
Acuerdo nº: 1488

Pleno: 22 de junio de 2022

Acta nº: 259

Aprobar la Estrategia de Salud Pública con el voto en contra de Galicia y Castilla y León

ANEXO

ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA 2022

ESP 2022

**Mejorando la salud y
el bienestar de la población**



MINISTERIO
DE SANIDAD



MINISTERIO
DE SANIDAD

Estrategia aprobada por:

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

Informado el Consejo de Ministros.

Participación:

Ministerio de Sanidad:

Otros Ministerios:

CC.AA.:

Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otras personas expertas:

El editor final de este documento es el Ministerio de Sanidad. Las propuestas expuestas reflejan las aportaciones de profesionales. El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todas las personas que han participado en el complejo proceso de redacción.

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	5
Metodología	10
Enfoque y Principios	12
Marco Jurídico	13
Análisis de situación	15
Estado de salud de la población	16
Esperanza de vida	16
Mortalidad	17
Morbilidad	20
Determinantes de la salud	28
Edad	29
Sexo y género	32
Orientación sexual e identidad de género	35
Estilos de vida	36
Alimentación	36
Actividad física y sedentarismo	40
Consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y adicciones no relacionadas con sustancias	42
Prácticas sexuales	49
Condiciones medioambientales y cambio climático	49
Condiciones económicas, sociales y culturales	54
Condiciones del entorno educativo	56
Condiciones del entorno local	58
Condiciones del entorno laboral	60
Condiciones del sistema sanitario - Sistema Nacional de Salud	63
Globalización	71
Estado de la Salud Pública	75
Estructuras de la salud pública	75
Instrumentos ejecutores y facilitadores en salud pública	79
Salud pública internacional	82
El trabajo y los profesionales de la salud pública	85
La vigilancia en salud pública	89
Comunicación y abogacía de la salud pública	91
Líneas estratégicas	94
LE1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población	97
Metas	98
Acciones prioritarias	98
LE2. Actualizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud	101

Metas	101
Acciones prioritarias	101
LE3. Mejorar la salud y el bienestar a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles	103
Metas	103
Acciones prioritarias	103
LE4. Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida	107
Metas	107
Acciones prioritarias	107
Implementación, seguimiento y evaluación	109
Indicadores de resultados en salud de la población - ESP 2022	111
Anexos	113
Anexo 1. Marco Jurídico de la ESP 2022	114
Anexo 2. Salud pública internacional	121

Abreviaturas y acrónimos

AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
CC.AA.	Comunidades y Ciudades Autónomas
CSP	Comisión de Salud Pública
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
ESP 2022	Estrategia de Salud Pública 2022
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea

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 conseguir el mejor estado de salud y bienestar en la población, creando 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 (estatales, 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 jurídico.

En la segunda parte se incluye un análisis del estado de salud de la población de nuestro territorio y de la situación estructural y funcional de la salud pública. 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. Para ello, además de la actuación coordinada de las administraciones, es necesaria la articulación de numerosos agentes 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.

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 transversales¹.

A lo largo del tiempo ha ido evolucionando y adaptándose al desarrollo socioeconómico 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 personal². 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 pasa 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). 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

¹Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

² Winslow 1920

definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas inequidades pueden y deben abordarse desde las políticas públicas³.



Figura 1. Marco de determinantes de la salud (por finalizar)

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 misma⁴. 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

³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm

⁴ Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

reducir las desigualdades en salud⁵. Este enfoque se basa en el modelo salutogénico que se centra en la identificación y comprensión de aquello que genera salud como perspectiva positiva de salud^{6,7}.

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, de sociedades científicas, profesionales y de pacientes, 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**^{8,9,10}, que aboga por tener sistemáticamente en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman tanto en el ámbito de la salud como fuera de él. Conocidas estas implicaciones, se buscarán sinergias para fomentar las acciones salutogénicas y evitar o minimizar aquellas que se asocian 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 A. Morgan, E. Ziglio. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.*, (2007), pp. 17-22

⁶ Juvinya-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*. 2013; 23 (3): 87-88. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-salutogenesis-nuevas-perspectivas-promover-salud-S1130862113000466>

⁷ Cofiño R, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016; 30(S1):93-98.

<http://www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X/>

⁸ Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010 [Internet].

Organización Mundial de la Salud; Disponible en:

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

⁹ 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 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2013. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

¹⁰ World Health Organization. Health in all policies: training manual [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. 271 p. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981_eng.pdf?sequence=1



Figura 2. Salud en todas las políticas (en proceso de elaboración)

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 efectos¹¹, 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 **poblacional**, 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 sociedad¹².

El planteamiento más reciente de **Una sola salud**¹³ (*One Health*, en inglés) alude a la estrecha relación e interdependencia que existe entre los aspectos asociados a la salud humana, la salud

¹¹ Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, 1999

¹² Hanlon, John J. La filosofía de la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública [Internet] [Internet]. 2014;40(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496015>

¹³ Organización Mundial de Sanidad Animal. Una sola salud [Internet]. Disponible en: <https://www.oie.int/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud/>

animal y la salud ambiental, como marco explicativo del aumento de enfermedades infecciosas emergentes de origen zoonótico en los primeros años del siglo XXI¹⁴. 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”¹⁵. 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.



Figura 3. Una sola salud (imagen en elaboración)

En 2015, bajo el paraguas de las Naciones Unidas, 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.

¹⁴ 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. <https://www.fao.org/3/aj137e/aj137e00.htm>.

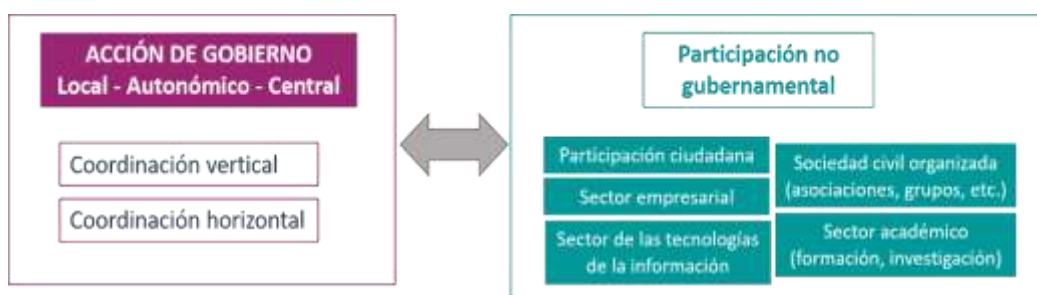
¹⁵ Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP Statement. Tripartite and UNEP Support OHHLEP's Definition of "One Health." <https://www.fao.org/3/cb7869en/cb7869en.pdf>.



Figura 4. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (imagen en elaboración)

España se ha comprometido con 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”¹⁶ y se han diseñado indicadores para realizar su seguimiento y evaluación¹⁷.

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**¹⁸, 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.



¹⁶ Gobierno de España. Plan De Acción Para La Implementación De La Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible [Internet]. 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>

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de La Agenda 2030 Para El Desarrollo Sostenible. <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>.

¹⁸ Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013: 107 p.

Figura 5. Gobernanza para la salud y el bienestar (imagen en elaboración)

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 un instrumento de coordinación de las políticas nacionales en materia de salud pública (centrales, 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 central, 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 la población española.

Para cumplir con este objetivo, se establecen líneas estratégicas a seguir por todas las administraciones sanitarias en sus políticas de promoción, prevención y protección de la salud pública, 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.

Esta estrategia 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 SNS 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).

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 al 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 Organización Mundial de la Salud (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 (CSP) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (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 a la estrategia de otros departamentos ministeriales. La participación de las CC.AA. se realizó mediante la aportación de las ponencias de la CSP y a través de la discusión del borrador en la CSP y en el CISNS. Por su parte, la participación de sociedades científicas y de profesionales, de expertos y de sociedad civil 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, contarán con la necesaria colaboración del sistema sanitario, particularmente el nivel de atención primaria, y la participación de la población.

Para realizar el seguimiento y la evaluación, se han diseñado indicadores. 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.

La ESP 2022 se aprobará mediante Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, 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 orientadas a contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

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 Pública¹⁹, 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.

¹⁹ Artículo 3. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

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".

- 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 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:

- Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España²⁰, aprobado por el Congreso de los Diputados en julio de 2020.
- Mecanismo de Recuperación y Resiliencia²¹ (Reglamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021).
- Instrumento comunitario *NextGenerationEU*²² para hacer frente a la crisis sociosanitaria.
- Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia²³, 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.

²⁰ Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES. Congreso de los Diputados XIV Legislatura.

https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

²¹ 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 [Internet]. 2021. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/241/oj>

²² Comisión Europea. Plan de recuperación para Europa [Internet]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

²³ Gobierno de España. Plan de recuperación, transformación y resiliencia [Internet]. Gobierno de España; 2021. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf

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 mortalidad²⁴. De hecho, en España se han notificado más de 12 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 100.000 fallecidos²⁵. 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^{26,27}. 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 bienestar²⁸.

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.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

²⁵ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización no 589. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 08.04.2022 [Internet]. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_589_COVID-19.pdf

²⁶ OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

²⁷ Ministerio de Sanidad. Esperanzas de vida, 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2019.pdf

²⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Determinantes económicos, recursos sanitarios, estilos de vida y años de vida saludable en España. Estudio exploratorio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. 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 frecuencia²⁹. 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 económicos³⁰. Se incluyen las causas principales de mortalidad en la Figura 6.

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 mujeres³¹. 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 sostenibles³². 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 salud³³. La **Estrategia en Cáncer del SNS**³⁴ está alineada con los objetivos del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer³⁵ 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

²⁹ Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Mortalidad por causas de muerte [Internet]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/mortalidad-por-causa-de-muerte>

³⁰ Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

³¹ Haebeler M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2020;73(4):282-9.

³² Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/EstrategiaSaludCardiovascular.htm

³³ Grupo MEDEA3. Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3 (MEDEAPP) [Internet]. Disponible en: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

³⁴ [Microsoft Word - ActualizacionEstrategiaCancer_2020_210224_CISNS.doc \(sanidad.gob.es\)](#)

³⁵ [Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer \(europa.eu\)](#)

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^{36,37}.

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 año³⁸.

La Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025³⁹, el **Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud 2021**⁴⁰, y los informes del Observatorio de Salud de las Mujeres⁴¹ contribuyen a la lucha contra este tipo de violencia.

En relación a la violencia ejercida sobre la infancia y adolescencia, un estudio realizado en base al análisis de llamadas que niños/as, adolescentes y adultos realizaron al Teléfono ANAR

³⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49920>

³⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

³⁸ Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer (Anuario 2018). Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2021. 472 p.

³⁹ Comisión Europea (CE). Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025 [Internet]. 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

⁴⁰ [Ministerio de Sanidad - Organización Institucional - Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud 2021](#)

⁴¹ Rosa M. López Rodríguez [coord.]. Informe anual sobre violencia de género 2020. Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad). Madrid: Ministerio de Sanidad; 150 p.

registró en 7 años (entre los años 2009 y 2016) un total de 25.323 casos de violencia⁴². 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 las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por España en 1990) y en diversos tratados y normativas nacionales e internacionales posteriores⁴³. 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 intersectorial⁴⁴. La creación de la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**, de la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes en el seno del CISNS, está encaminada a la erradicación de 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 e impedimento de situaciones de riesgo, y el cumplimiento de las normas de seguridad, son algunos de los aspectos esenciales de la prevención de lesiones. Los 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 muertes⁴⁵ (siendo la septicemia el mecanismo patológico más frecuente). La situación socioeconómica de nuestro territorio, los planes de vigilancia epidemiológica de este tipo de enfermedades 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.

⁴² Benjamín Ballesteros [coord.]. Evolución de la Violencia a la Infancia en España según las Víctimas (2009-2016) [Internet]. Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR); 2018. 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

⁴³ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

⁴⁴ Gray J Jordanova Pesevska, Dimitrinka, Sethi D, Ramiro González MD, Yon Y. Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. 2017.

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones por causa básica de defunción [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49914>

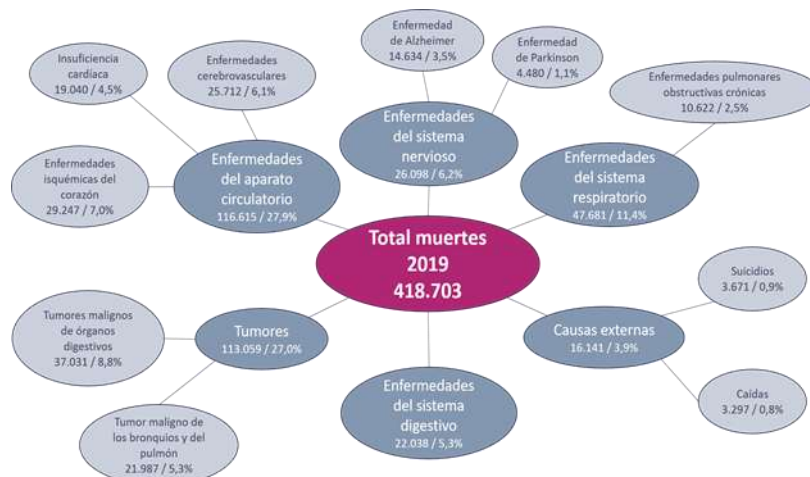


Figura 6. Principales causas de mortalidad en España en 2019, datos extraídos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad (figura de elaboración propia)

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 2017⁴⁶. La obesidad abdominal en hombres y en mujeres es del 68% y

⁴⁶ Instituto Nacional de Estadística. Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Principales resultados. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 jun. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

61%, respectivamente^{47,48,49}. La prevalencia de obesidad en España es mayor en la población de menor renta, y este gradiente socioeconómico es mayor en las mujeres⁵⁰.

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 adolescencia; 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 entorno⁵¹. 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 grave⁵², una condición que afecta mayoritariamente a población en situación socioeconómicamente vulnerable y que

⁴⁷ Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. *Obes Rev.* 2012 Apr;13(4):388–92.

⁴⁸ Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2016 Jun;69(6):579–87.

⁴⁹ Pérez-Rodrigo C, Hervás Bárbara G, Gianzo Citores M, Aranceta-Bartrina J. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk factors in the Spanish population: the ENPE study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2022 Mar;75(3):232–41.

⁵⁰ Merino-Ventosa M, Urbanos-Garrido RM. Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: A cross-sectional study of the Spanish adult population. *Econ Hum Biol.* 2016; 2016 Sep;22:216-224. doi: 10.1016/j.ehb.2016.05.004.

⁵¹ Organisation mondiale de la sante, Bureau regional de l'Europe. 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; 2013.

⁵² Spinelli A, Buon cristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, et al. Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obesity facts.* 2019;12(2):244–58.

disminuye la esperanza de vida en 10 años⁵³. En preescolares, el exceso de peso llega al 23% y la obesidad al 8%⁵⁴.

El sobrepeso y la obesidad infantil se ven afectados claramente por los determinantes de la salud⁵⁵ (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^{56,57}.
- Actividad física y/o sedentaria: la obesidad infantil se asocia a la actividad física insuficiente y a las actividades que se asocian al sedentarismo⁵⁸.
- Duración y calidad del sueño: se observado una asociación entre la presencia de obesidad infantil y el escaso número de horas de sueño⁵⁹.

⁵³ Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Madrid, 2020. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm

⁵⁴ Garrido-Miguel M, Oliveira A, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Soriano-Cano A, et al. Prevalence of Overweight and Obesity among European Preschool Children: A Systematic Review and Meta-Regression by Food Group Consumption. *Nutrients*. 2019;11(7): 1698.

⁵⁵ Astray J, del Pino V. 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. Madrid: Consejería de Sanidad; 2018. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-j_2017.pdf

⁵⁶ L. Te Morenga, S. Mallard, J. Mann. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*., 346 (2012), pp. e7492

⁵⁷ L. Monasta, G.D. Batty, A. Cattaneo, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev.*, 11 (2010), pp. 695-708. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00735.x>

⁵⁸ L.F. De Rezende, M. Rodrigues, J.P. Rey-López, et al. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One.*, 9 (2014), pp. e105620. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>

⁵⁹ L. Magee, L. Hale. Longitudinal associations between sleep duration and subsequent weight gain: A systematic review. *Sleep Med Rev.*, 16 (2012), pp. 231-241. <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2011.05.005>



Figura 7. Obesidad infantil (imagen no definitiva)

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 prioritario⁶⁰.

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€ por cada euro invertido en ellas⁶¹. 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 sobrecoste total ligado a la obesidad de 3.000.000.000€⁶².

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**⁶³, y 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.

⁶⁰ Ramiro-González MD, Sanz-Barbero B, Royo-Bordonada MÁ. Exceso de peso infantil en España 2006-2012. Determinantes y error de percepción parental. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2017;70(8):656–63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893216306650>

⁶¹ OCDE, La Pesada Carga de la Obesidad, 2019. Informe completo disponible en [oe.cd/obesity2019](https://www.oecd.org/obesity2019)

⁶² Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J, et al. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Apr 1];72(11):916–24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893218303877>

⁶³ [Gobierno España - Alto Comisionado para la lucha contra la pobreza infantil \(comisionadopobrezainfantil.gob.es\)](https://comisionadopobrezainfantil.gob.es)

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 funcional) ^{64,65}. 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 cardiaca y cardiopatía isquémica ⁶⁶. 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 depresivos ⁶⁷. El 11% de la población consume tranquilizantes, relajantes o fármacos para conciliar el sueño, un 4,8% antidepressivos o estimulantes y el 5,4% refiere haber acudido al psicólogo, 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 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 malos tratos inadecuados, y las que residen en instituciones penitenciarias, entre otras ^{68,69}.

⁶⁴ Subdirección general de calidad y cohesión. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS [Internet]. Dirección general de salud pública, calidad e innovación. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad; 2015. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf

⁶⁵ Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología* [Internet]. 2018 ;38(6):606–15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699518300754>

⁶⁶ Crews DC, Bello AK, Saadi G, Kam Tao Li P, Garcia-Garcia G, Andreoli S, et al. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Nefrología* [Internet]. 2020;40(1):4–11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699519300505>

⁶⁷ OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

⁶⁸ SG Información Sanitaria. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos: #1 - Salud Mental [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

⁶⁹ Christian Carlo Gil-Borrelli, César Velasco, Carlos Iniesta, Paula de Beltrán, Javier Curto, Pello Latasa. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España <https://www.gacetasanitaria.org/es-hacia-una-salud-publica-con-articulo-S0213911116302497>

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^{70,71}.

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 genéticos⁷².

Existen muchas iniciativas para el cuidado de la salud mental y el bienestar de la población, tanto a nivel central como autonómico y local. Recientemente se ha aprobado el **Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024**⁷³ de la **Estrategia de Salud Mental del SNS** 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 conveniente⁷⁴.

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

⁷⁰ Asociación TCA Aragón. Estadísticas sobre los TCA [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>

⁷¹ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes [Internet]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

⁷² OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

⁷³ [PLAN ACCION SALUD MENTAL 2022-2024.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

⁷⁴ Bravo Pérez M, Almerich Silla J, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena F, Expósito Delgado A, et al. Encuesta de salud oral en España 2020. Rev Ilustre Cons Gen Col Odontólogos Estomatólogos Esp [Internet]. 2020;25(4):13-68. Disponible en: <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espaa-2020>

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; sin embargo, 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^{75,76}. 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 2022-2030⁷⁷, la Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026 de ONUSIDA⁷⁸, el Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH⁷⁹, o la Estrategia Mundial de Investigación e Innovación contra la Tuberculosis de la OMS⁸⁰ 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, infantil y perinatal y el porcentaje de bajo peso al nacer, se sitúan entre las más bajas del mundo⁸¹

En 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 levantarse⁸² y un 14% refieren dificultad para el aseo. Este porcentaje de limitación de la movilidad aumenta al 49% para las mujeres de 65 y más años⁸³.

⁷⁵ Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. 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; 2021

⁷⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 1990–2010. Stockholm: ECDC; 2012.

⁷⁷ World Health Organization (WHO). final draft of the Global Health Sector Strategies (GHSS) on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022-2030 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030>

⁷⁸ ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA [Internet]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

⁷⁹ Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH [Internet]. Disponible en: <https://pactosocialvih.es/>

⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de investigación e innovación contra la tuberculosis [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2022 May 10]. 41 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336078>

⁸¹ OECD (2022), Infant mortality rates (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en (Accessed on 10 May 2022)

⁸² Instituto Nacional de Estadística (INE). Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional) [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=Producto sYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

⁸³ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020 [Internet]. Disponible en:

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"⁸⁴. La última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008⁸⁵ indicó que, en España, un 20% de hogares tenía al menos una persona con discapacidad, que 1,39 millones de personas no podían realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda, y que unas 608.000 personas con discapacidad vivían solas en su hogar. En 2019, según la Base Estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad⁸⁶, 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 discapacidad⁸⁷. Esta situación de vulnerabilidad es más acusada en las mujeres con discapacidad intelectual.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁸⁸ de 2001 es un marco conceptual de la OMS que cambia el paradigma de clasificación de la discapacidad. 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 de las capacidades de las personas⁸⁹. 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, y permite

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_ev ol_princip_result.pdf

⁸⁴ 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

⁸⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

⁸⁶ Subdirección de Planificación, Ordenación y Evaluación. Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2019.pdf

⁸⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE). El Salario de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/spd_2017.pdf

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

⁸⁹ Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2022 Abr 06] ; 83(6): 775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.

generar evidencia para plantear servicios y programas de salud, y evaluar las intervenciones realizadas. Su uso no se ha generalizado en nuestro territorio⁹⁰.

Recientemente, se ha aprobado la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**⁹¹, 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 Discapacidad⁹² y basada en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁹³.

Determinantes de la salud

En 2008 se puso en marcha la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España⁹⁴. 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 existente, la participación de las personas en esas redes y el apoyo social que reciben de ellas⁹⁵.

⁹⁰ Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la salud Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

⁹¹ 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

⁹² 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>

⁹³ 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>

⁹⁴ Subsanar 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. Subsanar las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1

⁹⁵ Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. 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; 2018. 65 p

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 morbimortalidad⁹⁶.

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^{97,98}.

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 8). En 2019 el porcentaje de personas mayores (65 y más años) ascendía al 19% del total de la población y se estima que este porcentaje ascenderá al 29% en el año 2068. El porcentaje de octogenarios representan el 6% de toda la población y se estima que seguirá aumentando en el futuro⁹⁹. La pirámide de entornos rurales presenta mayor porcentaje de personas mayores.

⁹⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.

⁹⁷ WHO Regional Office for Europe. Behavioural and cultural insights for health [Internet]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health>

⁹⁸ WHO Regional Office for Europe. About the European Programme of work [Internet]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/about-the-european-programme-of-work>

⁹⁹ Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS).; 2020 p. 39. (Informes Envejecimiento en red). Report No.: 25. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

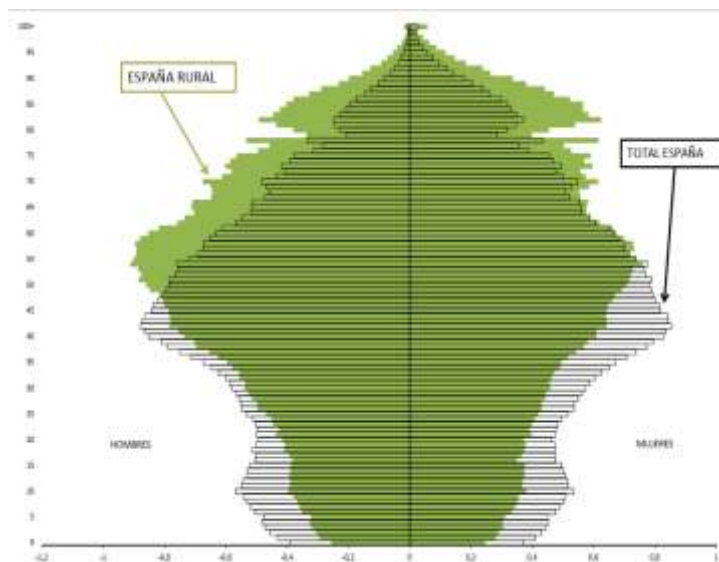


Figura 8. Pirámide poblacional de España, 2019.

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

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 vida¹⁰⁰.

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 presentes en un 20% y 25%, respectivamente. La participación comunitaria y el tejido social en red son claves para mejorar la salud y el bienestar. La muerte en soledad es un tema de relevancia epidemiológica^{101,102}.

¹⁰⁰ Forjaz MJ, Rodríguez-Blázquez C, Ayala A, Rodríguez-Rodríguez V, Pedro-Cuesta J de, García-Gutiérrez S, et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 31 de enero de 2022];26(3):176-81. Disponible en:

[https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(15\)00051-5/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(15)00051-5/fulltext)

¹⁰¹ Araujo L, Ayala A, Calderón-Larrañaga A, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, González-Herrera A, et al. Policy brief: proyecto QASP (Quality of life and Aging in Spain, Sweden and Portugal). Sumando calidad de vida a los años [Internet]. 2021. Disponible en:

https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/13246/Sumando_Calidad_Vida_A%c3%b1os2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y

¹⁰² Esteve-Esteve M, Melchor-Alós I, Pérez-Panadés J, Herrero-Huertas L, Botella P, Alberich-Martí C. Magnitud Y Factores Asociados Al Fenómeno De La Muerte Solitaria Del Anciano En La Comunidad Valenciana. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 24 de marzo de 2021;95:14. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202103044.pdf

Otro aspecto fundamental es el **edadismo** que se proyecta sobre las personas mayores, entendido como los estereotipos y prejuicios existentes en relación a la edad. Se ha demostrado que el edadismo produce estrés cardiovascular¹⁰³, reduce la esperanza de vida entre aquellas personas con actitudes negativas sobre el envejecimiento¹⁰⁴, retrasa la realización de acciones que repercuten en la salud (por ejemplo, las adaptaciones estructurales de la vivienda)¹⁰⁵ y pueden conllevar riesgo de auto-exclusión.

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^{106,107}(Figura 9). El progresivo envejecimiento de la población y su repercusión sobre la prevalencia de múltiples enfermedades crónicas y otros problemas asociados podrían ocasionar un aumento de utilización de recursos sociosanitarios¹⁰⁸. 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 aproximadamente a 400.000 personas. Los centros de titularidad pública constituyen el 25% del total y atienden a más del 60% de residentes¹⁰⁹.

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 SNS**¹¹⁰, y la prevención de la fragilidad a través de la

¹⁰³ Levy BR et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002 83(2):261-270.

¹⁰⁴ Envejecimiento y ciclo de vida. Preguntas y respuestas. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/es/>

¹⁰⁵ Bailey, C.; Aitken, D.; Wilson, G.; Hodgson, P.; Douglas, B.; Docking, R. “What? That’s for Old People, that.” *Home Adaptations, Ageing and Stigmatisation: A Qualitative Inquiry*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 4989.

¹⁰⁶ Healthy aging and functional ability [Internet]. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

¹⁰⁷ Organización Mundial de la Salud. Decade of healthy ageing 2020-2030 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

¹⁰⁸ Palladino R, Tayu Lee J, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing* [Internet]. mayo de 2016 [citado 31 de enero de 2022];45(3):431-5. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afw044>

¹⁰⁹ Subdirección general de planificación, ordenación y evaluación. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España [Internet]. Secretaría de estado de derechos sociales. Madrid: Ministerio de derechos sociales y agenda 2030; 2021. 41 p. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf_ssppmmesp2020.pdf

¹¹⁰ Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. 98 p. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_e_l_SNS_2021.pdf

Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad aprobada por la CSP en 2019¹¹¹ y actualizada en mayo de 2022¹¹² donde las CC.AA. tienen un papel decisivo.

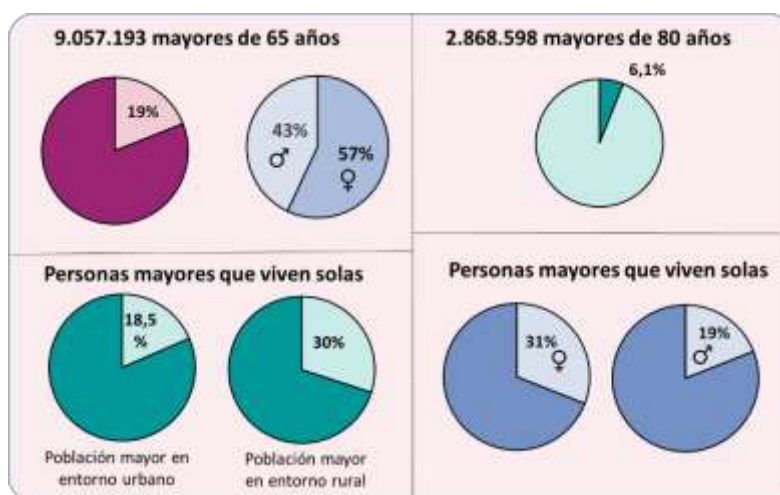


Figura 9. Población mayor en España (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>)

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. 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 hombres¹¹³.

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

¹¹¹ Subdirección general de promoción, prevención y calidad. Dirección general de salud pública. Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad [Internet]. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf

¹¹² [ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

¹¹³ Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS).; 2020 p. 39. (Informes Envejecimiento en red). Report No.: 25. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas, además de establecer la distribución del poder en esas relaciones^{114,115}.

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 a los roles de género. Se describen a continuación algunos datos al respecto sobre salud, empleo, salarios, estudios y necesidad de cuidados externos¹¹⁶:

- **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 ser sedentaria. En adición a estos datos, existen diferencias en el modo de realizar diagnósticos y tratamientos cuando la persona es una mujer, produciéndose, en determinadas ocasiones, retrasos diagnósticos o aproximaciones asistenciales que perjudican a la mujer por el hecho de serlo. En este punto cabe mencionar que 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)¹¹⁷.
- **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

¹¹⁴ Isabel Martínez Benlloch. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud [Internet]. Ministerio de Sanidad; Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Género y salud [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹¹⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España [Internet]. 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

¹¹⁷ EMAKUNDE. Instituto vasco de la salud. Artículos. Construcción de la masculinidad [Internet]. Disponible en: <https://www.emakunde.euskadi.eus/informacion/igualdad-documentos/u72-contema/es/>

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. En relación al entorno profesional de la salud, es importante indicar que el 72% de las personas que trabajan en la sanidad en España son mujeres¹¹⁸, 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 hombres¹¹⁹.
- Estudios: Todas estas diferencias 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 hombres¹²⁰.
- 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 bajo¹²¹. Algunas personas que prestan 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 salud¹²².

¹¹⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa (EPA), cuarto trimestre de 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0421.pdf>

¹¹⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora [Internet]. 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%2C5%25

¹²⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres graduadas en educación superior [Internet]. 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

¹²¹ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España. 2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_ev ol_princip_result.pdf

¹²² Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España [Internet]. 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

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 se puedan tener 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^{123,124}.

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 consumir fármacos antidepresivos. Dentro de las personas con orientaciones sexuales no normativas, la discriminación es más frecuente en mujeres que en hombres¹²⁵. 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 ginecológicos. Los hombres gays y bisexuales tienen mayores tasas de infección por 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^{126,127,128}.

¹²³ Centro de Estudios Económicos Tomillo. Análisis de la perspectiva de género en algunas estadísticas españolas y propuestas de mejora [Internet]. Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/docs/016-analisis.pdf>

¹²⁴ Colomer Revuelta Concha. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2007 Abr; 81(2): 91-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000200001&lng=es.

¹²⁵ Valoración del estado de salud de las personas LGBT en España. M. Ruiz Álvarez, P. Latasa Zamalloa, H. Sánchez Herrero, M.A. Figuerola Tejerina, M. García Solano. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911119000670>

¹²⁶ 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>

¹²⁷ Transgender Europe. Overdiagnosed but Underserved, Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden. Berlin, 2017

¹²⁸ Herman J, Brown TNT, Hass AP. Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. 2019. UCLA. California. 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 10). Estas cifras en España en el año 2017 eran del 39%^{129,130,131}, 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^{132,133}. 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 ambiente¹³⁴.

¹²⁹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2017.

¹³⁰ Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

¹³¹ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física) [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalle&c=INESeccion_C¶m3=1259924822888&p=%5C&pageName=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926457058&L=0

¹³² [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](#)

¹³³ Cabedo R, Manresa JM et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas prof*; 20(2): 54-61, 2019.

¹³⁴ Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.1>



Figura 10. Lactancia materna exclusiva (en proceso de elaboración propia a partir de <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/08/01/default-calendar/world-breastfeeding-week-2019>)

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna¹³⁵, 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, y 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^{136,137}. España cumple parcialmente con el contenido de este Código¹³⁸, y está en proceso de acreditar más hospitales y centros de salud como centros IHAN. Así mismo, la OMS recomienda establecer un organismo nacional de coordinación de la lactancia materna para fomentarla¹³⁹.

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

¹³⁵ World Health Organization. Regional Office for Europe. Effective regulatory frameworks for ending inappropriate marketing of breast-milk substitutes and foods for infants and young children in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022 [cited 2022 May 6]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352003>

¹³⁶ Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) [Internet]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>

¹³⁷ Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2011. 151 p. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>

¹³⁸ World Health Organization. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020: summary [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. 4 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332185>

¹³⁹ World Health Organization. Promoting baby-friendly hospitals [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>

en España¹⁴⁰. 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 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)¹⁴¹. 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 cumplen 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 otro edulcorante calórico añadido 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 promotores de 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%¹⁴². 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

¹⁴⁰ Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.

¹⁴¹ Sane Schepisi M, Di Napoli A, Ascitutto R, Vecchi S, Mirisola C, Petrelli A. The 2008 Financial Crisis and Changes in Lifestyle-Related Behaviors in Italy, Greece, Spain, and Portugal: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de agosto de 2021;18(16):8734.

¹⁴² 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_ENALIA_2014_FINAL.pdf

la OMS con nivel fuerte de recomendación, y el 90% superan el 5%, límite de la recomendación condicional para obtener beneficios adicionales de salud¹⁴³.

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 procede 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 azucaradas¹⁴⁴. Lo que demuestra la influencia que ejerce la estructura social en un determinante de la salud tan importante como la alimentación. Hay estudios que reflejan que esta medida tiene una influencia positiva de determinadas medidas en la reducción del consumo de estas sustancias^{145,146}.

La 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 come la población, que la educación para la salud que esta población pueda recibir¹⁴⁷.

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 infantil¹⁴⁸. 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 ellos¹⁴⁹. En el momento actual, y tras haber realizado la evaluación de

¹⁴³ Organización Mundial de la Salud. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Resumen [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. 11 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf

¹⁴⁴ 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>

¹⁴⁵ Royo-Bordonada MÁ, Fernández-Escobar C, Gil-Bellosta CJ, Ordaz E. Effect of excise tax on sugar-sweetened beverages in Catalonia, Spain, three and a half years after its introduction. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2022 Mar 12;19(1):24.

¹⁴⁶ Thow AM, Downs SM, Mayes C, Trevena H, Waqanivalu T, Cawley J. Fiscal policy to improve diets and prevent noncommunicable diseases: from recommendations to action. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 May 3];96(3):201–10. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272234>

¹⁴⁷ Richard Wilkinson, Michael Marmot. Los determinantes sociales de la salud. Hechos probados. Segunda edición. [Internet]. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.; 2003. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

¹⁴⁸ Menéndez García R. A., Franco Díez F. J.. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2009 Jun; 24(3): 318-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000300009&lng=es.

¹⁴⁹ Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN). Publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores. CÓDIGO PAOS de corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención

este Código, el Ministerio de Consumo ha iniciado la tramitación 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 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.

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 OMS¹⁵⁰ 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 2017¹⁵¹. El incumplimiento de estas

de la obesidad y salud. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/marketing_y_publicidad_dirigida_a_menores.htm#:~:text=El%20C%C3%B3digo%20PAOS%20establece%20un,excesiva%20presi%C3%B3n%20publicitaria%20sobre%20ellos

¹⁵⁰ 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>

¹⁵¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, serie informes monográficos: 2- Actividad física, descanso y ocio. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y

recomendaciones es mayor en mujeres y en clases sociales menos acomodadas. Estas desigualdades sociales y de género se observan desde la infancia¹⁵²; el porcentaje de chicos de 11 a 18 años que realizan actividad física 7 días a la semana es muy superior al de las chicas¹⁵³.

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 movimiento¹⁵⁴. 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 educativo¹⁵⁵.

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 edad¹⁵⁶. 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 por ejemplo las horas de sueño (otro factor asociado a la obesidad infantil) o

Bienestar social; 2018. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISI_CA.pdf

¹⁵² Gonzalo-Almorox, E., & 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), 106.

<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0394-9>

¹⁵³ Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018. Ministerio de Sanidad, 2020.

¹⁵⁴ Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landesa, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(3), 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>

¹⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre [Internet]. Disponible en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalleFichaIndicador&c=INESeccion_C¶m3=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259944495973&L=0#:~:text=Respecto%20al%20sedentarismo%2C%20a%20nivel,sedentaria%20en%20su%20tiempo%20libre

¹⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, serie informes monográficos: 2- Actividad física, descanso y ocio. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2018. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISI_CA.pdf

los hábitos de alimentación saludable (tendencia a ingerir productos de alto valor energético delante de la pantalla)¹⁵⁷.

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 acciones, la movilidad activa¹⁵⁸. 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 bicicleta¹⁵⁹.

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

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 que se inician a consumir a una edad más temprana son el tabaco y el alcohol, seguido del cannabis¹⁶⁰.

El **tabaquismo** constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países de altos ingresos según la OMS, siendo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables en nuestro país y el resto de los países de nuestro entorno¹⁶¹. El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de 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 España¹⁶². 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

¹⁵⁷ Cartanyà-Hueso, À., Lidón-Moyano, C., Martín-Sánchez, J. C., González-Marrón, A., Matilla-Santander, N., Miró, Q., & Martínez-Sánchez, J. M. (2021). Association of screen time and sleep duration among Spanish 1-14 years old children. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 35(1), 120–129. <https://doi.org/10.1111/ppe.12695>

¹⁵⁸ Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa y Oficina regional de OMS para Europa. Transport, Health and Environment Pan-European Programme [Internet]. Disponible en: <https://thepep.unecp.org/>

¹⁵⁹ Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Estrategia estatal por la bicicleta [Internet]. Disponible en: <https://esmovilidad.mitma.es/estrategia-estatal-por-la-bicicleta>

¹⁶⁰ 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; 2021. 243 p

¹⁶¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud. Tabaquismo [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1

¹⁶² Soriano et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171–1

enfermedades¹⁶³. 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 1997¹⁶⁴. Un estudio en Cataluña confirma esta tendencia y proyecta que para 2025 los nuevos diagnósticos en hombres seguirán descendiendo, no así en mujeres¹⁶⁵.

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 adolescencia¹⁶⁶, siendo la edad media de inicio del consumo 14 años¹⁶⁷. 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 mes¹⁶⁸. Además, casi la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años ha utilizado en alguna ocasión cigarrillos electrónicos (48,4%)¹⁶⁹.

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 mujeres¹⁷⁰. 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

¹⁶³ Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). El tabaco y el cáncer [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/tobacco/index.htm>

¹⁶⁴ Martín-Sánchez JC, Clèries R, Lidón-Moyano C, González-de Paz L, Martínez-Sánchez JM. Differences Between Men and Women in Time Trends in Lung Cancer Mortality in Spain (1980–2013). Arch Bronconeumol [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 May 10];52(6):316–20. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/en-differences-between-men-women-in-articulo-S1579212916300234>

¹⁶⁵ Guarga L, Amejjide A, Marcos-Gragera R, Carulla M, Delgadillo J, Borràs JM, et al. Trends in lung cancer incidence by age, sex and histology from 2012 to 2025 in Catalonia (Spain). Sci Rep [Internet]. 2021 Dec 2 [cited 2022 May 10];11(1):23274. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-02582-8>

¹⁶⁶ 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; 2021. 243 p.

¹⁶⁷ [ESTUDES 2021 Informe de Resultados definitivo \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/estudes2021/informe-de-resultados-definitivo)

¹⁶⁸ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

¹⁶⁹ Informe sobre los cigarrillos electrónicos: Situación actual, evidencia disponible y regulación. 2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf>

¹⁷⁰ Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. Income inequalities in unhealthy lifestyles in England and Spain. Econ Hum Biol. marzo de 2014;13:66-75.

especial riesgo. Se estima que el número de fallecimientos atribuibles al humo ambiental en España en 2011 ascendió a 1.028^{171,172}.

Entre las actuaciones internacionales en materia de tabaco se encuentra el Convenio Marco de la OMA para el Control del Tabaco¹⁷³, 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.

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, relacionándose 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)¹⁷⁴. 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 exista 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 sexos¹⁷⁵. En 2019, el 77% de las personas de entre 15-64 años consumieron alcohol (Figura 11). En 2020, el consumo diario de alcohol fue del 20% en hombres y del 6% en mujeres, cifras similares a los últimos

¹⁷¹ 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. [Internet]. Ministerio de Sanidad; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf

¹⁷² López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality Attributable to Secondhand Smoke Exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res.* 2016 May;18(5):1307-10.

¹⁷³ [El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](http://www.paho.org)

¹⁷⁴ Ministerio de sanidad. Prevención del consumo de alcohol [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/home.htm>

¹⁷⁵ 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>

años¹⁷⁶. 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)¹⁷⁷. La frecuencia de consumo intensivo episódico mensual (también denominado ‘atracción’, *binge drinking* o *heavy episodic drinking*) sitúa en el 15% de la población, siendo en hombres el doble que en mujeres¹⁷⁸. La frecuencia de este tipo de consumo es más frecuente en edades jóvenes. El 28% de estudiantes entre 14 y 18 años ha realizado *binge drinking* en los últimos 30 días¹⁷⁹.

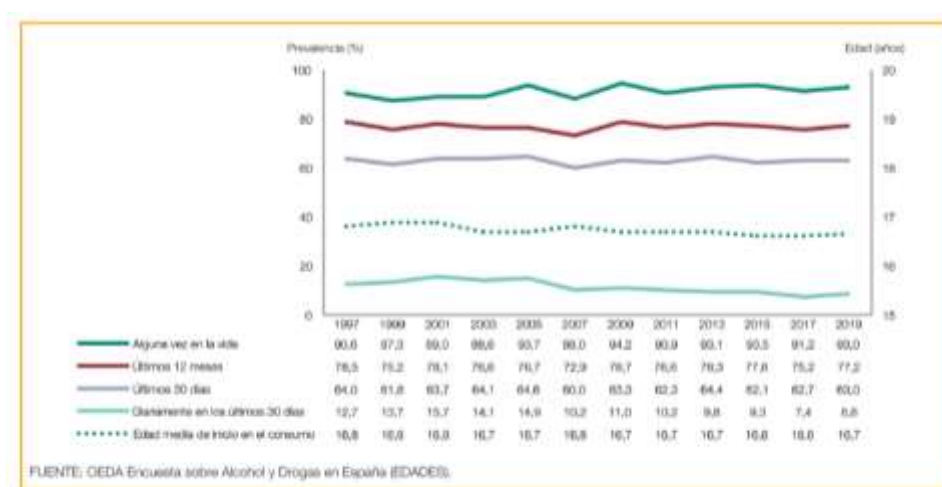


Figura 11. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020. (Monografía Alcohol 2021. Consumo y consecuencias)

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

¹⁷⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESEE2020_inf_ev ol_princip_result.pdf

¹⁷⁷ OECD (2022), Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en (Accessed on 09 May 2022)

¹⁷⁸ 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; 2021. 243 p

¹⁷⁹ 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 \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESEE2020_inf_ev ol_princip_result.pdf)

debido a que el contexto social determina distintas exposiciones y vulnerabilidades en el entorno^{180,181}.

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^{182,183,184,185}. 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 a 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?**)¹⁸⁶, 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**)¹⁸⁷, que supone una hoja de ruta para los próximos años.

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

¹⁸⁰ Ministerio de Sanidad. 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; 2020

¹⁸¹ Ministerio de sanidad. Consumo de alcohol y equidad. Como abordarlo en la consulta [Internet]. 2020. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_Equidad.pdf

¹⁸² European Code Against Cancer [Internet]. WHO International Agency Res. Cancer [citado 2020 jun 20].

Disponible en: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

¹⁸³ Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. The Lancet [Internet].

2018;392(10152):987–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361831571X>

¹⁸⁴ Scocciati C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault M-C, Espina C, et al. European Code against

Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol 2015;39 Suppl 1:S67-74.

¹⁸⁵ A healthy lifestyle [Internet]. WHO Reg. Off. Eur. [citado 2020 jun 20]. Disponible en:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>

¹⁸⁶ Consumo de alcohol: Proteger la salud como prioridad. Prevención y reducción de los daños. Información para decisores políticos: ¿Qué pueden hacer las administraciones públicas? [Internet]. Ministerio de Sanidad; p. 28.

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_DecisoresPoliticos.pdf

¹⁸⁷ Grupo de Trabajo de Prevención del Consumo de Alcohol. Líneas de actuación en el ámbito de la prevención del consumo de alcohol [Internet]. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.; 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Lineasactuacion_PrevencionConsumoAlcohol.pdf

opción de realizar recomendaciones, facilitar información y advertir a la población de los daños relacionados con el consumo de alcohol, actuación que recomienda la OMS¹⁸⁸. Por otro lado, existen iniciativas de la OMS para disminuir el consumo de alcohol (**iniciativa SAFER**¹⁸⁹ y el **Plan de Acción Mundial sobre alcohol 2022-2030**¹⁹⁰) y se está elaborando un marco de implementación para reducir el consumo de alcohol en la región europea de la OMS¹⁹¹.

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 días¹⁹². Estos datos resultan particularmente preocupantes 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

¹⁸⁸ WHO Regional Office for Europe. Alcohol labelling - A discussion document on policy options [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. 20 p. Disponible en:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf

¹⁸⁹ World Health Organization. SAFER - alcohol control initiative [Internet]. Disponible en:

<https://www.who.int/initiatives/SAFER>

¹⁹⁰ Organización Mundial de la Salud. 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 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. 41 p. 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

¹⁹¹ World Health Organization. Draft 13th March 2022. Framework to strengthen implementation of the WHO European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol (EAPA), 2022 – 2025 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://euro.sharefile.com/share/view/s016814c45a324333b249b7c22e84d991>

¹⁹² 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; 2021. 243 p

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 los **hipnosedantes** con o sin receta según informe 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. En 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 edad¹⁹³.

En relación a 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 afectadas¹⁹⁴. 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, y que 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 los 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** en relación al incremento de conductas discriminatorias, abusivas o violentas a través de las nuevas tecnologías¹⁹⁵, 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

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; 2021. 243 p

¹⁹⁴ Gobierno vasco. Departamento de Salud. Adicciones comportamentales (sin sustancia) [Internet]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/adicciones-comportamentales-sin-sustancia/web01-a3adicom/es/>

¹⁹⁵ Benjamín Ballesteros [coord.]. III Estudio sobre acoso escolar y cyberbullying según los afectados. Informe del Teléfono ANAR [Internet]. Fundación Mutua Madrileña y Fundación ANAR; p. 102. 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>

drogas. Es el encargado de la coordinación y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, y las estrategias y planes específicos relacionados (por ejemplo, la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024**¹⁹⁶ 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; sin embargo, determinadas prácticas 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 2018¹⁹⁷, 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 realizan¹⁹⁸.

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 12). Por ejemplo, en el caso de la

¹⁹⁶ [Portal Plan Nacional sobre Drogas - Estrategia Nacional sobre Adicciones \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es)

¹⁹⁷ Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020.

¹⁹⁸ Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el porcentaje de atribución a causas ambientales fue del 36%, con datos de 2019¹⁹⁹.



Figura 12. Impacto del medio ambiente en la salud²⁰⁰ (imagen no definitiva)

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.

¹⁹⁹ Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

²⁰⁰ OMS (2012). Infografía del impacto del Medio Ambiente en la Salud. Disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/PHE-prevention-diseases-infographic-ES.pdf?ua=1

²⁰¹ Cristina Ortiz, Cristina Linares, Rocio Carmona, Julio Díaz. 2017. Evaluation of short-term mortality attributable to particulate matter pollution in Spain, *Environmental Pollution*, Volume 224, Pages 541-551, ISSN 0269-7491. 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 No 22/2019. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-noise-in-europe>

Adicionalmente, el 28% de la población española considera que el ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto⁴.

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 2.000²⁰⁴. 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 y la duración de los episodios de calor extremo asociado al cambio climático exagera 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^{205,206}.

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 personas que habitan en

²⁰⁴ Instituto de Salud Carlos III. MoMoTemp [Internet]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MOMOcalor.aspx>

²⁰⁵ Ruano-Ravina A, Varela Lema L, García Talavera M, García Gómez M, Gonzalez Muñoz S, Santiago-Perez MI, et al. Lung cancer mortality attributable to residential radon exposure in Spain and its regions. *Environmental Research* Volume 199, August 2021, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111372>

²⁰⁶ Pérez Ríos M, García Talavera M, García Gómez M, González Muñoz S, Rey-Brandariz J, Barros Dios JM, Ruano Ravina A. Mortalidad atribuible a la exposición a radón residencial en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/04_Mortalidad_radon.pdf

entornos más degradados ambientalmente (con frecuencia son las que cuentan con menos recursos socioeconómicos)²⁰⁷.

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 Medio Ambiente (PESMA)**²⁰⁸, 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. 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 13).

²⁰⁷<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/gruposvulnerablesaire.htm#:~:text=s on%3A,los%20efectos%20de%20estas%20enfermedades>

²⁰⁸ Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Plan estratégico de salud y medioambiente 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. 194 p.

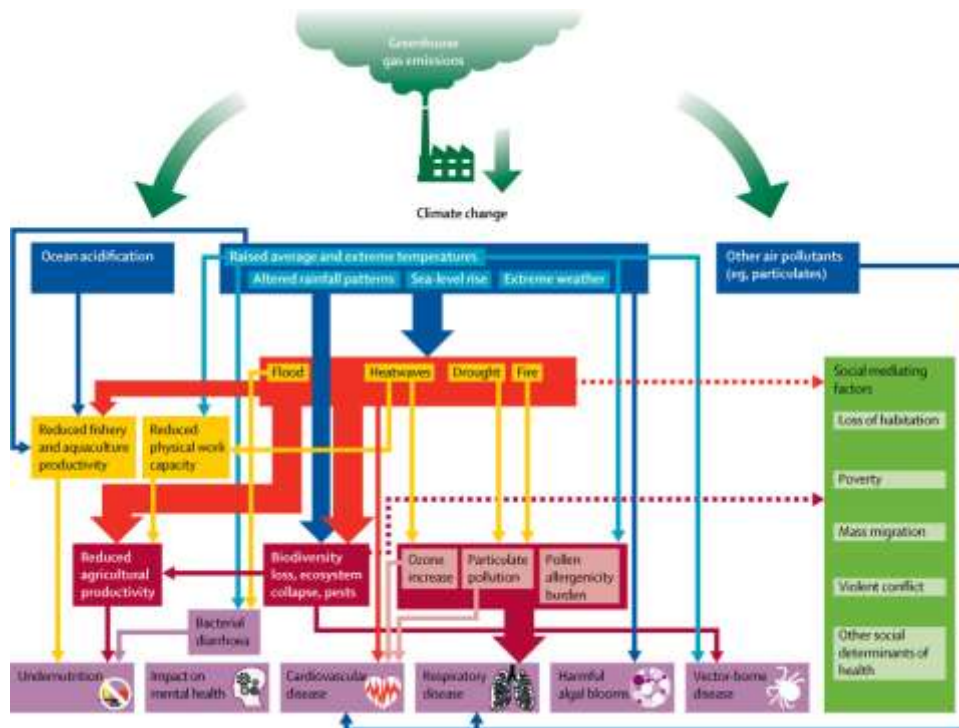


Figura 13. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change (imagen no definitiva)

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^{209,210,211,212}. 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 FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal 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**.

²⁰⁹ Romanello M, McGushin A, Napoli CD, Drummond P, Hughes N, Jamart L, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. The Lancet [Internet]. 2021 Oct 30 [cited 2022 Mar 28];398(10311):1619–62. 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)

²¹⁰ Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Plan Estratégico de Salud y medioambiente 2022-2026 [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121_PESMA.pdf

²¹¹ Pan American Health Organization. Climate Change and Health [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/climate-change-and-health>

²¹² Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Impactos del cambio climático en la salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2013 p. 236. 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 COP26²¹³, 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**²¹⁴. España se comprometió a alcanzar el reto de emisiones cero en el SNS para el año 2050, y ha desarrollado el **Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático 2021-2030**²¹⁵, 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, España es uno de los países de Europa con mayores tasas de población en riesgo de pobreza o de exclusión social (tasa AROPE, en inglés) que fue del 27% en 2020²¹⁶, la 4ª mayor de la UE. Además, en 2018 el porcentaje de población de clase social baja del 47% y la AROPE del 26,1%²¹⁷ 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 Unión Europea que fue del 19%²¹⁸.

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

²¹³ World Health Organization. COP26 Health Programme [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/cop26-health-programme>

²¹⁴ Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS [WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

²¹⁵ Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITECO). Plan nacional de adaptación al cambio climático 2021-2030 [Internet]. Madrid; 2020 p. 246. Disponible en: https://www.miteco.gob.es/es/cambio-climatico/temas/impactos-vulnerabilidad-y-adaptacion/pnacc-2021-2030_tcm30-512163.pdf

²¹⁶ Eurostat. Living conditions in Europe - poverty and social exclusion [Internet]. 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

²¹⁷ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. [Internet]. Ministerio de Sanidad; p. 267. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

²¹⁸ Alto comisionado contra la pobreza infantil. Datos e indicadores [Internet]. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/datos-e-indicadores>

arterial, sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares²¹⁹. 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 bucodental²²⁰.

Por grupos poblacionales, la **comunidad gitana** en España está formada por unas 650.000 personas²²¹. 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 2006²²² y 2014²²³, y mediante la comparación 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**²²⁴ 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^{225,226,227}. A la vez, 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 inmigrante²²⁸. La población migrante que se encuentra en situación administrativa irregular puede acumular de forma especial vulnerabilidades que afecten a su

²¹⁹ Machón, M., Mosquera, I., Larrañaga, I., Martín, U., & Vergara, I. (2020). Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 276–288. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>

²²⁰ Font-Ribera, L., García-Continente, X., Davó-Blanes, M. C., Ariza, C., Díez, E., García Calvente, M. del M., Maroto, G., Suárez, M., & Rajmil, L. (2014). El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 316–325. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>

²²¹ [Un pueblo sin fronteras - Fundación Secretariado Gitano \(gitanos.org\)](https://www.gitanos.org/)

²²² Ministerio de sanidad y política social. Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2006. Madrid: Ministerio de sanidad y política social; 2009.

²²³ Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2018.

²²⁴ Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y Comunidad Gitana [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadComunGitana.htm>

²²⁵ Gimeno-Feliu LA, Pastor-Sanz M, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Prados-Torres A. Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *International Journal for Equity in Health*. 2021 Jan 20;20(1):41.

²²⁶ Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*. 2016 May 27;16(1):450.

²²⁷ Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*. 2016 Dec 3;37(1):28.

²²⁸ Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Health inequalities in immigrant populations in Spain: a scoping review. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88(6):687–701.

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 personas²²⁹.

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 perpetúa²³⁰. 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 OMS *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*²³¹.

El **nivel educativo** se correlaciona con el riesgo de exclusión social (Figura 14). 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

²²⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>

²³⁰ Albert C, Davia MA. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health Promot Int.* 2011 Jun;26(2):163-70. doi: 10.1093/heapro/daq059. Epub 2010 Oct 8. PMID: 20935091.

²³¹ Ministerio de Sanidad. Estudio HBSC [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/ho me.htm>

título de enseñanza secundaria obligatoria) se situó en 2021 en el 13,3%²³², y el porcentaje de población de 25 a 64 años con nivel de estudios básico o inferior es del 35%⁴, cifras superiores a las de la UE-27²³³.

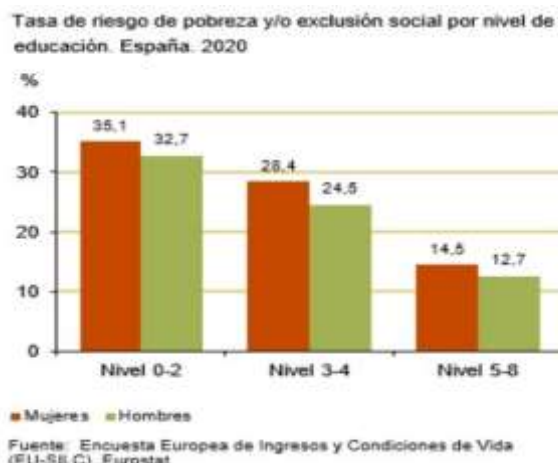


Figura 14. Pobreza y exclusión social (imagen no definitiva)

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 convivencia²³⁴.

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.

²³² 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. [Internet]. Disponible en:

http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Datos.htm?path=/laborales/epa/aban//10/&file=aban_1_02.px&type=paxis

²³³ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España [Internet]. 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

²³⁴ Ana Sastre [coord.]. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia [Internet]. Madrid: Save the Children; 2016 p. 132. Disponible en:

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

Las **Escuelas Promotoras de Salud** y la **Red Española de Universidades Saludables** son un apoyo para llevar a cabo todas estas acciones^{235,236}.

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 morbilidad²³⁷.

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 OMS²³⁸, y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud²³⁹ son fundamentales para construir un entorno local saludable y promover la salud y calidad de vida.

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 Prevención²⁴⁰. 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 misma²⁴¹.

²³⁵ 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 [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Acuerdo_M_SAN_MEyFP_PromocionSaludEscuela.pdf

²³⁶ Red española de universidades promotoras de la salud. La Universidad como entorno promotor de salud [Internet]. Disponible en: <https://www.unisaludables.es/es/>

²³⁷ Grupo MEDEA3. Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3 (MEDEAPP) [Internet]. Disponible en: <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

²³⁸ [RedEuropeaCiudadesSaludables Fase VII.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

²³⁹ Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2013. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSalud yPrevencionSNS.pdf>

²⁴⁰ 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

²⁴¹ Ministerio de Sanidad. Localiza salud. Mapa de recursos para la salud [Internet]. Disponible en: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/ResourcesSearch.action>

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**²⁴² y **Participar para ganar salud**²⁴³. 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, concedores 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^{244,245}. 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^{246,247}.

²⁴²

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.htm

²⁴³

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Participacion_Comunitaria.htm

²⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y Hombres en España [Internet]. 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=M

²⁴⁵ Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. [Internet].

Ministerio de Sanidad; p. 267. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

²⁴⁶ Victor Forte-Campos, Enrique Moral-Benito, Javier Quintana. Un índice del coste de la vida en las ciudades

españolas [Internet]. Dirección General de Economía y Estadística. Banco de España; 2021. Disponible en:

<https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T3/Fich/be2103-art29.pdf>

²⁴⁷ Franco M, Bilal U, Diez-Roux AV. Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments. J Epidemiol Community Health [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 4 de febrero de

2022];69(6):509-11. 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 Naciones Unidas**)²⁴⁸ y promover un envejecimiento activo y saludable en el lugar donde se ha elegido vivir²⁴⁹.

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^{250,251}. En España existen múltiples proyectos dedicados al estudio y a la mejora de la salud urbana^{252,253,254}.

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 sociosanitarios de larga duración.

Condiciones del entorno laboral

El trabajo no es un factor neutro en la vida y la salud de las personas; ocupa un lugar central e influencia el nivel de vida, la posición y las relaciones sociales, la autoestima y el desarrollo personal. 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

²⁴⁸ Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (2016; Quito, Ecuador). Nueva Agenda Urbana [Internet]. 2017. 54 p. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/agenda-urbana-habitat.pdf>

²⁴⁹ Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. Ciudades y comunidades amigables para las personas mayores [Internet]. Disponible en: https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm

²⁵⁰ Fariña J, Higuera E, 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

²⁵¹ Instituto de Salud Global de Barcelona. Planificación urbana, medio ambiente y salud [Internet]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/urban-planning>

²⁵² www.hhhproject.es

²⁵³ [SOPHIE \(sophie-project.eu\)](http://SOPHIE(sophie-project.eu))

²⁵⁴ <http://andees.fisabio.san.gva.es/>

de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado, son factores de riesgo para la salud física y mental²⁵⁵.

El impacto en la salud de unas **condiciones inadecuadas de trabajo** es considerable; en la Unión Europea se pierden anualmente alrededor de 560 millones de días de trabajo por problemas 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^{256,257}.

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)²⁵⁸. 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 España²⁵⁹.

Recientemente, se ha publicado la Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular²⁶⁰, 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

²⁵⁵ Eurofound y EU-OSHA: Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, 2014.

²⁵⁶ Comisión Europea. Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales [Internet]. 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

²⁵⁷ Comisión Europea. Employment, Social Affairs & Inclusion [Internet]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en>

²⁵⁸ Ministerio de Sanidad. Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015 [Internet]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/docs/Estudio_cancer_laboral.pdf

²⁵⁹ López-Abente G, García-Gómez M, Menéndez- Navarro A, Menéndez-Navarro P, Ramis R et al. Pleural Cancer Mortality in Spain: timetrends and updating of predictions up to 2020. BMC Cancer 2013 13: 528.

²⁶⁰ 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>

trabajo en el mundo son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Los accidentes ocupan el tercer lugar, seguidos de cerca por las enfermedades respiratorias crónicas²⁶¹.

En España se producen cada año más de 500.000 **accidentes de trabajo** y más de 500 accidentes mortales^{262,263}. 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 un coste aproximado de 1.700 millones de euros anuales²⁶⁴. Parte de esta siniestralidad es prevenible con políticas de prevención de riesgos laborales.

Las últimas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo²⁶⁵, 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

²⁶¹ Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

²⁶² Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Informe anual de accidentes de trabajo en España 2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía social; 2021. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/602559/Informe+anual+de+accidentes+de+trabajo+en+Espa%C3%B1a+2020.pdf>

²⁶³ Subdirección General de Estadística y Análisis Sociolaboral. Estadística de accidentes de trabajo. Año 2020 [Internet]. 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

²⁶⁴ 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 [Internet]. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST); p. 66. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/626291/-%09Plan+de+acci%C3%B3n+para+la+prevenci%C3%B3n+de+trastornos+musculesque%C3%A9licos/d65becde-81e3-45ba-b284-47e70a843b94>

²⁶⁵ 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 [Internet]. Disponible en: <https://www.insst.es/el-observatorio/encuestas/encuestas-nacionales-de-condiciones-de-trabajo-y-gestion-preventiva>

superior para mujeres, y en las actividades de educación y salud. El 41% de los trabajadores 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**²⁶⁶, evidenciado los beneficios sociales y de salud pública que tiene, reducir el tráfico, la contaminación del aire y el tiempo dedicado a los desplazamientos²⁶⁷. 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**²⁶⁸, inspirada en la **Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo**²⁶⁹.

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 SNS por cada 1.000 habitantes se concentra mayoritariamente en los hospitales²⁷⁰:

- 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.

²⁶⁶ 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 [Internet]. Disponible en: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2021-06/jrc120945_policy_brief_-_covid_and_telework_final.pdf

²⁶⁷ World Health Organization and International Labour Organization, 2021. Healthy and safe telework technical brief — Geneva, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040977>

²⁶⁸ [Red Española de Empresas Saludables \(insst.es\)](https://www.insst.es/)

²⁶⁹ [ENWHP | European Network For Workplace Health Promotion](https://www.enwhp.eu/)

²⁷⁰ 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 [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>

- 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 SNS 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 SNS 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.²⁷¹.

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 SNS y de aplicación en todo el territorio nacional desde 2019²⁷². Está en continua evaluación y abierto a modificaciones de incorporación, sustitución de vacunas y cambios de pauta, siguiendo una metodología específica²⁷³. En la actualidad la sistemática de vacunación está bien implantada en nuestro territorio en la población infantil y presenta altas coberturas de vacunación en este grupo poblacional (aunque los valores de cobertura son subóptimos en determinados grupos poblacionales). 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 programas, 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.

En estos momentos, la administración de vacunas frente a COVID-19 tiene un sistema de información integrado, el REGVACU²⁷⁴, que ha resultado una experiencia excelente en

²⁷¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). 3.2.1. Necesidades no satisfechas de cuidados médicos. [Internet]. Disponible en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944487867&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259947308577

²⁷² Ministerio de Sanidad. Calendario Común De Vacunación A Lo Largo De Toda La Vida. Calendario recomendado año 2022 [Internet]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

²⁷³ Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 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. 2011.

²⁷⁴ 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

términos de registro, gestión y evaluación del programa de vacunación frente a COVID-19^{275,276,277}. En estos momentos, no existe un sistema de registro equivalente al REGVACU para el resto de vacunas dentro del SNS, 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 SNS. 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 SNS**, 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 epidemiológicos mostraron el gran impacto negativo en salud asociado a la asistencia sanitaria^{278,279,280}. 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

actuaciones coordinadas frente a la COVID-19. [Internet]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9351-consolidado.pdf>

²⁷⁵ 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 [Internet]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_VacunacionCOVID-19_Espana_3Informe.pdf

²⁷⁶ 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 [Internet].

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_Residentes_Centros_Mayores_Informe.pdf

²⁷⁷ Expósito Singh D, Olmedo Lucerón C, Limia Sánchez A, Guzmán Merino M y Carretero J. Estimación del impacto de la vacunación frente a la COVID-19 en la población infantil de 5-11 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96: 21 de febrero e202202021

²⁷⁸ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>

²⁷⁹ de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008 Jun;17(3):216–23.

²⁸⁰ Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. *J Hand Surg Am*. 2018 Feb;43(2):174–8.

estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y eventualmente, muertes. Estos aspectos se abordan en la **Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS**²⁸¹.

Dentro de esta 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 IRAS²⁸². 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 higiene²⁸³. En España se han implantado múltiples **programas para disminuir las IRAS**; programas de higiene de manos²⁸⁴, programas para el entorno quirúrgico²⁸⁵, y programas para pacientes en situación crítica²⁸⁶.

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 euros²⁸⁷. La carga de 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 combinados²⁸⁸.

Las bacterias multirresistentes han experimentado un incremento en los últimos años (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina - SARM, enterococos resistentes a

²⁸¹ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20de%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

²⁸² ESTUDIO EPINE-EPPS no 30: 2019. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos [Internet]. Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene; 2019 p. 91. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2019%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2027112019.pdf/reports-esp>

²⁸³ Hughes JM. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future. *Chemotherapy*. 1988;34(6):553-61. doi: 10.1159/000238624. PMID: 3243099.

²⁸⁴ [Programa Higiene De Manos \(seguridaddelpaciente.es\)](#)

²⁸⁵ [Programa de seguridad en el bloque quirúrgico \(seguridaddelpaciente.es\)](#)

²⁸⁶ [Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos \(Proyectos Zero\) \(seguridaddelpaciente.es\)](#)

²⁸⁷ Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Sobre la resistencia [Internet]. Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es/sumate-al-pran#que-es-la-resistencia>

²⁸⁸ European antibiotic awareness day. Key messages: Health burden of antibiotic resistance [Internet]. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/health-burden-antibiotic-resistance>

vancomicina - EVR y bacilos Gram-negativos altamente resistentes, como ejemplos), que puede estar relacionado con la utilización inadecuada de antibióticos^{289,290,291} 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 respiratorio²⁹². 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)**²⁹³ 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 SNS 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^{294,295}. 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 territorio²⁹⁶. Adicionalmente, el uso de los servicios de atención bucodental es inferior al recomendado en Europa²⁹⁷. La orden de actualización de la cartera común de servicios del SNS, 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 nacional, 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

²⁸⁹ European antibiotic awareness day. Key messages for hospital prescribers [Internet]. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/health-burden-antibiotic-resistance>

²⁹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial Resistance in the EU/EEA - A One Health response [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-one-health-response>

²⁹¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe JIACRA España. Primer análisis integrado del consumo de antibióticos y su relación con la aparición de resistencia. Madrid; 2018 may.

²⁹² European antibiotic awareness day. Key messages for primary care prescribers [Internet]. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/primary-care-prescribers>

²⁹³ Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) [Internet]. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es>

²⁹⁴ Pinilla J, Negrín-Hernández MA, Abásolo I. Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011. Int J Equity Health [Internet]. 31 de enero de 2015;14:9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316659/>

²⁹⁵ Urbanos-Garrido RM. Income-related inequalities in unmet dental care needs in Spain: traces left by the Great Recession. Int J Equity Health [Internet]. diciembre de 2020;19(1):207. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01317-x>

²⁹⁶ Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo L, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Rídao-López M, Bernal-Delgado E. Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Spain. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.

²⁹⁷ Moreno Fuentes FJ, 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 [Internet]. Disponible en: enlace: <https://www.unicef.org/eca/reports/deep-dive-european-child-guarantee-spain>

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 (sexo, género, nivel socioeconómico, educativo, territorial, etc.)²⁹⁸. 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^{299,300}.

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 garantizar una adecuada integración de sus sistemas en las estructuras de Salud Pública. Los principales focos a 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 sustancias³⁰¹. 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 anteriormente³⁰². 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 12 millones de casos

²⁹⁸ Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Radiografía de la pobreza visual infantil en España [Internet]. Madrid: Junta de Andalucía; 2021 p. 43. Disponible en:

https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7675&vengoDe=busqueda_resultado

²⁹⁹ 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.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>

³⁰⁰ Latorre-Arteaga Sergio, Fernández-Sáez José, Gil-González Diana. Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gac Sanit* [Internet]. 2018; 32(5): 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>.

³⁰¹ <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>

³⁰² Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe general 2020 [Internet]. Ministerio del Interior; Disponible en:

http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_general_IIPP_2020_12615039X/ce569139-2f09-4ef0-8a32-5d04d98ea499

confirmados de COVID-19 y más de 100.000 fallecidos³⁰³. Las personas mayores han sido las más perjudicadas, concentrando la mayoría de casos graves que precisaron ingreso hospitalario o en UC y mayor mortalidad^{304,305,306,307}. 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^{308,309,310}. Estas circunstancias, junto a las repercusiones en todos los ámbitos vitales, han producido un impacto en la salud mental de la población general^{311,312,313,314} y de la población sanitaria³¹⁵. Asimismo, se ha evaluado el impacto de la

³⁰³ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización no 589. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 08.04.2022 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_589_COVID-19.pdf

³⁰⁴

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_598_COVID-19.pdf

³⁰⁵ <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=35179>

³⁰⁶ https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf

³⁰⁷ Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Situación de COVID-19 en España a 30 de marzo de 2022. [Internet]. Disponible en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20124%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2030%20de%20marzo%20de%202022.pdf>

³⁰⁸ Observatori de desigualtats en salut., Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut; 2020. Disponible en:

https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/desigualtats_socioeconomiques_covid19_a_quas2020.pdf

³⁰⁹ Amengual-Moreno M, Calafat-Caules M, Carot A, Correia AR, Río-Bergé C, Plujà JR, et al. Determinantes sociales de la incidencia de la COVID-19 en Barcelona: Un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 13 de diciembre de 2021];(94):64. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202009101.pdf

³¹⁰ Ordovás JM, Esteban M, García-Retamero R, González López Valcárcel B, Gordaliza A, Inzitari M, et al. Informe del GTM sobre Desigualdades y Covid-19. 2021 Feb 23; Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/239476>

³¹¹ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Efectos Y Consecuencias Del Coronavirus (V). Avance De Resultados [Internet]. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2021 p. 30. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3336marMT_A.pdf

³¹² Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el estigma (Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5). Conviviendo un año con la COVID-19: estudio longitudinal del impacto psicológico de la COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19) [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2021 p. 37. Disponible en: <https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=32b66b722e0a1eb91d0b77a1ec770c11>

³¹³ OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response [Internet]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2021. 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-0cca0b/#:~:text=The%20COVID%20crisis%20has,to%20health%20services%20%E2%80%93%20fell%20dramatically>

pandemia en la salud y en los servicios sanitarios desde la perspectiva de género³¹⁶. 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)^{317,318}.

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**³¹⁹ y los planes de acción que de él se deriven³²⁰ 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 cuenta³²¹. Es fundamental fomentar la participación local y comunitaria, la autonomía de las personas en relación a las

³¹⁴ Balluerka, N., et al., Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Bilbao, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco, 2020, 210 p. Disponible en: [Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento \(universidades.gob.es\)](https://www.consejeria.gob.es/contenidos/documentos/publicaciones/psicologia/psicologia_covid19.pdf)

³¹⁵

https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf

³¹⁶ Observatorio de Salud de las Mujeres. Informe Salud y Género 2022. Disponible en:

³¹⁷

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INF_ORME_ANUAL_2020_21.pdf

³¹⁸

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic21.pdf

³¹⁹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. [Internet]. 2019. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

³²⁰ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf

³²¹ European patients forum (EPF) [Internet]. Disponible en: <https://www.eu-patient.eu/>

decisiones sobre su salud, y las actuaciones dirigidas a promover los **programas de "paciente activo"**³²².

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 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 II guerra mundial. En 2010, el valor de estas exportaciones fue de 26 trillones de dólares³²³.

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 regreso³²⁴.

En el año 2020 se produjeron 1.466 millones de desplazamientos por razones de turismo en el mundo³²⁵. Ese mismo año, Naciones Unidas contabilizó hasta 82 millones de personas forzosamente desplazadas (refugiados) en el mundo, cifra duplicada con respecto a hace 20

³²² [Red de Escuelas de Salud - Aprender a cuidarse entre iguales \(redescuelassalud.es\)](https://redescuelassalud.es)

³²³ Esteban Ortiz-Ospina, Diana Beltekian. Trade and Globalization [Internet]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/trade-and-globalization#>

³²⁴ Centers for Disease Control and Prevention, Brunette GW, editors. CDC yellow book 2020: health information for international travel. New York, NY: Oxford University Press; 2019. 687 p.

³²⁵ Statista. Evolución del número de llegadas de turistas internacionales en el mundo entre 1995 y 2020 [Internet]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/633153/numero-de-llegadas-de-turistas-internacionales-en-el-mundo/>

años³²⁶. Esta globalización de la movilidad ha tenido importantes impactos en la salud y la distribución de enfermedades y factores de riesgo importantes^{327,328}.

A la vez, en la última década, el mundo ha experimentado **brotes 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 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 original³²⁹. 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.

En este sentido, la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal han elaborado conjuntamente una **Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países**³³⁰, 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)³³¹ 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 mercancías³³². En este sentido, se creó la aplicación *Spain*

³²⁶ United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a Glance [Internet]. Disponible en: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

³²⁷ MacPherson DW, Gushulak BD, Baine WB, Bala S, Gubbins PO, Holtom P, et al. Population Mobility, Globalization, and Antimicrobial Drug Resistance. *Emerg Infect Dis*. 2009 Nov;15(11):1727–31.

³²⁸ Findlater A, Bogoch II. Human Mobility and the Global Spread of Infectious Diseases: A Focus on Air Travel. *Trends Parasitol*. 2018 Sep;34(9):772–83.

³²⁹ Hotez PJ. Southern Europe’s Coming Plagues: Vector-Borne Neglected Tropical Diseases. Aksoy S, editor. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 10 de diciembre de 2021];10(6):e0004243. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0004243>

³³⁰ 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?msclkid=db56c949c32011ec89b0d0cce6575d81

³³¹ Organización Mundial de la Salud. Marco de gestión del riesgo de emergencias y desastres de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [cited 2022 Apr 8]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348823>

³³² 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 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/capacidades-basicas-prescritas-en-el-rsi-plan-para-el-seguimiento-cuestionario-de-seguimiento-del-progreso-de-las-capacidades-basicas-requeridas-por-el-rsi-en-los-estados-partes-who-int)

*Travel Health - SpTH*³³³, un sistema de control sanitario de las personas a su llegada a España a través de puertos y aeropuertos que ayudó a la detección de casos de infección por SARS-CoV-2 procedentes de otros países.

Estas crisis sanitarias de las últimas décadas han puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer el RSI (2005) 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 Desastres³³⁴

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 de las capacidades básicas requeridas por el RSI (2005) a nivel local, 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 Enfermedades (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. Así lo recoge el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en su punto 22, de la

³³³ [Spain Travel Health \(spth.gob.es\)](http://SpainTravelHealth(spth.gob.es))

³³⁴ World Health Organization (WHO) Regional office for Europe. Preparedness [Internet]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/from-disaster-preparedness-and-response/policy/preparedness>

sección de Sanidad y Salud Pública³³⁵.

³³⁵ Dictamen. Comisión para la reconstrucción social y económica [Internet]. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

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 Central 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 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 heterogénea³³⁶; 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 salud^{337,338,339}.

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.

³³⁶ Lobato-Pajares María Teresa, Villalbí Joan R. Los servicios de salud pública: una lectura de los informes disponibles. Gac Sanit [Internet]. 2019 Jun;33(3): 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>.

³³⁷ Segura A, Villalbí JR, Mata E, de la Puente MLI, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1999 [cited 2022 May 4];13(3):218–25. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911199713531>

³³⁸ Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. La protección de la salud en España [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>

³³⁹ Oñorbe de Torre, M. (2004). Administración sanitaria. In Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI (Vol. 2, Issue 2). ExLibris Ediciones.

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 AESAN³⁴⁰ 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 (INSHT)³⁴¹ 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 III³⁴² 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 que son claves 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, transportes, 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^{343,344}. A estas funciones protectoras se pueden añadir funciones relacionadas con la promoción de la

³⁴⁰ [Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición](#)

³⁴¹ [Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo - INSST](#)

³⁴² [Páginas - Instituto de Salud Carlos III - ISCIII](#)

³⁴³ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

salud, en colaboración y sinergia con la comunidad autónoma. La promoción 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, Barcelona definieron explícitamente su oferta de servicios de salud pública³⁴⁵.

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 estatales³⁴⁶.

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 (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA)
	Elaboración de informes generales de salud pública y asistencia sanitaria
	Política en materia de sustancias químicas
	Fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.

³⁴⁴ Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

<https://www.boe.es/eli/es/l/1985/04/02/7/con>

³⁴⁵ Villalbí Joan R., Carreras Fernando, Martín-Moreno José M., Hernández-Aguado Ildelfonso. La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2010 Jun; 84(3): 247-254. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300003&lng=es.

³⁴⁶ 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

	Política en materia de seguridad alimentaria y nutrición (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición - AESAN)
	Acuerdos sanitarios internacionales
	Coordinación y fomento de la investigación en salud (Instituto de Salud Carlos III - ISCIII)
Administraciones Autonómicas	Planificación Sanitaria
	Salud Pública autonómica
	Gestión de Servicios de Salud
Administraciones Locales (sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones)	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 centrales, autonómicos y locales (públicos o privados) que trabajan directa o indirectamente en beneficio de la salud pública.

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 Estrategia de Salud Pública, 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 española. 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**.

El **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, 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 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 SNS 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 CSP 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., el INGESA y el ISCIII, de forma ocasional y por la temática a tratar, pueden participar otros organismos. La CSP 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 SNS y para la planificación de medidas sanitarias:

- Comisión contra la Violencia de Género del SNS.
- 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 Unión Europea, 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 2020-2021³⁴⁷, para determinadas fechas significativas (festividad de San José y Semana Santa de 2021)³⁴⁸, o para la actividad relacionada con el ocio nocturno en 2021³⁴⁹. 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 CSP 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, 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, en 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

³⁴⁷ Consejo Interterritorial del SNS. 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 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. 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

³⁴⁸ 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. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-3841-consolidado.pdf>

³⁴⁹ 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 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9351.pdf>

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 tiene experiencia en este aspecto^{350,351,352,353,354}. 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 en salud pública (y competencia) es la **autoridad sanitaria**, a través del 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, estatal, autonómico y local^{355,356,357}. 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. 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 y 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.

³⁵⁰ [Evaluación de Impacto en Salud \(EIS\) - Junta de Andalucía \(juntadeandalucia.es\)](http://www.juntadeandalucia.es)

³⁵¹ [Evaluación del Impacto en Salud \(EIS\). Gobierno de Aragón \(aragon.es\)](http://www.gobiernoaragon.es)

³⁵² [Evaluación de Impacto en Salud \(EIS\) - Salud en todas las políticas - Departamento de Salud - Gobierno Vasco - Euskadi.eus](http://www.euskadi.eus)

³⁵³ [Aquí sí: Test Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya \(ASPCAT\) \(gencat.cat\)](http://www.gencat.cat)

³⁵⁴ [¿Cómo mejorar la salud en las instituciones? | EINASalut - Instituciones activas - EINASalut \(caib.es\)](http://www.einasalut.es)

³⁵⁵ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

³⁵⁶ Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/1986/04/14/3/con>

³⁵⁷ Francisco Polledo Juan José. El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Sep; 71(5): 429-436. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500001&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500001&lng=es)

La función de autoridad sanitaria en los niveles autonómicos está transferida y queda regulada por las normativas propias de cada CC.AA.

Por otro lado, bajo una concepción biopsicosocial y ecológica de la salud, se puede entender 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 salud³⁵⁸ o el Consejo Estatal de Participación de Infancia y Adolescencia³⁵⁹.

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 social, machismo, racismo y xenofobia, aporofobia, LGTBIfobia, edadismo, despoblación, inequidad de acceso a servicios e infraestructuras clave, etc.)³⁶⁰. 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 Unión Europea y el sistema de Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas - ONU) son los principales organismos a través de los que se articula la gobernanza internacional de la salud pública.

³⁵⁸ Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Comunidad. 2005;8(1):17.

³⁵⁹ Boletín Oficial del Estado. 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. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2021/09/22/dsa1009>

³⁶⁰ Lancee B, Van de Werfhorst HG. Income inequality and participation: A comparison of 24 European countries. Social Science Research [Internet]. 2012 [cited 2022 May 4];41(5):1166–78. 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

La Unión Europea^{361,362} 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 Unión Europea, y c) la Comisión Europea³⁶³.

La **Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria** (DG SANTE)³⁶⁴ 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

³⁶¹ [Portal de la Unión Europea \(europa.eu\)](https://europa.eu)

³⁶² [UE - ¿Qué es y qué hace? \(europa.eu\)](https://europa.eu)

³⁶³ [Tipos de instituciones y órganos \(europa.eu\)](https://europa.eu)

³⁶⁴ [UE - salud y seguridad alimentaria - departamento de la Comisión \(europa.eu\)](https://europa.eu)

Las Naciones Unidas 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. Las Naciones Unidas nacieron oficialmente en 1945, tras la ratificación de la Carta de la ONU, su documento fundacional³⁶⁵. En la actualidad, las Naciones Unidas 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 mundial³⁶⁶. 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 (2005), adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud³⁶⁷, 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 2030.³⁶⁸

España en la salud pública internacional

³⁶⁵ [La Organización | Naciones Unidas](#)

³⁶⁶ [Historia \(who.int\)](#)

³⁶⁷ Reglamento Sanitario Internacional 2005. http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

³⁶⁸ [Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible \(un.org\)](#)

España participa activamente en las políticas de salud de la Unión Europea, de las Naciones Unidas y de otros organismos internacionales, a través de su representación, y del trabajo de expertos del SNS en reuniones, proyectos y acciones internacionales.

Como ejemplos destaca la representación española en la Unión Europea, el Consejo y la Comisión Europea, la DG SANTE, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la EFSA y la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA); en la Organización de Naciones Unidas, la OMS (Oficina Regional para Europa) y sus grupos de trabajo y actividades; y en organizaciones transnacionales, el 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, normativa y programas propuestos desde los diferentes foros para actualizar la salud global. Adicionalmente, esta actividad internacional redonda 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 (Figura 15); presentan una visión global de la salud y de sus determinantes, y requieren un conjunto de habilidades transversales: análisis de datos, epidemiología, evaluación, gestión, conocimientos de otras disciplinas, toma de decisiones, etc.



Figura 15. Competencias esenciales en Salud Pública (elaboración propia)

La mayoría de profesionales de la salud pública en España proceden de la medicina, enfermería, veterinaria y farmacia, y en la actualidad cada vez se van incorporando más personas de otros campos del conocimiento distintos al sanitario (biología, física, psicología, estadística, biomedicina, dietética y nutrición, comunicación, etc.).

Tal como se ha mencionado anteriormente en esta ESP 2022, las acciones de salud pública se han ido diversificando y ampliando a lo largo de las décadas, de modo que, a las materias tradicionales, se añade la necesidad de incorporar perfiles transversales con conocimientos, capacidades y habilidades de disciplinas como la estadística, informática, gestión, economía, climatología, ecología, demografía, sociología, análisis político y diplomacia, ética, derecho, comunicación o marketing. 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 aspecto³⁶⁹.

En nuestro territorio, además de la formación sanitaria especializada en Medicina Preventiva y Salud Pública con un itinerario de formación específico en salud pública³⁷⁰, la formación sanitaria especializada en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria 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.

³⁶⁹ Plan nacional de competencias digitales [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2021. 72 p. Disponible en: https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/ministerio/ficheros/210127_plan_nacional_de_competencia_s_digitales.pdf

³⁷⁰ 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. <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/06/06/sco1980>

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 públicas³⁷¹, programa Erasmus+³⁷², estancias en distintas agencias como OMS³⁷³, 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)³⁷⁴, o el programa EIS de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)³⁷⁵). 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 Unión Europea³⁷⁶. 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 el marco en el que desarrollar esta formación internacional.

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

³⁷¹ Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Expertos Nacionales [Internet]. Disponible en: <https://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/EspanaUE/es/TrabajarenUE/Paginas/EXPERTOSNACIONALES.aspx>

³⁷² European Commission. Erasmus + EU programme for education, training, youth and sport [Internet]. Disponible en: <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/es>

³⁷³ World Health Organization. WHO internship programme [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/careers/internship-programme>

³⁷⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Fellowship programme: EPIET/EUPHEM [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/epiet-euphem>

³⁷⁵ Centers for Disease Control and Prevention. Epidemic intelligence service (EIS) [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/eis/index.html>

³⁷⁶ European hospital and healthcare federation. Hope programme 2022 [Internet]. Disponible en: <https://hope.be/programme-2022/>

para la Reconstrucción Social y Economía del Congreso de los Diputados³⁷⁷ 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 esta escasez de profesionales, entre otras dificultades³⁷⁸. 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) o 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 que en 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, central, 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 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 Pública³⁷⁹, 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.

³⁷⁷ Dictamen. Comisión para la reconstrucción social y económica [Internet]. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

³⁷⁸ Epidemióloga de campo en tiempos de COVID-19: retos para los servicios de salud pública. Informe SESPAS 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.009>

³⁷⁹ Consejo Interterritorial del SNS. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza, 9-10 de Marzo 2022 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en:

La 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, sin recoger en ese momento, información sobre enfermedades no transmisibles y determinantes de la salud³⁸⁰. Algo más tarde se creó otra red de vigilancia importante para la salud, la Red de Alerta Sanitaria Veterinaria (RASVE)³⁸¹.

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, se acordó en seno del CISNS la Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública (Zaragoza 9-10 marzo 2022)³⁸² para fortalecer y modernizar la vigilancia en salud pública, incorporando otros sistemas y fuentes de información

https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2022/100322-declaracion_zaragoza.pdf

³⁸⁰ Ministerio de Sanidad. Documento Técnico Del Grupo De Trabajo De Vigilancia De Equidad Y Determinantes Sociales De La Salud [Internet]. 2021. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

³⁸¹ [BOE.es - BOE-A-2002-799 Real Decreto 1440/2001, de 21 de diciembre, por el que se establece el sistema de alerta sanitaria veterinaria.](#)

³⁸² Consejo Interterritorial del SNS. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza, 9-10 de Marzo 2022 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en:

necesarios para extender la vigilancia a todas las enfermedades (no solo las transmisibles), los problemas de salud y sus determinantes, y que permita al SNS, 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 SNS 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 SNS fue aprobada por la Comisión de Salud Pública el día 5 de mayo de 2022 y por el CISNS el día 15 de mayo de 2022. 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 al 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 SNS-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.³⁸³

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 Oficial³⁸⁴ o la Red de Laboratorios para la Vigilancia de Microorganismos Resistentes³⁸⁵). 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.

https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2022/100322-declaracion_zaragoza.pdf

³⁸³ Ministerio de Sanidad. Banco de datos [Internet]. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>

³⁸⁴ Ministerio de Sanidad. Laboratorios designados para el control oficial [Internet]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/lab_desig_control_oficial.htm

³⁸⁵ 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. Red de laboratorios para la vigilancia de los microorganismos resistentes [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2018. Disponible en:

https://resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/red_laboratorios_vigilancia.pdf?file=1&type=node&id=499&force=0

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 SNS 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 Pública³⁸⁶.

Por último, 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 (CIBER, Institutos de Investigación Sanitaria 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.

También existe un Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES) creado en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud que tiene como finalidad principal el intercambio de información y buenas prácticas en promoción de la salud³⁸⁷.

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 que la información se difunda de forma masiva en cuestión de segundos. Esta situación constituye una oportunidad que debe aprovecharse desde la salud pública para conformar la opinión popular y configurar identidades sociales saludables, y

³⁸⁶ [Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología - IMPACT \(isciii.es\)](#)

³⁸⁷ <https://sipes.sanidad.gob.es/sipes2/queEsSipesAction.do?limpiaSession=1>

favorecer la creación de **comportamientos y entornos saludables**. La relevancia que en esta área tienen los nuevos medios de comunicación directa con la población, con el impacto de las redes sociales en la conformación de opinión popular y la configuración de identidades sociales (i.e., comunidades ideológicas) obliga a la reforma de los marcos de referencia que afectan a las dinámicas de comportamiento.

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 se han mostrado alto impacto durante la pandemia³⁸⁸ (como ejemplo, la relación del grado de infodemia y la aceptación de las vacunas por parte de la población)³⁸⁹.

En estos momentos no existen directrices definidas que orienten sobre cómo debe realizarse la comunicación en salud pública. La Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial³⁹⁰, el Plan de Impulso de Tecnologías del Lenguaje³⁹¹ y la Estrategia de Salud Digital del SNS³⁹², 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 y población infantil y adolescente en especial, grupos poblacionales específicos, decisores, etc.), y del canal utilizado (radio, televisión, papel, internet, etc.).
- Se establece en los niveles central, autonómico y local, manteniendo la coherencia entre niveles, y evitando discrepancias.

³⁸⁸ 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. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338919>

³⁸⁹ Singh K, Lima G, Cha M, Cha C, Kulshrestha J, Ahn Y-Y, et al. Misinformation, believability, and vaccine acceptance over 40 countries: Takeaways from the initial phase of the COVID-19 infodemic. *PLOS ONE* [Internet]. 2022 Feb 9 [cited 2022 Apr 7];17(2):e0263381. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263381>

³⁹⁰ Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial (SEDIA). Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial [Internet]. 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

³⁹¹ Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital. Plan de Impulso de Tecnologías del Lenguaje [Internet]. 2015. Disponible en: <https://plantl.mineco.gob.es/tecnologias-lenguaje/PTL/Bibliotecaimpulsotecnologiaslenguaje/Detalle%20del%20Plan/Plan-Impulso-Tecnologias-Lenguaje.pdf>

³⁹² Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS. Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. 62 p.

- Se fundamenta en los principios de salud en todas las políticas, y equidad en salud. Como norma general, potenciarán 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 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.
- 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 en los programas de salud pública, especialmente los programas de cribado poblacional de cáncer y en los programas de vacunación.

El establecimiento de prioridades de actuación en salud pública no es una tarea banal ni sencilla, tampoco es neutral. Viene definida por 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 muchos³⁹³.

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.

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*

³⁹³Definición de prioridades en las políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve.

<https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/13188.pdf>

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 socio-sanitario pueda 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 Pública³⁹⁴ 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

³⁹⁴ WHO Regional Committee for Europe. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services [Internet]. World Health Organization; 2012. Disponible en: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

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 definen también las metas que queremos conseguir y hacia dónde debemos orientar las actuaciones (Figura 16).

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.



Figura 16. Mapa de procesos de la ESP 2022 (imagen de elaboración propia)

LE1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población

Como se ha visto previamente, los problemas, las demandas y los retos de la salud de la población evolucionan 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 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

A1.1. Establecer mecanismos eficaces de gobernanza de la salud pública y de coordinación transversal de salud en todas las políticas.

A1.1.1. 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.

A1.1.2. Promover la participación intersectorial en la Comisión de Salud Pública del CISNS cuando se considere oportuno.

A1.1.3. Promover la creación de órganos o alianzas intersectoriales en el ámbito autonómico y local para el ejercicio de la salud en todas las políticas.

A1.2. 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.

A1.3. Crear un Centro Estatal de Salud Pública.

A1.4. Impulsar la evaluación de impacto en salud de las políticas.

A1.4.1. 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.

A1.5. Potenciar los servicios de salud pública en el territorio nacional.

A1.5.1. Actualizar la cartera básica establecida en el anexo I de la Cartera de servicios comunes de salud pública (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).

A1.5.2. 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).

A1.6. Sistematizar la elección de actuaciones en salud pública en base a la mejor evidencia científica, buenas prácticas y cartera de servicios de salud pública.

A1.7. 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.

A1.7.1. 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

A1.7.2. 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.

A1.8. Implementar una política de formación en salud pública

A1.8.1. Consensuar las competencias básicas que el personal de salud pública debe dominar para responder al desempeño de las funciones de salud pública.

A1.8.2. Desarrollar un itinerario de formación continuada en salud pública para profesionales de la salud a través de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, 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.

A1.8.3. Fomentar la difusión de los programas de formación en salud pública en organismos internacionales entre las personas que trabajan en salud pública.

A1.8.4. Colaborar con las Universidades para impulsar de forma transversal el conocimiento relacionado con la salud pública en todos los estudios de ciencias de la salud.

A1.9. Fortalecer la investigación y la innovación en salud pública.

A1.9.1. 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 Instituto de Salud Carlos III, así como las estrategias futuras de investigación científica del Estado.

A1.9.2. 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.

A1.10. Potenciar la comunicación y abogacía en Salud Pública.

A1.10.1. 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.

A1.10.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la administración 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.

LE2. Actualizar la vigilancia en 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 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

A2.1. Desarrollar e implementar la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

A2.1.1. 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.

A2.2. Mejorar la monitorización y gestión de los programas de vacunación.

A2.2.1. Desarrollar un sistema nacional integrado de registro de vacunas interoperable a nivel europeo, en colaboración con las CC.AA.

A2.2.2. Impulsar estudios de seroprevalencia.

A2.3. Mejorar la respuesta ante las amenazas que supongan un riesgo para la salud pública a nivel local, regional, nacional e internacional.

A2.3.1. 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.

A2.3.2. Reforzar y mantener las capacidades básicas requeridas por el 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).

A2.3.3. 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).

LE3. Mejorar la salud y el bienestar 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

A3.1. Promover y favorecer una alimentación saludable y sostenible.

A3.1.1. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la administración para fomentar la alimentación saludable durante el curso de vida y en todos los entornos (especial énfasis en el educativo, sociosanitario y laboral) y para favorecer que la población elija opciones de consumo de alimentos saludables y sostenibles.

A3.1.2. Proteger a la población, especialmente la infantil y adolescente, de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables.

A3.2. Fomentar y favorecer la actividad física y reducir el sedentarismo.

A3.2.1. Colaborar de forma intersectorial, interdisciplinar y en todos los niveles de la administración para informar y sensibilizar a la población sobre la actividad física beneficiosa para la salud.

A3.2.2. Colaborar de forma intersectorial y por todos los niveles de la administración para que se fomente la actividad física, la movilidad activa, y se disminuyan las actividades asociadas al sedentarismo (promoción de pausas activas).

A3.2.3. Favorecer el uso saludable y seguro de las tecnologías de la información y comunicación.

A3.3. Fomentar políticas/iniciativas tendentes a disminuir el consumo de tabaco, alcohol y resto de adicciones relacionadas o no con sustancias.

A3.3.1. 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.).

A3.3.2. Desarrollar estrategias y planes de acción multinivel y a nivel autonómico para la promoción de habilidades y hábitos saludables y la prevención de adicciones.

A3.3.3. Aprobar el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo.

A3.3.4. Elaborar la ley de alcohol y menores.

A3.4. Promover la salud sexual desde un enfoque positivo, integral e inclusivo.

A3.4.1. 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).

A3.4.2. Implementar la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en el SNS.

A3.5. Promover la prevención de enfermedades.

A3.5.1. Elaborar una estrategia nacional de vacunación y mejorar las coberturas de vacunación frente a enfermedades inmunoprevenibles.

A3.5.2. Desarrollar y promover los programas de cribado poblacional con fines preventivos.

A3.6. Fomentar que los entornos sean seguros para todas las personas.

A3.6.1. Informar y sensibilizar a la ciudadanía, profesionales y equipos decisores sobre prevención de lesiones no intencionales y violencia.

A3.6.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la administración en la prevención de lesiones no intencionales y eliminar cualquier tipo de violencia.

A3.7. Favorecer un medioambiente más saludable.

A3.7.1. Implementar el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente (PESMA) y los programas de actuación que se deriven de él, con un enfoque de salud en todas las políticas y Una sola salud.

A3.7.2. Establecer un sistema de vigilancia de exposición a factores ambientales y sus efectos sobre la salud orientado a la intervención.

A3.8. Fomentar las intervenciones y programas de seguridad alimentaria.

A3.8.1. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la administración 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.

A3.8.2. Colaborar intersectorialmente y en todos los niveles de la administración en la implementación de la Estrategia «De la Granja a la Mesa».

A3.9. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles.

A3.9.1. 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.

A3.9.2. 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 Saludables (REUS).

A3.10. Favorecer que el entorno local promueva la salud y el bienestar.

A3.10.1. 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.

A3.10.2. Implementar estrategias intersectoriales y de todos los niveles de la administración que favorezcan los entornos saludables en el ámbito local, tanto urbano como rural.

A3.11. Facilitar un entorno laboral que garantice la seguridad y la protección de la salud y el bienestar de las personas.

A3.11.1. 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.

A3.11.2. 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.

A3.12. Impulsar las acciones de salud pública en el entorno asistencial sanitario y sociosanitario.

A3.12.1. 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.

A3.12.2. 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.

A3.12.3. Colaborar en el abordaje de la resistencia antimicrobiana y en la adecuación de la prescripción de antimicrobianos.

A3.13. Controlar la salud pública en las fronteras.

A3.13.1. 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.

A3.13.2. 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.

A3.13.3. Reforzar la participación y colaboración con *EU Healthy Gateways*.

LE4. Promover la salud y la equidad en salud 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

A4.1. Fomentar la protección y promoción de una infancia y adolescencia activa y saludable.

A4.1.1. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las administraciones para abordar la pandemia de obesidad infantil.

A4.1.2. 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).

A4.1.3. Fomentar el bienestar emocional en la población infantil y adolescente (Plan de Atención de Salud Mental 2022-2024 entre otros).

A4.1.4. Favorecer que la población infantil y adolescente participe en la promoción de su estado de salud.

A4.2. Fomentar la protección y promoción del envejecimiento activo y saludable.

A4.2.1. Colaborar intersectorialmente y desde todos los niveles de las administraciones para promover el envejecimiento activo y saludable (Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la OMS, entre otros).

A4.2.2. Favorecer el abordaje de la cronicidad y prevenir la situación de fragilidad durante el envejecimiento (Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad aprobada por la CSP, entre otros), y el edadismo.

A4.2.3. Promover la coordinación entre los sistemas sociosanitarios, de salud pública y sociales para mejorar la atención integral de las personas mayores.

A4.3. Garantizar que las políticas de salud fomenten el abordaje equitativo de las necesidades de todas las personas.

A4.3.1. 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).

A4.3.2. Prevenir la violencia contra las mujeres, promoviendo los buenos tratos y las relaciones igualitarias con acciones coordinadas con las administraciones, educativa, sanitaria, servicios sociales y comunitarios.

A4.3.3. 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.

A4.3.4. Implementar intersectorialmente y en todos los niveles de las administraciones acciones para promover la igualdad, inclusión y participación de la población en situación de vulnerabilidad en decisiones que afecten a su salud.

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 realizará 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 indicadores de resultados que evalúan aspectos globales de la salud de la población. Además, se establece el compromiso de elaborar un documento que incluya indicadores específicos para cada línea estratégica y las acciones incluidas en cada una de ellas, y tenerlo aprobado por acuerdo del CISNS antes del 22 de julio de 2022. 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.

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 evaluar los avances en la reducción de desigualdades en salud.

Indicadores de resultados en salud de la población - ESP 2022

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 en 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 grupos etario.

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Tiempo / Periodicidad
Esperanza de vida al nacimiento INE	Nº de años de vida que se esperan vivir al nacer	INE <u>Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo</u> (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 <u>Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años</u> (ine.es)	Trienal
Defunciones por causa de muerte INE	Defunciones según la causa de muerte más frecuente	INE <u>INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos</u>	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 <u>Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de</u>	Anual

		<u>todos a todas las edades -</u> <u>Indicador 3.4.1. Tasa de</u> <u>mortalidad atribuida a las</u> <u>enfermedades</u> <u>cardiovasculares, el cáncer,</u> <u>la diabetes o las</u> <u>enfermedades respiratorias</u> <u>crónicas (ine.es)</u>	
Tasa de mortalidad por suicidio (Indicador ODS 3.4.2.) 	Tasa de mortalidad por suicidio	INE <u>Indicadores de la Agenda</u> <u>2030 para el Desarrollo</u> <u>Sostenible - Objetivo 3.</u> <u>Garantizar una vida sana y</u> <u>promover el bienestar de</u> <u>todos a todas las edades -</u> <u>Indicador 3.4.2. Tasa de</u> <u>mortalidad por suicidio</u> <u>(ine.es)</u>	Anual
Limitación en las actividades de la vida cotidiana 	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 <u>Limitación para las</u> <u>actividades de la vida</u> <u>cotidiana en los últimos 6</u> <u>meses según sexo y grupo</u> <u>de edad. Población de 15 y</u> <u>más años (ine.es)</u>	Trienal
Limitación en la movilidad 	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 <u>Dificultad en la movilidad</u> <u>según sexo y grupo de</u> <u>edad. Población de 15 y</u> <u>más años (ine.es)</u>	Trienal
Bienestar emocional 	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 <u>Severidad de la</u> <u>sintomatología depresiva</u> <u>según sexo y grupo de</u> <u>edad. Población de 15 y</u> <u>más años (ine.es)</u>	Trienal

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 (SNS), 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 SNS, 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 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 SNS, 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 SNS.

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 SNS 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 SNS, 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 SNS, 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 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 para crear 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 España³⁹⁵. Para llevar a cabo esta reconstrucción se incluye, entre otros muchos aspectos, un apartado de transformación del SNS 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 sistema³⁹⁶.

³⁹⁵ Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES. Congreso de los Diputados XIV Legislatura.

https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

³⁹⁶ Dictamen. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica.

https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

La UE ha establecido el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia³⁹⁷ (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*³⁹⁸ 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 Resiliencia³⁹⁹, para implementar 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)⁴⁰⁰ 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 Consejo Interterritorial del SNS 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.

³⁹⁷ 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 [Internet]. 2021. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/241/oj>

³⁹⁸ Comisión Europea. Plan de recuperación para Europa [Internet]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

³⁹⁹ Gobierno de España. Plan de recuperación, transformación y resiliencia [Internet]. Gobierno de España; 2021. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf

⁴⁰⁰ Gobierno de España. Plan de recuperación, transformación y resiliencia. Componente 18: Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gobierno de España; 2021. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>

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 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 las entidades locales.

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 estrategia marca unas líneas de actuación para todo el conjunto de administraciones y del SNS, para 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 Comunidades Autónomas 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 Unión Europea y el sistema de Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas - ONU) son los principales organismos a través de los que se articula la gobernanza internacional de la salud pública.

Unión Europea

La Unión Europea^{401,402} 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 Unión Europea y desempeñan distintas funciones en el proceso legislativo: a) el Parlamento Europeo, b) el Consejo Europeo, c) el Consejo de la Unión Europea, y c) la Comisión Europea⁴⁰³. 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 Unión.

La Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANTE)⁴⁰⁴ 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

⁴⁰¹ [Portal de la Unión Europea \(europa.eu\)](http://europa.eu)

⁴⁰² [UE - ¿Qué es y qué hace? \(europa.eu\)](http://europa.eu)

⁴⁰³ [Tipos de instituciones y órganos \(europa.eu\)](http://europa.eu)

⁴⁰⁴ [UE - salud y seguridad alimentaria - departamento de la Comisión \(europa.eu\)](http://europa.eu)

el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (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)⁴⁰⁵. La creación de la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) en virtud del marco REACH para la evaluación y el registro 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 transfronteriza⁴⁰⁶.

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 pública⁴⁰⁷. Esta Comunicación fue la precursora de los programas de salud pública que se han elaborado en la Unión Europea:

- Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)⁴⁰⁸.
- Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013)⁴⁰⁹.
- Programa de salud para el crecimiento (2014-2020)⁴¹⁰.
- Programa UeproSalud 2021-2027⁴¹¹ (*EU4Health* 2021-2027 en su traducción inglesa) es el cuarto y más extenso de los programas de salud de la UE.

⁴⁰⁵ [EL PAPEL DE LAS AGENCIAS DE LA UE \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda_21_4733)

⁴⁰⁶ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda_21_4733

⁴⁰⁷ COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN SOBRE EL MARCO DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA - Publications Office of the EU (europa.eu).

⁴⁰⁸ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11503b>

⁴⁰⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11503c>

⁴¹⁰ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3A3p0017>

⁴¹¹ [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.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Programas_Accion_Area_Salud_UE.pdf)
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Programas_Accion_Area_Salud_UE.pdf

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:

- 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 co-financiadas 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 ciber salud, 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 2030.

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 Resiliencia⁴¹². Este Mecanismo plantea la realización de una serie de reformas e inversiones financiadas, principalmente, a través del instrumento comunitario *NextGenerationEU*⁴¹³ 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 2021⁴¹⁴. 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

⁴¹² [L00017-00075.pdf \(boe.es\)](#); [Mecanismo de Recuperación y Resiliencia de la Unión Europea \(europa.eu\)](#)

⁴¹³ https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es

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 2030.

Organización de las Naciones Unidas

Las Naciones Unidas 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. Las Naciones Unidas nacieron oficialmente en 1945, tras la ratificación de la Carta de la ONU, su documento fundacional⁴¹⁵. En la actualidad, las Naciones Unidas 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 mundial⁴¹⁶. 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 las Naciones Unidas se han elaborado y aprobado multitud de iniciativas y acciones para la mejora de la salud de la población:

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

⁴¹⁴ https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:91ce5c0f-12b6-11eb-9a54-01aa75ed71a1.0018.02/DOC_1&format=PDF

⁴¹⁵ [La Organización | Naciones Unidas](#)

⁴¹⁶ [Historia \(who.int\)](#)

El último y actual Reglamento Sanitario Internacional (2005), adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud⁴¹⁷, 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 2030⁴¹⁸.

⁴¹⁷ Reglamento Sanitario Internacional 2005. http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

⁴¹⁸ [Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible \(un.org\)](#)

