «De la Granja a la Mesa»	Se ha colaborado con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición en la implementación de la Estrategia «De la Granja a la Mesa» (Ministerio de Sanidad con la participación del Ministerio de Política Territorial, CC.AA.)	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Consumo (AESAN); CC.AA. Porcentaje: (Nº de acciones en las que se ha colaborado / Nº de acciones) * 100 (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual
LE3-A9-I1. Red de Escuelas Promotoras de Salud en España	Se ha creado la Red de Escuelas Promotoras de Salud en España en línea con la red homóloga europea Schools for Health in Europe Network	Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA. Cualitativo: Si/no/en proceso	Anual
LE3-A9-I2. Elaboración de la Guía de Escuelas Promotoras de Salud	Se ha elaborado la Guía de Escuelas Promotoras de Salud	Ministerio de Sanidad, otros departamentos ministeriales, CC.AA. Cualitativo: Si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A9-I3. Red Autonómica de Escuelas Promotoras de Salud	Las CC.AA. han constituido una Red Autonómica de Escuelas Promotoras de Salud	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA. Porcentaje: (Nº de CC.AA. con Red Autonómica de Escuelas Promotoras de Salud / Nº de CC.AA.) * 100	Anual
LE3-A9-I4. Estudio de las conductas de salud de los adolescentes escolarizados	Se ha realizado el estudio de las conductas de salud de los adolescentes escolarizados y su contexto (en el marco del estudio de OMS Health Behaviour in School-aged Children - HBSC)	Ministerio de Sanidad Cualitativo: Si/no/en proceso	Antes de finalizar 2026
LE3-A10-I1. Salud y participación comunitaria	Se fomenta la salud y la participación comunitaria a través de: a) elaboración de proyectos de acción comunitaria, b) creación de redes comunitarias y de participación ciudadana, c) formación de los agentes de salud comunitaria	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: a) Nº de proyectos de acción comunitaria; b) Nº de redes comunitarias y de participación ciudadana; c) Nº de cursos de formación para agentes de salud comunitaria (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A10-I2. Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud	Las entidades locales se han adherido a la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de entidades locales adheridas a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud / Nº de entidades locales) * 100	Anual
LE3-A10-I3. Red Española de Ciudades Saludables	Se han adherido entidades locales a la Red Española de Ciudades Saludables (alineado con la European Healthy Cities Network)	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de entidades locales adheridas a las Red Española de Ciudades Saludables / Nº de entidades locales) * 100	Anual
LE3-A10-I4. Información sobre salud urbana	Las entidades locales disponen de información de algún indicador de salud urbana	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de entidades locales con indicadores de salud urbana / Nº de entidades locales) * 100	Anual
LE3-A10-I5. Plan de Recuperación: 130 Medidas ante el Reto Demográfico	Se ha colaboración en la implementación de los Ejes de Acción 7 y 8 del Plan de Recuperación: 130 Medidas ante el Reto Demográfico del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico	Ministerio de Sanidad; Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de acciones del Eje 7 en las que el Ministerio de Sanidad ha colaborado / Nº de acciones del Eje 7) * 100 (Nº de acciones del Eje 8 en las que el Ministerio de Sanidad ha colaborado / Nº de acciones del Eje 8) * 100	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A11-I1. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2022-2027	Se está implementando la Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2022-2027	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Trabajo y Economía Social (Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo); CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A11-I2. Medidas de protección y promoción de la salud en el trabajo	La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo elabora actuaciones para la protección y promoción de la salud en el trabajo	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Trabajo y Economía Social (Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) Cuantitativo: Nº de actuaciones elaboradas por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para la protección y promoción de la salud	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A11-I3. Lugares de trabajo saludables y seguros	Se trabaja intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para implementar las acciones elaboradas por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para fomentar la salud y seguridad en los lugares de trabajo	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Trabajo y Economía Social (INSST); CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de actuaciones implementadas / Nº de actuaciones elaboradas) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A11-I4. Vigilancia en Salud Laboral	Se ha diseñado un sistema de vigilancia en Salud Laboral para los niveles general y autonómico (que incluya la declaración de sospechas de enfermedad profesional)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A11-I5. Programa Integral de Vigilancia de la Salud de las personas trabajadoras expuestas al amianto (PIVISTEA)	Se implementa el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de las personas trabajadoras expuestas al amianto	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A11-I6. Vigilancia post-ocupacional de la salud	Se ha elaborado un estudio sobre los programas de vigilancia post-ocupacional de la salud que requieran ser implementados	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A12-I1. Programas de Consejo integral en estilo de vida	Se han elaborado programas de Consejo integral en estilo de vida para utilizar en atención primaria	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso (desagregar por CC.AA.)	Anual hasta consecución
LE3-A12-I2. Consejo integral en estilo de vida	Se utiliza el Consejo integral en estilo de vida para las personas que acuden a consulta de atención primaria	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de personas que acuden a consulta y reciben Consejo integral en estilo de vida / Nº de personas que acuden a consulta) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A12-I3. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia - IHAN	Se trabaja para aumentar el número de centros sanitarios con acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia - IHAN	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativo: (Nº de hospitales con acreditación IHAN / Nº de hospitales) * 100 (por CC.AA.) (Nº de centros de atención primaria con acreditación IHAN / Nº de centros de atención primaria) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I4. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria	Desde las instituciones de salud pública se ha colaborado con el nivel de atención primaria para el cumplimiento de las Estrategias C (mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los entornos asistenciales, servicios e instituciones) y D (reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud), y sus planes de acción	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos dentro de la Estrategia C / Nº de objetivos de la Estrategia C) * 100 (Nº de objetivos cumplidos dentro de la Estrategia D / Nº de objetivos de la Estrategia D) * 100 (para ambos desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I5. Prescripción social en atención primaria	Desde las instituciones de salud pública se ha colaborado con el nivel de atención primaria para fomentar la prescripción social y contribuir a desmedicalizar los problemas sociales y/o emocionales de la población	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de CC.AA. que han implementado la prescripción social en atención primaria / Nº de CC.AA.) * 100	Anual
LE3-A12-I6. Guía de cribado de hepatitis B	Se ha desarrollado una Guía de Cribado de la Hepatitis B en España	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de final de 2024 y antes de final de 2026
LE3-A12-I7. Incidencia de la hepatitis B (Indicador ODS 3.3.4.) 	Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.3.4. Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes (ine.es)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A12-I8. Cribado de hepatitis C	Se ha trabajado para implementar el cribado de hepatitis C según lo establecido en la Guía de cribado de la infección por el VHC del Ministerio de Sanidad	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de CC.AA. que tienen implementado el cribado de hepatitis C en su asistencia sanitaria / Nº de CC.AA.) * 100	Anual
LE3-A12-I9. Prevención, detección precoz y abordaje de la tuberculosis en la población	Se trabaja en todos los niveles de la Administración Pública para la prevención, detección precoz y el abordaje de la tuberculosis en la población	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos en el Plan para la prevención y el control de la tuberculosis en España / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I10. Incidencia de tuberculosis (Indicador ODS 3.3.2.) 	Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.3.2. Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes (ine.es)	Anual
LE3-A12-I11. Infección por el VIH y las ITS	Se trabaja en todos los niveles de la Administración Pública para fomentar la salud sexual integral y de no discriminación	Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos del Plan de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030 / Nº de objetivos) * 100	Antes de finalizar 2026
LE3-A12-I12. Infección por el VIH	Se han diseñado intervenciones para prevenir la infección por el VIH (como la profilaxis pre-exposición o la profilaxis post-exposición frente al VIH)	Ministerio Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de intervenciones realizadas (desagregar por Ministerio de Sanidad; CC.AA.; Administración Local y FEMP)	Anual
LE3-A12-I13. Infecciones por el VIH (Indicador ODS 3.3.1.)	Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave.	Ministerio de Sanidad; INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.3.1. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave (ine.es)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A12-I14. Exceso de peso en la población infantil	Se han actualizado los programas de cribado de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población infantil en el entorno de la atención primaria.	Ministerio de Sanidad, CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I15. Menores de 2 a 4 años con obesidad, sobrepeso o peso insuficiente (Indicador ODS 2.2.2) 	Porcentaje de menores de 2 a 4 años con obesidad, sobrepeso o peso insuficiente	Ministerio de Sanidad; INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible - Subindicador 2.2.2.1. Proporción de menores de 2 a 4 años con obesidad, sobrepeso o peso insuficiente (ine.es)	Trienal
LE3-A12-I16. Formación en detección precoz de la violencia de género	Se realiza formación a profesionales del entorno sanitario para la detección precoz de la violencia de género	Ministerio de Sanidad; CISNS; CC.AA. Cuantitativo: Nº de cursos de formación en violencia de género realizados (desagregar por Administración General del Estado y CC.AA.) Nº de profesionales que han recibido formación en violencia de género (por Administración General del Estado y CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I17. Protocolo de prevención, detección precoz y abordaje de la violencia ejercida hacia la población infantil y adolescente	Se ha elaborado un protocolo de prevención, detección precoz y abordaje de la violencia ejercida hacia la población infantil y adolescente desde la atención sanitaria	Ministerio de Sanidad; CISNS; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE3-A12-I18. Formación en prevención, detección precoz y abordaje de la violencia ejercida hacia la población infantil y adolescente	Se ha formado a profesionales de la atención sanitaria para la prevención, detección precoz y abordaje de la violencia ejercida hacia la población infantil y adolescente	Ministerio de Sanidad; CISNS; CC.AA. Porcentaje: (Nº de profesionales de asistencia sanitaria que han recibido formación sobre prevención, detección precoz y abordaje de la violencia ejercida hacia la población infantil y adolescente / Nº de profesionales de asistencia sanitaria) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A12-I19. Formación en necesidades sanitarias específicas de las personas LGTBIQ+	Se ha trabajado intersectorialmente para fomentar la formación de profesionales del entorno sanitario en las necesidades sanitarias específicas de las personas LGTBIQ+	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Numérica: Nº de acciones formativas dirigidas a profesionales del entorno sanitario Nº de profesionales del entorno sanitario han recibido formación (ambos desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I20. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud	Se ha trabajado para cumplir con los objetivos propuestos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I21. Estudio de seguridad del paciente	Se han actualizado los estudios nacionales de efectos adversos en atención primaria y ligados a la hospitalización	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso (desagregar por atención primaria y hospitalización)	Final de 2024 (inicio del estudio); Final de 2026 (finalización del estudio)
LE3-A12-I22. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)	Se está implementando intersectorialmente el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y en especial la implantación de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) tanto en el entorno hospitalario como en el de atención primaria	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos del PRAN / Nº de objetivos) * 100 (Nº de centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria que han implantado PROA / Nº de centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria) * 100 (ambos desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I23. Red de Hospitales Promotores de Salud	Se trabaja para la promoción de la Red de Hospitales Promotores de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de hospitales que se adhieren a la Red de Hospitales Promotores de Salud / Nº de hospitales) *100 (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE3-A12-I24. Salud de las personas privadas de libertad	Se ha estudiado la prevalencia de enfermedades transmisibles, enfermedades mentales y consumo de sustancias en la población privada de libertad, y se ha elaborado un informe con los datos	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria); Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso (realización de informe)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A13-I1. Plan Estratégico de modernización/mejora de la sanidad exterior	Se ha elaborado el Plan Estratégico de modernización/mejora de la sanidad exterior contando con la participación y previa conformidad del Ministerio de Política Territorial	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Política Territorial Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A13-I2. Plan de Digitalización de la gestión e información de sanidad exterior	Se ha elaborado el Plan de Digitalización de la gestión e información de sanidad exterior interoperable con las CC.AA., las Áreas Funcionales de Sanidad y Política Social de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, y otras aplicaciones nacionales e internacionales	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Política Territorial Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A13-I3. Centros de Vacunación Internacional	Se ha elaborado el Plan de calidad de los Centros de Vacunación Internacional con la colaboración y conformidad del Ministerio de Política Territorial	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Política Territorial Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE3-A13-I4. Actividad de la autoridad de salud pública	La autoridad en salud pública participa en los procesos de negociación de acuerdos sanitarios y certificación de la exportación con países terceros	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de acuerdos sanitarios y certificación de la exportación con países terceros en los que ha participado la autoridad de salud pública / Nº de acuerdos sanitarios y certificación de la exportación con países terceros) * 100	Anual
LE3-A13-I5. <i>EU Healthy Gateways</i>	España ha participado en la elaboración de directrices, catálogos de buenas prácticas y planes de acción englobados en la EU Healthy Gateways	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de directrices, catálogos de buenas prácticas y planes de acción englobados en la EU Healthy Gateways en los que España ha participado / Nº de directrices, catálogos de buenas prácticas y planes de acción englobados en la EU Healthy Gateways) * 100	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE3-A13-I6. Desarrollo normativo en sanidad exterior	<p>Se han desarrollado normativamente los siguientes aspectos que se han consensado previamente con el Ministerio de Política Territorial:</p> <p>a) regulación de los controles sanitarios sobre personas que viajan en tránsito internacional y los controles higiénico-sanitarios en instalaciones y medios de transporte internacionales,</p> <p>b) ley de tasas, infracciones y sanciones en materia de sanidad exterior,</p> <p>c) regulación de los controles oficiales sobre las mercancías de uso o consumo humano procedentes de países o territorios terceros y se establecen las condiciones de autorización de las Instalaciones Fronterizas de Control y Almacenamiento Sanitario de Mercancías,</p> <p>d) regulación de las medidas sanitarias para la exportación de productos de origen no animal,</p> <p>e) regulación del traslado internacional de cadáveres y piezas anatómicas, y muestras biológicas)</p>	<p>Ministerio de Sanidad; Ministerio de Política Territorial</p> <p>Cualitativo para cada apartado: a: si/no/en proceso b: si/no/en proceso c: si/no/en proceso d: si/no/en proceso e: si/no/en proceso</p>	<p>Antes de finalizar el 2024 y antes de finalizar 2026</p>


Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 4: Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida

LE4-A1. Fomentar la protección y promoción de una infancia y adolescencia activa y saludable.

LE4-A2. Fomentar la protección y promoción del envejecimiento activo y saludable.

LE4-A3. Garantizar que las políticas de salud fomenten el abordaje equitativo de las necesidades de todas las personas.

Los indicadores incluidos se nombrarán con LE4, que indica la línea estratégica a la que pertenecen, seguido de la letra A y un número, que indica la acción a la que pertenecen, y seguido de la letra I (indicador) y el número ordinal correspondiente. Por ejemplo, LE4-A1-I1, LE4-A1-I2, LE4-A1-I3, etc.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A1-I1. Protección frente a la violencia en población infantil y adolescente	Se han implementado acciones multisectoriales y en la Administración Pública (General del Estado, Autonómica y Local) para proteger a la población infantil y adolescente de cualquier tipo de violencia	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso (desagregar por nivel general, autonómico y local)	Anual
LE4-A1-I2. Mapa agentes, recursos y protocolos sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia	Se ha elaborado un mapa que refleje agentes, recursos y protocolos elaborados sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia a nivel nacional y autonómico	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual
LE4-A1-I3. Maltrato escolar en población infantil y adolescente	Porcentaje de población infantil y adolescente que ha sido víctima de maltrato en el contexto escolar	Ministerio de Sanidad Porcentaje (datos del Estudio Health Behaviour in School-aged Children)	Antes de finalizar 2026
LE4-A1-I4. Violencia física o sexual a mujeres y niñas de 16 años o más infligida por un compañero íntimo actual o anterior (Indicador ODS 5.2.1.1) 	Porcentaje de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses anteriores	INE Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Subindicador 5.2.1.1. Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses anteriores (ine.es)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A1-I5. Violencia sexual en mujeres y niñas de 16 años o más fuera del ámbito de la pareja (Indicador ODS 5.2.2.1) 	Porcentaje de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja en los 12 meses anteriores	INE Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Subindicador 5.2.2.1. Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia sexual fuera del ámbito de la pareja (ine.es)	Anual
LE4-A1-I6. Parentalidad positiva	Se ha realizado formación y capacitación sobre parentalidad positiva a las personas cuidadoras de la población infantil	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: Nº de cursos de formación y capacitación sobre parentalidad positiva (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.) Nº de personas que han recibido formación y capacitación sobre parentalidad positiva (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Anual
LE4-A1-I7. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	Se trabaja en la implementación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y sus planes de acción (actual Plan de Atención de Salud Mental 2022-2024)	Ministerio de Sanidad Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (Nº de acciones realizadas / Nº de acciones) * 100 Para la Estrategia y para los planes de acción	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE4-A1-I8. Protocolos de detección de problemas de salud mental en jóvenes	Se han elaborado intersectorialmente protocolos para la detección temprana de problemas de salud mental en jóvenes	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Educación y Formación Profesional; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A1-I9. Participación de la población infantil, adolescente y juvenil en la promoción de su salud	Se ha trabajado para que la población infantil, adolescente y juvenil participe en la promoción de su salud	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Educación y Formación Profesional; CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de programas de promoción de la salud dirigidos a la población infantil, adolescente y juvenil Nº de personas en edad infantil, adolescente y juvenil han participado en programas de promoción de la salud (ambos desagregar por CC.AA.)	Anual
LE4-A2-I1. Protección frente a la violencia en población mayor	Se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia violencia y de malos tratos dirigidos a la población mayor	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Cualitativo: sí/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE4-A2-I2. Promoción del envejecimiento activo y saludable	Se elaboran programas de promoción del envejecimiento activo y saludable en todos los niveles de la Administración Pública	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Imsero); CC.AA.; Administración Local y FEMP Cuantitativo: Nº de programas de promoción del envejecimiento activo y saludable se han implementado (desagregar por los niveles de la Administración Pública) Porcentaje: (Nº de personas de 65 o más años que han participado en algún programa de envejecimiento activo y saludable / Nº de personas de 65 o más años) * 100 (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE4-A2-I3. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	Se trabaja en lo indicado en el Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de líneas de actuación cumplidas / Nº de líneas prioritarias de actuación) * 100 (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A2-I4. Cuidados integrados para las personas mayores	Se ha elaborado un documento nacional sobre el modelo de cuidados integrados en las personas mayores alineado con el Frailty Prevention Approach (FPA) y la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Imserso); CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE4-A2-I5. Alianzas para mejorar la atención integral de las personas mayores	Se realiza trabajo intersectorial y en todos los niveles de la Administración Pública para abordar y mejorar la atención integral a las personas mayores	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; CC.AA. Cuantitativa: N° de reuniones intersectoriales (al menos el sector sanitario asistencial, el sector social y la salud pública) y multinivel (nivel general, autonómico y local) realizadas para abordar y mejorar la atención integral a las personas mayores	Anual
LE4-A2-I6. Formación sobre fragilidad	Se realizan cursos de formación y sensibilización sobre fragilidad para profesionales de los servicios sanitarios y sociales	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Cuantitativa: N° de cursos sobre fragilidad se han realizado por la Administración Pública (desagregar por nivel general, autonómico y local) N° de profesionales del entorno sanitario y social que han realizado algún curso sobre fragilidad (desagregar por CC.AA.)	Anual
LE4-A2-I7. Detección precoz de la fragilidad	Se realiza una detección precoz de la fragilidad a las personas de 70 o más años en el nivel de atención primaria según lo establecido en la Actualización del Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor (2022)	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (N° de CC.AA. que han incorporado a su actividad asistencial la Actualización del Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor (2022) / N° de CC.AA.) * 100	Anual
LE4-A3-I1. Estrategia Nacional de Equidad en Salud	Se ha actualizado la Estrategia Nacional de Equidad en Salud	Ministerio de Sanidad Cualitativo: si/no/en proceso	Antes de finalizar el 2024 y antes de finalizar el 2026

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A3-I2. Planes y actuaciones autonómicas de equidad en salud	Las CC.AA. tienen planes para fomentar la equidad en salud de la población	Ministerio de Sanidad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de CC.AA. con planes de equidad en salud / Nº de CC.AA.) / * 100 (Nº de CC.AA. que implementan acciones/ actuaciones de fomento de la equidad en salud / Nº de CC.AA.) / * 100	Anual
LE4-A3-I3. Accesibilidad en el desplazamiento de la población	Se trabaja para fomentar la accesibilidad universal en el desplazamiento de la población a través de la elaboración de un nuevo protocolo de valoración de personas conductoras con problemas de movilidad para el acceso a permisos de conducción del grupo 2	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (DGT); CC.AA. Cualitativo: si/no/en proceso	Anual hasta consecución
LE4-A3-I4. Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025	Se trabaja intersectorialmente y en los niveles de la Administración Pública para cumplir con los objetivos propuestos en la Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Porcentaje: (Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Antes de finalizar el 2024 y antes de finalizar el 2026
LE4-A3-I5. Salud y equidad en salud del Pueblo Gitano	Se trabaja en las acciones de salud de la Estrategia para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030 y sus respectivos planes operativos	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de actuaciones en salud cumplidas / Nº de actuaciones en salud) * 100 (desagregar por las Administraciones general, autonómica y local)	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026
LE4-A3-I6. Salud y equidad en salud para las personas LGTBIQ+	Se trabaja intersectorialmente para promover la equidad en salud de las personas LGTBIQ+	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Cuantitativo: Nº de personas LGTBIQ+ que se han sentido discriminadas en los últimos 12 meses al hacer uso de servicios sanitarios (desagregar por CC.AA.)	Anual

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
LE4-A3-I7. Salud y equidad en salud para las personas en situación de dependencia	Se trabaja intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para mejorar el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) previsto en la Ley de Dependencia	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de personas a las que se les concede ayuda a través del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) / Nº de personas que solicitan ayuda) * 100	Anual
LE4-A3-I8. Abordaje de la discapacidad	Se trabaja intersectorialmente y en todos los niveles de la Administración Pública para implementar la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Imsero); CC.AA.; Administración Local y FEMP Porcentaje: (Nº de acciones en las que el Ministerio de Sanidad ha colaborado / Nº de acciones en las que el Ministerio de Sanidad es colaborador) * 100 (Nº de recomendaciones trabajadas por las CC.AA. / Nº de recomendaciones para las CC.AA.) * 100 (Nº de recomendaciones trabajadas por la Administración Local / Nº de recomendaciones para la Administración Local) * 100	Anual
LE4-A3-I9. Salud y equidad en salud para la población privada de libertad	Se trabaja intersectorialmente para fomentar la salud y la equidad en salud para la población privada de libertad	Ministerio de Sanidad; Ministerio del Interior (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria); CC.AA. Cuantitativo: Nº de planes/acciones realizadas para fomentar la salud y la equidad en salud en la población privada de libertad (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Antes de finalizar 2024 y antes de finalizar 2026

Anexos

Anexo 1. Marco Normativo

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública establece específicamente las actuaciones sanitarias integradas, sectoriales y transversales organizadas por las Administraciones Públicas, para prevenir la enfermedad, proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. En su artículo 44 se establece la Estrategia de Salud Pública como la herramienta para definir las áreas de actuación sobre los factores determinantes de la salud, propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y se facilite la acción intersectorial en esta materia mediante la identificación de sinergias. Además, la **ESP 2022** incorporará las acciones de investigación en salud pública contempladas en los artículos 47 (referido al Centro Estatal de Salud Pública), 48 (referido al ejercicio profesional de las actividades de salud pública) y 49 (referido a las prioridades de investigación en salud pública) de dicha ley.

Adicionalmente, existen otros textos legales que apoyan la elaboración y puesta en marcha de una estrategia nacional en materia de salud pública.

El derecho a la protección de la salud aparece formulado expresamente en el artículo 43 de la Constitución Española. En este artículo se establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Se vincula instrumentalmente al artículo 15 de la Constitución Española, mediante el cual se promulga el derecho a la vida y a la integridad física y moral.

Además de en el artículo 43, la protección de la salud está ampliamente contemplada en el contexto constitucional, y sobrepasa las prestaciones sanitarias realizadas por los poderes públicos para afectar también a otros derechos y materias que actúan como determinantes o condicionantes de la salud de los individuos. Estos aspectos aparecen recogidos expresamente en la Constitución Española, por ejemplo, el derecho al disfrute y conservación del medio ambiente (artículo 45), la seguridad e higiene en el trabajo (artículo 40), o la defensa de los consumidores y usuarios (artículo 51).

Existe un claro mandato constitucional para establecer una arquitectura institucional básica y reconocible que garantice que la prestación pública de salud pública sea real y efectiva para el conjunto de la ciudadanía.

El artículo 43 Constitución Española se ha desarrollado en España a través de una serie de normas jurídicas que han configurado la estructura del Sistema Nacional de Salud, procede destacar las siguientes:

1. La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, en su artículo primero establece: Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas

en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad. Y en su artículo tercero, determina: Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

2. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud, donde las CC.AA. cuentan con amplias competencias en materia de sanidad, y el Estado realiza la dirección en las bases y la coordinación. En su artículo 3 refleja la orientación prioritaria del sistema sanitario hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la superación de desequilibrios territoriales y sociales. El artículo 8 considera, como actividad fundamental del sistema sanitario, la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. Igualmente, se considera actividad básica del sistema sanitario el control de higiene, la tecnología y la investigación alimentarias, así como la prevención y lucha contra la zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el ser humano debidos a la vida animal o a sus enfermedades. El artículo 40 establece que la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las CC.AA., desarrollará actuaciones de elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

3. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, de forma específica desarrolla las actuaciones de las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria.

4. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece las bases para garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas para la superación de las desigualdades en salud. En su artículo 11, define las prestaciones de salud pública como el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones Públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población a través de acciones colectivas o sociales. Comprenden, entre otras, las siguientes actuaciones:

- a) La información y la vigilancia en salud pública, y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública.
- b) La defensa de los fines y objetivos de la salud pública que es la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a obtener compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo para unos objetivos o programas de salud determinados.
- c) La promoción de la salud, a través de programas intersectoriales y transversales.
- d) La prevención de las enfermedades, discapacidades y lesiones.
- e) La protección de la salud, evitando los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas.
- f) La protección y promoción de la sanidad ambiental.
- g) La protección y promoción de la seguridad alimentaria.
- h) La protección y promoción de la salud laboral.

- i) La evaluación de impacto en salud.
- j) La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros.
- k) La prevención y detección precoz de las enfermedades raras, así como el apoyo a las personas que las presentan y a sus familias.

Estas prestaciones se ejercerán a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

5. La Ley 8/2003, de 24 de abril, de sanidad animal, establece las normas básicas y de coordinación en materia de sanidad animal, así como la regulación de la sanidad exterior en este ámbito. Comprende, entre otros, los siguientes fines relacionados con la salud de las personas:

- d) La protección de la salud humana y animal mediante la prevención, lucha, control y, en su caso, erradicación de las enfermedades de los animales susceptibles de ser transmitidas a la especie humana o que impliquen riesgos sanitarios que comprometan la salud de los consumidores.
- e) La prevención de los riesgos para la salud humana derivados del consumo de productos alimenticios de origen animal que puedan ser portadores de sustancias o aditivos nocivos o fraudulentos, así como de residuos perjudiciales de productos zoonosológicos o cualesquiera otros elementos de utilización en terapéutica veterinaria.

6. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria para la población. La cartera de servicios contenida en este real decreto cuenta con el acuerdo previo del CISNS, y se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema.

El Real Decreto contiene la cartera de servicios comunes de salud pública. Adicionalmente, las CC.AA., en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. El CISNS conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre el establecimiento por parte de las CC.AA. de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

7. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural para, en el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución, alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria. A estos efectos, la Ley establece principios de actuación de los Poderes Públicos, regula derechos y deberes de las personas

físicas y jurídicas, tanto públicas como privadas, y prevé medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado, toda forma de discriminación por razón de sexo.

8. La Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que establece el marco normativo básico común en el ámbito de la seguridad alimentaria y de la nutrición, con un enfoque amplio que busca la seguridad a lo largo de toda la cadena alimentaria.

Las CC.AA., en función del modelo de descentralización de las competencias y gestión sanitaria, han ido desarrollando leyes propias de ordenación sanitaria y de salud pública.

En definitiva, existe un mandato para las administraciones sanitarias de creación de una estrategia en salud pública que integre las diferentes dimensiones que determinan la salud de la población en un mundo global y cada vez más interconectado.

En adición a todo lo comentado anteriormente, la crisis sanitaria, social y económica generada por la COVID-19 ha exigido la realización de acciones que refuercen la respuesta al aumento de las necesidades de salud de la población, en el contexto de grave riesgo para la colectividad. La salud pública, en este sentido, debe dar respuesta a los problemas de salud con una visión integral y con enfoque de equidad, y tener plena capacidad de respuesta adaptativa en contextos sanitarios de excepcionalidad.

En este sentido, en julio de 2020, el Congreso de los Diputados aprobó el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España³⁹⁶. Para llevar a cabo esta reconstrucción se incluye, entre otros muchos aspectos, un apartado de transformación del Sistema Nacional de Salud hacia un modelo más robusto, flexible y resiliente, con más de 70 propuestas y medidas como el impulso de la atención primaria y la salud pública, el refuerzo y mejora de los recursos humanos y profesionales, la transformación digital, la investigación, la política farmacéutica, las reservas estratégicas o la gobernanza del sistema³⁹⁷.

La UE ha establecido el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia³⁹⁸ (Reglamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021) que plantea la realización de una serie de reformas e inversiones financiadas, principalmente, a través del instrumento comunitario *NextGenerationEU*³⁹⁹ para hacer frente a la crisis sociosanitaria. El Gobierno aprobó, mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de abril de 2021, el Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR)⁴⁰⁰, para implementar

³⁹⁶ Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de Las Cortes Generales. Congreso de los Diputados XIV Legislatura. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

³⁹⁷ Dictamen. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

³⁹⁸ Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. 2021. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/241/oj>

³⁹⁹ Comisión Europea. Plan de recuperación para Europa. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

⁴⁰⁰ Gobierno de España. 2021. Plan de recuperación, transformación y resiliencia. Gobierno de España. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf

en nuestro territorio el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, y canalizar la utilización de los fondos comunitarios de financiación dedicados a este fin.

El Plan contempla la necesidad de realizar transformaciones para mejorar la respuesta a los retos demográficos (envejecimiento, cronicidad, dependencia, despoblación, etc.), ambientales (cambio climático, contaminación, ruido, etc.), sociales (determinantes sociales de la salud, diferencias territoriales, etc.), tecnológicos (tratamiento de datos, tecnologías disruptivas, etc.) y económicos (sostenibilidad, eficiencia, etc.). El Componente 18 de este Plan está dedicado a la “Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud”. La Reforma 2 del Componente 18 (Reforma del sistema de salud pública)⁴⁰¹ incluye el desarrollo de instrumentos estratégicos y operativos como base de un nuevo sistema de salud pública más ambicioso, más integrado y mejor articulado.

Esta **ESP 2022** forma parte de los instrumentos estratégicos incluidos en la Reforma 2 del Componente 18. Su aprobación en el seno del CISNS constituye el cumplimiento del hito CID#274, y representa el compromiso de los agentes implicados en las políticas públicas y facilitar la acción intersectorial (como se ha indicado en la introducción).

La **ESP 2022** establece las directrices estratégicas de actuación en materia de salud pública en España en su conjunto. El objetivo de la **ESP 2022** es mejorar la salud de la población española estableciendo las líneas y prioridades esenciales que deben seguir todas las administraciones sanitarias en sus políticas de promoción, prevención y protección de la salud pública, en las actuaciones dirigidas a grupos de población específicos, en la información a los ciudadanos, en la formación de los profesionales y en la atención a sus necesidades.

La **ESP 2022** garantizará que la salud pública y la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria se tengan en cuenta en todas las políticas públicas y facilitará la acción intersectorial en este ámbito. Tendrá una duración de cinco años, con evaluaciones intermedias cada dos años en las que se analizará el grado de ejecución. Incluirá medidas y acciones en relación con todos los ámbitos de la salud pública que se implementarán en las políticas, planes y programas de todas las administraciones sanitarias españolas durante su periodo de vigencia, dentro de los plazos establecidos en ella.

Además, dentro del Componente 18, las acciones para reforzar la prevención y promoción de la Salud, centradas especialmente en la promoción de estilos de vida y entornos saludables que se incluyen en esta **ESP 2022** (lucha contra el tabaquismo, prevención del consumo de alcohol, promoción de entornos y estilos de vida saludable, actuaciones del Plan de resistencia a los antibióticos, prevención y tratamiento de adicciones, prevención de problemas de salud mental y promoción del bienestar emocional y prevención del cáncer) están relacionadas con la Inversión 2 (hito CID#280). Las acciones propuestas para aumentar la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias están relacionadas con la Inversión 3 (hito CID#281).

La **ESP 2022** no es un plan de acción, ni un programa, ni una propuesta normativa que comprometa por sí misma elementos presupuestarios ni de recursos humanos, materiales

⁴⁰¹ Gobierno de España. 2021. Plan de recuperación, transformación y resiliencia. Componente 18: Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.lamocloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>

y económicos, sino que enmarca unas líneas de acción generales, extensivas, y unas actuaciones que tienen implicación directa o indirecta en la salud de la población. Es un compendio de estrategias, planes y acciones ya en desarrollo o por desarrollar por las distintas Administraciones, contando cada uno de ellos con sus propios presupuestos y recursos humanos. Engloba actuaciones de diferentes departamentos tanto de la Administración General del Estado, como de las CC.AA. (planes de salud autonómicos, por ejemplo) y la Administración Local.

Tiene la vocación de ordenar todas las actuaciones mencionadas en un marco de referencia de tal manera que se puedan visibilizar y evaluar su impacto en la salud global de la población. La ESP 2022 marca unas líneas de actuación para todo el conjunto de Administraciones y del Sistema Nacional de Salud; todas las instituciones implicadas que cada una de ellas adaptará, orientará y desarrollará con sus propios recursos. Todos los compromisos que se deriven de la aplicación de esta Estrategia quedan condicionados a las disponibilidades presupuestarias existentes en el ejercicio en curso y en los ejercicios siguientes, de acuerdo con la senda de consolidación fiscal fijada por el Gobierno, y en caso de actuaciones para las que resulten competentes las CC.AA. y Entidades Locales, estas actuarán en función de su disponibilidad presupuestaria.

Por último, la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 establece en su artículo 5: Con arreglo a lo previsto por el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se procederá a la adopción de planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias, mediante actuaciones coordinadas en salud pública, atendiendo a los distintos niveles de riesgo de exposición y de transmisión comunitaria de la enfermedad COVID-19 para el desarrollo de las distintas actividades contempladas en esta Ley.

Anexo 2. Salud pública internacional

La salud pública, su gestión y gobernanza, supera con creces el ámbito nacional y se aborda en el seno de organismos y entidades internacionales. La UE y la ONU son los principales organismos a través de los que se articula la gobernanza internacional de la salud pública.

Unión Europea

La UE^{402,403} es una organización que incluye países europeos y aborda numerosos ámbitos políticos; desde el clima, el medio ambiente y la salud hasta las relaciones exteriores y la seguridad, la justicia y la migración. Se creó con otra denominación en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial y, a lo largo de los años, ha ido desarrollándose y creando organismos dependientes. Juega un papel integrador, armonizador y facilitador entre sus Estados miembros para que estos alcancen objetivos compartidos, generen sinergias y afronten retos comunes en salud.

Cuenta con cuatro instituciones principales responsables de la toma de decisiones que dirigen su administración. Estas instituciones proporcionan colectivamente orientación política a la UE y desempeñan distintas funciones en el proceso legislativo⁴⁰⁴:

- a) el Parlamento Europeo,
- b) el Consejo Europeo,
- c) el Consejo de la UE, y
- d) la Comisión Europea.

La Comisión Europea ostenta el poder ejecutivo y la iniciativa legislativa, incluyendo la propuesta legislativa, la aplicación de las decisiones comunitarias en la “gestión del día a día”, y la defensa de los tratados de la UE.

La Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANTE)⁴⁰⁵ es el organismo de la Comisión Europea responsable de proteger y mejorar la salud pública, garantizar la accesibilidad, eficacia y adaptabilidad de sus sistemas de salud, supervisar la seguridad de los alimentos consumidos, así como velar por el bienestar de los animales, y la salud de cultivos y bosques. Representan toda una serie de tareas que ponen de relieve la ya mencionada variedad de disciplinas que integran la salud pública.

Varios factores de finales del siglo XX, entre los que se incluyen la crisis producida por la encefalopatía espongiforme bovina («enfermedad de las vacas locas»), colocaron la salud y la protección de los consumidores en un lugar destacado de la agenda política. Se crearon entonces agencias ejecutivas específicas, como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades

⁴⁰² Portal de la Unión Europea. Disponible en: https://european-union.europa.eu/index_es

⁴⁰³ Unión Europea. ¿Qué es y qué hace? Disponible en: <https://op.europa.eu/webpub/com/eu-what-it-is/es/#chapter0>

⁴⁰⁴ Unión Europea. Tipos de instituciones y órganos. Disponible en: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/types-institutions-and-bodies_es

⁴⁰⁵ Unión Europea-Dirección General SANTE (Salud y Seguridad Alimentaria). Disponible en: https://ec.europa.eu/info/departments/health-and-food-safety_eslo

(ECDC), donde reside la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas a nivel europeo, como compromiso de la UE con la política sanitaria (ambos organismos en proceso de remodelación actualmente)⁴⁰⁶. La creación de la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) en virtud del reglamento REACH para el registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias químicas, y la creación de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), contribuyen a mejorar la salud de la ciudadanía de la UE.

En plena emergencia sanitaria producida por la pandemia por SARS-CoV-2 se incluye la creación de una nueva Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA) con el objetivo de desarrollar, producir y adquirir contramedidas médicas para que la UE y los Estados miembros estén mucho más preparados para actuar frente a una crisis transfronteriza⁴⁰⁷.

La Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital (HaDEA) se crea en 2021 para contribuir a reconstruir Europa tras la COVID-19, y para ejecutar los programas e iniciativas que se creen al respecto (entre otros, el Programa UEproSalud 2021-2027, la Iniciativa Mejor Formación para una alimentación más segura, el Programa Europa Digital, y el Pilar 2 Horizonte Europa de investigación e innovación en salud).

En cuanto a los ámbitos de acción de salud pública, en 1993, la Comisión Europea elaboró una Comunicación sobre el marco de actuación en materia de salud pública⁴⁰⁸. Esta Comunicación fue la precursora de los programas de salud pública que se han elaborado en la UE:

- Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)⁴⁰⁹.
- Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013)⁴¹⁰.
- Programa de salud para el crecimiento (2014-2020)⁴¹¹.
- Programa UEproSalud 2021-2027⁴¹² (*EU4Health* 2021-2027 en su traducción inglesa) es el cuarto y más extenso de los programas de salud de la UE.

Este Programa UEproSalud 2021-2027. Surge para reflejar las lecciones aprendidas de los programas de salud anteriores y de la crisis debida a la pandemia por SARS-CoV-2. Tiene los siguientes objetivos:

⁴⁰⁶ Unión Europea. El Papel de las Agencias de la UE. Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/fs_20_2079

⁴⁰⁷ Unión Europea. Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA). Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda_21_4733

⁴⁰⁸ Comunicación de la Comisión sobre el Marco de Actuación en el ámbito de la Salud Pública. Disponible en: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/da3d85df-7b96-4665-bc8c-d4b8ce6f09b6/language-es>

⁴⁰⁹ Unión Europea. Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11503b>

⁴¹⁰ Unión Europea. Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11503c>

⁴¹¹ Unión Europea. Programa de salud para el crecimiento (2014-2020). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aasp0017>

⁴¹² Unión Europea. Programa UEproSalud 2021-2027. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522&from=EN#d1e1099-1-1>; [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2021/689351/EPRS_ATA\(2021\)689351_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2021/689351/EPRS_ATA(2021)689351_ES.pdf); Programa «La UE por la Salud» 2021-2027 (europa.eu); https://www.mschs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Programas_Accion_Area_Salud_UE.pdf

- a) Mejorar y fomentar la salud de la Unión con el fin de reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles apoyando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, reduciendo las desigualdades en materia de salud, fomentando estilos de vida saludables y promoviendo el acceso a la asistencia sanitaria.
- b) Proteger a la población de la Unión frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud y reforzar la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y la coordinación entre los Estados miembros para hacer frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud.
- c) Mejorar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad en la Unión de medicamentos y productos sanitarios, así como de productos pertinentes en caso de crisis, y apoyar la innovación en relación con dichos productos.
- d) Reforzar los sistemas sanitarios, mejorando su resiliencia y la eficiencia en el uso de los recursos.

España se ha adherido a UEproSalud mediante la realización de acciones conjuntas cofinanciadas entre España y la Comisión Europea para el 2021, que constituyen compromisos de cumplimiento obligado. Entre los temas comprometidos se encuentran las siguientes:

- Enfermedades transmisibles - vigilancia y detección temprana.
- Implementación de mejores prácticas y resultados de investigación en la prevención de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
- Poner en marcha campañas de vacunación contra el virus del papiloma humano a gran escala.
- Establecimiento de una nueva red de conocimiento europea en cánceres y afecciones del cáncer, así como el fortalecimiento de la cibermedicina, integración de la telemedicina y la monitorización remota en los sistemas de salud y atención para la prevención y la atención del cáncer.
- Transferencia de las mejores prácticas en la atención primaria.
- Previsión y planificación del personal en el sector sanitario.

En 2013 se aprueba la Decisión nº 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión nº 2119/98/CE. En ella se establecen normas sobre la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y el seguimiento de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta precoz en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas, con inclusión de la planificación de la preparación y respuesta en relación con estas actividades, con el fin de coordinar y complementar las políticas nacionales.

En 2016 se aprueba el Reglamento (UE) 2016/429, del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2016 relativo a las enfermedades transmisibles de los animales y por el que se modifican o derogan algunos actos en materia de sanidad animal («Legislación sobre sanidad animal»). Este Reglamento establece normas para la prevención y el control de las enfermedades de los animales que son transmisibles a los animales o a los seres humanos.

En 2018 se crea bajo el paraguas de la DG SANTE un Grupo director sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles para ayudar a los países a cumplir los objetivos de salud de los ODS.

La crisis producida por la pandemia por SARS-CoV-2 hace que se apruebe el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia⁴¹³. Este Mecanismo plantea la realización de una serie de reformas e inversiones financiadas, principalmente, a través del instrumento comunitario *NextGenerationEU*⁴¹⁴ y con un triple objetivo:

- a) Apoyar la recuperación tras la crisis sanitaria.
- b) Impulsar el proceso de transformación estructural.
- c) Implantar el desarrollo más sostenible y resiliente desde el punto de vista económico-financiero, social, territorial y medioambiental.

Con un espectro más amplio, y sinérgico a la salud, se ha presentado el Programa de trabajo de la Comisión Europea para 2021⁴¹⁵. Incluye las siguientes acciones relacionadas con la salud pública:

- Continuación de la estrategia de biodiversidad de la UE para 2030 y la Estrategia «de la Granja a la Mesa».
- Nueva Garantía Infantil Europea para reducir la pobreza infantil y las desigualdades.
- Estrategia de la UE sobre los derechos del niño.
- Nuevo marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo.
- Puesta en marcha del espacio europeo de datos sanitarios.
- Estrategia de la UE sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Continuación del compromiso con la adhesión de la UE al Convenio de Estambul, y presentación de una nueva propuesta para luchar contra la violencia de género.

Por último, en el ámbito de la investigación e innovación, se establecen sinergias con el Programa Horizonte Europa, que incluye el lanzamiento de las Misiones, como una nueva forma de implementar la I+D+i con un impacto social y económico en áreas de interés para la UE y su ciudadanía. Estas misiones son definidas como una cartera de acciones interdisciplinarias, que contribuirán a los objetivos del Pacto Verde Europeo, el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y los ODS.

Organización de las Naciones Unidas - ONU

La ONU es una organización internacional creada para mantener la paz y la seguridad internacional, y fomentar la cooperación internacional para alcanzar intereses comunes, promover la amistad entre naciones, el progreso social, la mejora del nivel de vida y los Derechos Humanos. La ONU nació oficialmente en 1945, tras la ratificación de la Carta de la ONU, su documento fundacional⁴¹⁶. En la actualidad, tiene 193 Estados miembros que

⁴¹³ Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2021/057/L00017-00075.pdf>; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:4509573>

⁴¹⁴ Unión Europea. Plan de recuperación para Europa. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

⁴¹⁵ Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:91ce5c0f-12b6-11eb-9a54-01aa75ed71a1.0018.02/DOC_1&format=PDF

⁴¹⁶ Naciones Unidas-La Organización. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us>

están representados en su órgano deliberante, la Asamblea General. Es el único espacio donde todas las naciones del mundo pueden reunirse, discutir problemas comunes y encontrar soluciones compartidas que beneficien a toda la humanidad.

En 1948, en el seno de la ONU, se constituyó la OMS, organismo especializado en políticas de prevención, promoción e intervención en la salud a nivel mundial⁴¹⁷. Ese mismo año, la protección de la salud fue incluida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25.1). Desde entonces, la OMS, como organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, ha desarrollado numerosas áreas de trabajo que constituyen el marco de referencia para la planificación de temas muy variados e importantes para la salud pública: tabaco y alcohol, nutrición infantil, salud mental, enfermedades transmisibles, etc.

La ONU adoptó en 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor en 1976. Consta de 31 artículos, a través de los cuales se reconocen los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado, y se establecen mecanismos para su protección y garantía. En concreto, en el artículo 12, se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este Pacto Internacional ha sido firmado y ratificado por numerosos países, España entre ellos, y ha ido influyendo en los planes, estrategias y acciones que se han ido elaborando desde entonces.

A lo largo de estos años en el entorno de la ONU se han elaborado y aprobado multitud de iniciativas y acciones para la mejora de la salud de la población.

El último y actual Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud⁴¹⁸, tiene por finalidad ayudar a la comunidad internacional a “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo, las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Considera como objeto de control toda situación o suceso que potencialmente entrañe un riesgo para la salud pública, ya sea de naturaleza biológica, radionuclear, o química. Constituye un instrumento jurídico vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, entre los que se encuentra España. Se establece la obligación de crear, reforzar y mantener las capacidades básicas de salud pública en materia de detección, preparación y respuesta ante situaciones que puedan suponer un riesgo para la salud pública. La comunicación con la OMS se realiza a través de un Centro Nacional de Enlace designado en cada país.

Por último, y en consonancia con el fin último de la salud pública, la hoja de ruta a nivel global viene marcada por la **Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible**, aprobada por la ONU en 2015, y convergida en 17 ODS encaminados a poner fin a la pobreza, proteger el planeta, y mejorar las vidas y las perspectivas de todos, sin dejar a nadie atrás para 2030⁴¹⁹.

⁴¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Historia de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>

⁴¹⁸ Reglamento Sanitario Internacional 2005. Disponible en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

⁴¹⁹ Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Anexo 3. Ficha de indicadores para evaluación

A continuación, se clasifican los indicadores específicos para cada línea estratégica como: indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

Los **indicadores de estructura** evalúan los recursos humanos y materiales, así como los esquemas o estructuras organizativas creadas, que van a permitir el cumplimiento de diversas acciones.

Por su parte, los **indicadores de proceso** miden el nivel de cumplimiento de las distintas acciones planteadas, así como el grado de participación/formación de la sociedad en la mejora de su salud.

Finalmente, los **indicadores de resultados** evalúan el impacto de las diversas acciones en la salud de la población.

Principales indicadores de resultados en salud de la población

- Indicadores de resultados

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022					Evaluación bienal		Evaluación final
						1ª evaluación	2ª evaluación	
Esperanza de vida al nacimiento	Año 2021: (años) Ambos sexos: 83,06 Hombres: 80,24 Mujeres: 85,83							
Años de vida en buena salud	Año 2019: (años) Ambos sexos: 79,9 Hombres: 78,0 Mujeres: 81,8							
Estado de salud de la población	Año 2020 (porcentaje)							
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo		
	Hombres (años)							
	De 15 a 24	59,0	34,9	5,5	0,3	0,3		
	De 25 a 34	43,8	48,5	6,8	0,6	0,2		
	De 35 a 44	31,3	55,9	10,2	2,1	0,5		
	De 45 a 54	25,2	56,9	13,0	3,8	1,1		
	De 55 a 64	14,7	57,5	20,4	5,8	1,6		
	De 65 a 74	11,4	54,7	24,0	7,7	2,3		
	De 75 a 84	7,2	42,5	34,5	14,1	1,7		
	De 85 y más	3,3	35,2	40,6	15,4	5,5		
	Mujeres (años)							
	De 15 a 24	48,9	41,8	8,3	0,7	0,3		
	De 25 a 34	38,3	48,8	11,1	1,4	0,4		
	De 35 a 44	31,2	52,8	12,8	2,7	0,5		
	De 45 a 54	21,3	55,2	16,2	5,9	1,4		
	De 55 a 64	13,1	54,8	23,5	6,8	1,8		
De 65 a 74	9,2	47,3	30,6	9,5	3,7			
De 75 a 84	5,4	33,6	37,8	18,4	4,8			
De 85 y más	1,7	27,1	36,9	25,8	8,5			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022			Evaluación bienal		Eva- luación final
		Total	Hombres	Mujeres	1ª evalua- ción	
Defunciones por causa de muerte	Año 2020:					
		Total	Hombres	Mujeres		
	Total defunciones	493.776	249.664	244.112		
	COVID-19	60.358	32.498	27.860		
	Enfermedades isquémicas corazón	29.654	18.123	11.531		
	Enfermedades cerebrovasculares	25.817	10.686	13.282		
	Cáncer de bronquios y pulmón	21.893	16.599	5.294		
Demencia	20.822	6.622	14.200			
Mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (Indicador ODS 3.4.1.)	Año 2020: (tanto por 100.000)					
	- Enfermedades cardiovasculares:	253,09				
	- Cáncer:	229,19				
	- Enfermedades respiratorias crónicas:	65,63				
	- Diabetes:	23,86				
Tasa de mortalidad por suicidio (Indicador ODS 3.4.2.)	Año 2020: (por 100.000 habitantes)	8,344				

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022			Evaluación bienal 1ª evaluación	2ª evaluación	Evaluación final
	Año 2020: (porcentaje)					
Limitación en las actividades de la vida cotidiana	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a			
	Hombres (años)					
De 15 a 24	1,1	5,4	93,5			
De 25 a 34	0,7	6,4	92,9			
De 35 a 44	2,4	9,8	87,8			
De 45 a 54	3,6	13,5	83,0			
De 55 a 64	4,8	21,0	74,2			
De 65 a 74	6,2	24,2	69,6			
De 75 a 84	9,5	34,8	55,6			
De 85 y más	17,0	43,3	39,7			
Mujeres (años)						
De 15 a 24	0,9	8,4	90,7			
De 25 a 34	2,0	9,2	88,9			
De 35 a 44	2,7	11,7	85,7			
De 45 a 54	3,5	18,6	77,9			
De 55 a 64	4,9	23,4	71,7			
De 65 a 74	7,2	28,8	64,0			
De 75 a 84	14,7	43,7	41,6			
De 85 y más	28,5	50,0	21,5			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022				Evaluación bienal		Evaluación final
	Año 2020: (porcentaje)				1ª evaluación	2ª evaluación	
Limitación en la movilidad	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puede hacerlo			
	Hombres (años)						
De 15 a 24	99,1	0,6	0,2	0,1			
De 25 a 34	99,0	1,0	0,0	0,0			
De 35 a 44	97,8	1,4	0,7	0,2			
De 45 a 54	94,5	3,5	1,8	0,2			
De 55 a 64	86,5	8,0	4,3	1,2			
De 65 a 74	81,0	11,2	5,8	2,0			
De 75 a 84	59,4	26,1	9,7	4,8			
De 85 y más	34,9	31,3	22,4	11,4			
Mujeres (años)							
De 15 a 24	98,6	0,9	0,2	0,3			
De 25 a 34	97,5	1,8	0,6	0,1			
De 35 a 44	95,9	2,9	1,1	0,1			
De 45 a 54	90,1	7,2	2,4	0,2			
De 55 a 64	84,7	10,3	3,9	1,2			
De 65 a 74	71,6	17,1	7,9	3,4			
De 75 a 84	39,0	32,5	19,2	9,3			
De 85 y más	19,2	26,0	29,4	25,4			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022					Evaluación bienal 1ª evaluación	2ª evaluación	Evaluación final
	Año 2020: (porcentaje)							
	Ninguna	Leve	Moderada	Moderadamente grave	Grave			
Hombres (años)								
De 15 a 24	94,2	3,8	1,7	0,0	0,3			
De 25 a 34	93,7	4,6	1,1	0,5	0,1			
De 35 a 44	93,5	5,0	0,8	0,5	0,1			
De 45 a 54	91,4	5,9	1,5	0,9	0,3			
De 55 a 64	89,2	8,2	1,2	1,0	0,3			
De 65 a 74	89,8	7,0	2,0	0,6	0,5			
De 75 a 84	84,0	9,9	4,5	1,3	0,3			
De 85 y más	75,5	14,7	7,0	2,6	0,3			
Mujeres (años)								
De 15 a 24	90,8	6,8	1,2	0,8	0,4			
De 25 a 34	90,9	6,0	2,5	0,7	0,0			
De 35 a 44	88,9	7,4	2,2	1,1	0,3			
De 45 a 54	84,3	10,4	3,1	1,3	1,0			
De 55 a 64	83,1	11,3	2,8	1,9	0,9			
De 65 a 74	80,0	13,1	3,8	2,1	1,1			
De 75 a 84	69,2	18,2	7,5	3,2	1,8			
De 85 y más	57,9	23,4	9,1	5,5	4,2			

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 1: Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población

- Indicadores de estructura y proceso

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª eva-luación	2ª eva-luación	
LE1-A1-I1. Comisión interministerial para fomentar la salud en todas las políticas			
LE1-A1-I2. Participación intersectorial en la Comisión de Salud Pública para fomentar la salud en todas las políticas			
LE1-A1-I3. Órganos o alianzas intersectoriales en el ámbito autonómico y local para fomentar la salud en todas las políticas			
LE1-A2-I1. Participación española en instituciones internacionales relacionadas con la salud pública			
LE1-A3-I1. Centro Estatal de Salud Pública			
LE1-A4-I1. Metodología para la evaluación de impacto en salud de las políticas			
LE1-A4-I2. Red de asesoramiento en impacto en salud de las políticas			
LE1-A5-I1. Cartera de servicios comunes de salud pública			
LE1-A5-I2. Control, inspección y autoridad sanitaria oficial en salud pública			
LE1-A5-I3. Estructura orgánica de los servicios de salud pública			
LE1-A6-I1. Sistematización de elección de actuaciones en salud pública			
LE1-A6-I2. Equidad en las actuaciones de salud pública			
LE1-A7-I1. Grupo de trabajo para política de recursos humanos en salud pública			
LE1-A7-I2. Propuesta de Política de recursos humanos en salud pública			
LE1-A7-I3. Homologación de títulos universitarios en el ámbito de la salud pública			
LE1-A8-I1. Competencias básicas y óptimas para trabajar en salud pública			
LE1-A8-I2. Itinerario de formación continuada en salud pública			
LE1-A8-I3. Formación internacional en salud pública			
LE1-A8-I4. Conocimiento transversal en salud pública			
LE1-A9-I1. Mapa nacional de investigación en salud pública			
LE1-A9-I2. Sistemática de priorización de la investigación en salud pública			
LE1-A9-I3. Traslación de la investigación en salud pública a la toma de decisiones			
LE1-A9-I4. Formación en investigación en salud pública			
LE1-A9-I5. Equidad en la investigación en salud pública			
LE1-A9-I6. Investigación con CIF en salud pública			
LE1-A10-I1. Estrategia común de comunicación en salud pública			
LE1-A10-I2. Detección sistemática de la desinformación en salud pública			

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 2: Actualizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud

- Indicadores de estructura y proceso

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª evaluación	2ª evaluación	
LE2-A1-I1. Cumplimiento de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública			
LE2-A2-I1. Sistema de información de vacunaciones e inmunizaciones (SIVAIN)			
LE2-A2-I2. Interoperatividad del sistema de información de vacunaciones e inmunizaciones (SIVAIN)			
LE2-A2-I3. Realización de estudios de seroprevalencia			
LE2-A3-I1. Desarrollo del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública			
LE2-A3-I3. Cumplimiento de Decisión nº 1082/2013/UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud			
LE2-A3-I4. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias			
LE2-A3-I5. Simulacros para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias			
LE2-A3-I6. Equipos para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias			
LE2-A3-I7. Reserva estratégica para emergencias en salud pública			

- Indicadores de resultados

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final
		1ª evaluación	2ª evaluación	
LE2-A3-I2. Capacidad y preparación para emergencias de salud (Indicador ODS 3.d.1.)	Año 2021: 80%			

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 3: Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida, prevención de enfermedades y entornos saludables, seguros y sostenibles

- Indicadores de estructura y proceso

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A1-I4. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna			
LE3-A1-I5. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2022-2032			
LE3-A1-I7. Comedores escolares			
LE3-A1-I8. Protección infantil y adolescente frente a la publicidad de alimentos y bebidas no saludables			
LE3-A2-I1. Información y sensibilización sobre la actividad física beneficiosa para la salud			
LE3-A2-I2. Caminos escolares saludables, seguros y activos			
LE3-A2-I6. Uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación			
LE3-A3-I1. Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024			
LE3-A3-I2. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo			
LE3-A3-I3. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo			
LE3-A3-I4. Programa de cesación del tabaquismo			
LE3-A3-I5. Campañas de concienciación y sensibilización para prevenir el inicio del consumo de tabaco			
LE3-A3-I6. Trabajo intersectoriales para la prevención del consumo de alcohol			
LE3-A3-I7. Formación en prevención y abordaje del consumo del alcohol			
LE3-A3-I8. Consejo breve e intervención en consumo de riesgo de alcohol			
LE3-A3-I9. Divulgación sobre el consumo del alcohol			
LE3-A3-I10. Ley de prevención de los efectos negativos del consumo de alcohol en menores			
LE3-A3-I12. Definición de términos relacionados con el consumo de alcohol			
LE3-A3-I13. Iniciativa SAFER de la OMS para la disminución del consumo de alcohol			
LE3-A4-I1. Formación, educación y promoción de la salud sexual integral			
LE3-A4-I2. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud			
LE3-A5-I1. Plan nacional de vacunación			
LE3-A5-I2. Comité Nacional Asesor de Vacunación			
LE3-A5-I5. Promoción de la vacunación antigripal en la población			

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A5-I6. Cribado neonatal de hipoacusia, enfermedades endocrino-metabólicas e infecciosas y anomalías cromosómicas			
LE3-A5-I8. Cribado de cáncer			
LE3-A6-I1. Información y sensibilización sobre prevención de lesiones no intencionales y violencia			
LE3-A6-I2. Seguridad vial			
LE3-A6-I3. Centros de reconocimiento de conductores			
LE3-A6-I4. Prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas			
LE3-A6-I5. Prevención de la conducción tras el consumo de alcohol y otras drogas			
LE3-A6-I10. Notificación de incidencias acuáticas			
LE3-A7-I1. Plan Estratégico de Salud y Medioambiente (PESMA)			
LE3-A7-I2. Implementación de un sistema de vigilancia de exposición a factores ambientales y sus efectos sobre la salud			
LE3-A8-I1. Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025			
LE3-A8-I2. Estrategia «De la Granja a la Mesa»			
LE3-A9-I1. Red de Escuelas Promotoras de Salud en España			
LE3-A9-I2. Elaboración de la Guía de Escuelas Promotoras de Salud			
LE3-A9-I3. Red Autonómica de Escuelas Promotoras de Salud			
LE3-A9-I4. Estudio de las conductas de salud de los adolescentes escolarizados			
LE3-A10-I1. Salud y participación comunitaria			
LE3-A10-I2. Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud			
LE3-A10-I3. Red Española de Ciudades Saludables			
LE3-A10-I4. Información sobre salud urbana			
LE3-A10-I5. Plan de Recuperación: 130 Medidas ante el Reto Demográfico			
LE3-A11-I1. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2022-2027			
LE3-A11-I2. Medidas de protección y promoción de la salud en el trabajo			
LE3-A11-I3. Lugares de trabajo saludables y seguros			
LE3-A11-I4. Vigilancia en Salud Laboral			
LE3-A11-I5. Programa Integral de Vigilancia de la Salud de las personas trabajadoras expuestas al amianto (PIVISTEA)			
LE3-A11-I6. Vigilancia post-ocupacional de la salud			
LE3-A12-I1. Programas de Consejo integral en estilo de vida			
LE3-A12-I2. Consejo integral en estilo de vida			
LE3-A12-I3. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia-IHAN			
LE3-A12-I4. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria			

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A12-I5. Prescripción social en atención primaria			
LE3-A12-I6. Guía de cribado de hepatitis B			
LE3-A12-I8. Cribado de hepatitis C			
LE3-A12-I9. Prevención, detección precoz y abordaje de la tuberculosis en la población			
LE3-A12-I11. Infección por el VIH y las ITS			
LE3-A12-I12. Infección por el VIH			
LE3-A12-I14. Exceso de peso en la población infantil			
LE3-A12-I16. Formación en detección precoz de la violencia de género			
LE3-A12-I17. Protocolo de prevención, detección precoz y abordaje de la violencia en la población infantil y adolescente			
LE3-A12-I18. Formación en prevención, detección precoz y abordaje de la violencia en la población infantil y adolescente			
LE3-A12-I19. Formación en necesidades sanitarias específicas de las personas LGTBIQ+			
LE3-A12-I20. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud			
LE3-A12-I21. Estudio de seguridad del paciente			
LE3-A12-I22. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)			
LE3-A12-I23. Red de Hospitales Promotores de Salud			
LE3-A12-I24. Salud de las personas privadas de libertad			
LE3-A13-I1. Plan Estratégico de modernización/mejora de la sanidad exterior			
LE3-A13-I2. Plan de Digitalización de la gestión e información de sanidad exterior			
LE3-A13-I3. Centros de Vacunación Internacional			
LE3-A13-I4. Actividad de la autoridad de salud pública			
LE3-A13-I5. EU Healthy Gateways			
LE3-A13-I6. Desarrollo normativo en sanidad exterior			

- Indicadores de resultados

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022				Evaluación bienal		Evaluación final
	Clase social	3 meses		6 meses		1ª evaluación	
LE3-A1-I1. Alimentación con lactancia materna							
LE3-A1-I2. Alimentación con lactancia materna exclusiva hasta 3 meses	I	61,8	14,9	36,2	26,7		
LE3-A1-I3. Alimentación con lactancia materna exclusiva hasta 6 meses	II	73,9	11,4	42,1	18,9		
	III	63,2	9,7	39,5	17,6		
	IV	61,8	11,6	41,0	14,9		
	V	61,9	12,3	37,1	21,0		
	VI	66,9	9,2	44,2	15,3		
LE3-A1-I6. Consumo de fruta, verduras, ensaladas y hortaliza	Año 2020: (porcentaje)						
	Consumo		Hombres	Mujeres			
	Fruta fresca						
	A diario		63,9	71,2			
	Menos de una vez/semana		3,4	2,9			
	Nunca		1,9	1,5			
	Verduras, ensaladas y hortalizas						
	A diario		41	52			
	Menos de una vez/semana		2,1	1,1			
	Nunca		0,9	0,5			
LE3-A2-I3. Uso de la bicicleta en los desplazamientos habituales			Hombres	Mujeres			
	Total		2.081,0	1.029,1			
	De 15 a 24 años		369,4	185,3			
	De 25 a 44 años		870,1	435,7			
	De 45 a 64 años		655,6	315,4			
	De 65 y más años		185,9	92,6			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022		Evaluación bienal		Evaluación final
			1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A2-I4. Caminar como modo de desplazamiento		Hombres	Mujeres		
	Ninguno	2.355,5	2.631,1		
	1 ó 2 días a la semana	1.046,1	1.181,5		
	3 ó 4 días a la semana	1.846,4	2.272,4		
	5 ó 6 días a la semana	4.441,2	5.161,0		
	7 días a la semana	9.705,1	9.220,8		
	No consta	54,8	58,1		
LE3-A2-I5. Nivel de actividad física en la población		Nivel alto	Nivel moderado	Nivel bajo	
	Hombres (años)				
	De 15 a 24	5,69	7,04	8,24	
	De 25 a 34	5,65	6,33	6,55	
	De 35 a 44	4,71	4,39	4,39	
	De 45 a 54	5,50	4,23	4,34	
	De 55 a 69	5,16	3,57	3,83	
	Mujeres (años)				
	De 15 a 24	8,11	6,00	6,90	
	De 25 a 34	7,15	4,95	5,69	
	De 35 a 44	6,67	3,74	4,18	
	De 45 a 54	6,85	3,92	4,32	
	De 55 a 69	6,70	3,39	3,74	
LE3-A3-I11. Prevención del consumo de alcohol en el embarazo	Año 2020: Boletín del ECEMC-Datos 2020 Memoria Anual Distribución etiológica de los recién nacidos con defectos congénitos identificados durante los tres primeros días de vida (1980-2020): Alcohol 0,09%				

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final
		1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A3-I14. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (Indicador ODS 3.5)	Año 2019: 27.209 Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol			
LE3-A3-I15. Prevalencia de consumo actual de tabaco (Indicador ODS 3.a.1.)	Año 2017: 22,08% de fumadores diarios (población de 15 y más años)			
LE3-A3-I16. Consumo diario de tabaco en población de 15 y más años	Año 2017: 22,08%			
LE3-A3-I17. Consumo nocivo de alcohol (Indicador ODS 3.5.2.)	Año 2016: 10,00 Consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad)			
LE3-A3-I18. Consumo de cannabis	Año 2019-2020: 2,9% de la población consume cannabis diariamente (últimos 30 días)			
LE3-A5-I3. Coberturas de vacunación (Indicador ODS 3.b.1.)	Año 2020: (porcentaje) - Difteria: 94,4 - Tétanos: 94,4 - Neumococo: 93,7 - Sarampión: 93,9 - Papiloma humano: 81,8			
LE3-A5-I4. Cobertura de vacunación en la población infantil	Cohorte 2020: Coberturas de primovacunación (Porcentaje) - Poliomielitis: 97,9 - DTPa: 97,9 - Hib: 97,9 - Hepatitis B: 97,9 - Meningococo C: 97,8 - Neumococo: 97,8			
LE3-A5-I7. Cribado de cáncer	Año 2017: (porcentaje de cobertura) - Programa de cribado de cáncer de mama del Sistema Nacional de Salud: 81,5 - Programa de cribado de cáncer colorrectal del Sistema Nacional de Salud: 21,8 - Programa de cribado de cáncer de cérvix del Sistema Nacional de Salud: 80,7			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final
		1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A6-I6. Violencia en la población (Indicador ODS 16.1.3.)	Año 2020: 0,4369%			
LE3-A6-I7. Violencia sexual en la población (Indicador ODS 16.2.3.)	Año 2020: 0,052%			
LE3-A6-I8. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.1.)	Año 2020: Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia infligida por un compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses anteriores: - física o sexual: 0,2907% - sexual: 0,0024% - física: 0,2883% - psicológica de control: 0,0248% - económica: 0,0131%			
LE3-A6-I9. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.2.)	Año 2020: Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia sexual fuera del ámbito de la pareja: 0,028% Número de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses: 5.775. Desglosado: - en espacios abiertos: 368 - en establecimientos: 613 - en instalaciones: 668 - en medios de transporte: 140 - en otras dependencias comunes/anexos de viviendas: 202 - en recintos: 10 - en vías de comunicación: 1.118 - en viviendas: 2.656			
LE3-A6-I11. Ahogamientos, sumersión y sofocación accidentales	Año 2019: (por 100.000 habitantes) Hombres: 7,2 Mujeres: 6,6			
LE3-A6-I12. Caídas accidentales	Año 2019: (por 100.000 habitantes) Hombres: 7,7 Mujeres: 6,3			

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final
		1ª evaluación	2ª evaluación	
LE3-A6-I13. Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	Año 2019: (por 100.000 habitantes) Hombres: 2,4 Mujeres: 1,0			
LE3-A6-I14. Mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico (Indicador ODS 3.6.1.)	Año 2020: (por 100.000 habitantes) 3,09			
LE3-A7-I3. Suministro de agua potable (Indicador ODS 6.1.1.)	Año 2020: 84,1%			
LE3-A7-I4. Tratamiento adecuado de aguas residuales (Indicador ODS 6.3.1.)	Año 2016: 81,25%			
LE3-A7-I5. Residuos urbanos reciclados (Indicador ODS 11.6.1.4.)	Año 2019: 38,0%			
LE3-A7-I6. Cumplimiento de acuerdos ambientales sobre desechos peligrosos y otros productos químicos (Indicador ODS 12.4.1.)	Año 2019: 70,2 Kilogramos/habitante/año			
LE3-A7-I7. Ruidos producidos por vecinos o del exterior (Indicador ODS 11.1.1)	Año 2020: 21,9%			
LE3-A7-I8. Niveles de partículas finas en las ciudades (Indicador ODS 11.6.2.)	Explorando fuentes de datos			
LE3-A12-I7. Incidencia de la hepatitis B (Indicador ODS 3.3.4.)	Año 2019: (por 100.000 habitantes) 0,62			
LE3-A12-I10. Incidencia de tuberculosis (Indicador ODS 3.3.2.)	Año 2019: (por 100.000 habitantes) 9,24			
LE3-A12-I13. Infecciones por el VIH (Indicador ODS 3.3.1.)	Año 2019: (por 100.000 habitantes) 0,06			
LE3-A12-I15. Menores de 2 a 4 años con obesidad, sobrepeso o peso insuficiente (Indicador ODS 2.2.2)	Año 2017: 54,97%			

Indicadores de seguimiento y evaluación de Línea Estratégica 4: Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida

- Indicadores de estructura y proceso

Indicador	Evaluación bienal		Evaluación final
	1ª evaluación	2ª evaluación	
LE4-A1-I1. Protección frente a la violencia en población infantil y adolescente			
LE4-A1-I2. Mapa agentes, recursos y protocolos sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia			
LE4-A1-I6. Parentalidad positiva			
LE4-A1-I7. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud			
LE4-A1-I8. Protocolos de detección de problemas de salud mental en jóvenes			
LE4-A1-I10. Participación de la población infantil, adolescente y juvenil en la promoción de su salud			
LE4-A2-I1. Protección frente a la violencia en población mayor			
LE4-A2-I2. Promoción del envejecimiento activo y saludable			
LE4-A2-I3. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud			
LE4-A2-I4. Cuidados integrados para las personas mayores			
LE4-A2-I5. Alianzas para mejorar la atención integral de las personas mayores			
LE4-A2-I6. Formación sobre fragilidad			
LE4-A2-I7. Detección precoz de la fragilidad			
LE4-A3-I1. Estrategia Nacional de Equidad en Salud			
LE4-A3-I2. Planes y actuaciones autonómicas de equidad en salud			
LE4-A3-I3. Accesibilidad en el desplazamiento de la población			
LE4-A3-I4. Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025			
LE4-A3-I5. Salud y equidad en salud del Pueblo Gitano			
LE4-A3-I8. Abordaje de la discapacidad			
LE4-A3-I9. Salud y equidad en salud para la población privada de libertad			

- Indicadores de resultados

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final		
		1ª evaluación	2ª evaluación			
LE4-A1-I3. Maltrato escolar en población infantil y adolescente	Año 2018 - Estudio HBSC: Porcentaje de la población infantil y adolescente que dicen haber sido víctimas de maltrato (últimos dos meses en el colegio o instituto): - Ninguna vez: 87,8 - 1 ó 2 veces: 8,4 - 2 ó 3 veces al mes: 1,3 - Alrededor de 1 vez por semana: 0,9 - Varias veces a la semana: 1,6					
LE4-A1-I4. Violencia física o sexual a mujeres y niñas de 16 años o más infligida por un compañero íntimo actual o anterior (Indicador ODS 5.2.1)	Año 2020: 0,2907%					
LE4-A1-I5. Violencia sexual en mujeres y niñas de 16 años o más fuera del ámbito de la pareja (Indicador ODS 5.2.2)	Año 2020: 0,028%					
LE4-A1-I9. Salud mental en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 4 a 14 años.	Año 2017: (media)					
		Síntomas emocionales	Problemas de conducta	Hiperactividad	Problemas con compañeros	Conducta Prosocial
	Hombres (años)					
	De 4 a 9	1,6	1,6	4,3	1,1	8,8
	De 10 a 14	1,6	1,4	3,4	1,2	8,9
	Mujeres (años)					
De 4 a 9	1,5	1,4	3,4	1,0	9,2	
De 10 a 14	1,6	1,2	2,7	1,1	9,1	

Indicador	Datos de partida disponibles en 2022	Evaluación bienal		Evaluación final
		1ª evaluación	2ª evaluación	
LE4-A3-I6. Salud y equidad en salud para las personas LGTBIQ+	<p>Año 2019:</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿alguna vez se ha sentido discriminado por ser LGBTI por parte del personal sanitario o de los servicios sociales (por ejemplo, una recepcionista, una enfermera o un médico, un trabajador social)?</p> <p>Sí: 15%</p> <p>https://fra.europa.eu/es/data-and-maps/2020/lgbti-survey-data-explorer</p>			
LE4-A3-I7. Salud y equidad en salud para las personas en situación de dependencia	<p>Año 2015:</p> <p>796.109 personas beneficiarias con prestación</p>			

Este documento constituye la primera estrategia de salud pública de carácter nacional y ha sido elaborada con el firme convencimiento de que contribuirá a la salud y bienestar de la población.

Su contenido incluye un profundo análisis de la salud de la población de nuestro territorio, y de la salud pública. A partir de este análisis se han diseñado líneas estratégicas de trabajo que actuarán sobre los determinantes de la salud, la salud en todas las políticas, el enfoque “Una sola salud” y la gobernanza para la salud. Estas acciones pretenden, además, contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

Quiere ser el marco de coordinación para nuestro país en materia de salud pública, y aspira, con ello, a implicar a la sociedad en su conjunto; la Administración Pública, general, autonómica y local, las entidades científicas, empresariales y sociales, asociaciones de pacientes y grupos no gubernamentales, y la participación comunitaria, a través de acciones individuales o grupales. Entre todas las personas conseguiremos mejorar nuestra salud y bienestar.

