

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

En el marco del abordaje de la cronicidad en
el SNS

Estrategia aprobada por el Consejo
Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
el 18 de diciembre de 2013



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARIA GENERAL
DE SANIDAD y CONSUMO

DIRECCION GENERAL DE
SALUD PÚBLICA, CALIDAD E
INNOVACION

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Comité Institucional

Isabel Escalona Labella. Comunidad Autónoma de Andalucía
Carlos Graus Morales. Comunidad Autónoma de Aragón
José R. Hevia Fernández. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
Antonia M^a Galmés Truyols. Comunidad Autónoma de las Illes Balears
Domingo Núñez Gallo. Comunidad Autónoma de Canarias
José F. Díaz Ruíz. Comunidad Autónoma de Cantabria
Ignacio Rosell Aguilar/Sonia Tamames Gómez. Comunidad de Castilla y León
Elisabeth Alcántara Iñiguez. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha
Carmen Cabezas Peña. Comunidad Autónoma de Cataluña
Eva Molinero San Antonio. Comunidad Autónoma de Extremadura
Elías Ruíz Rojo. Comunidad Valenciana
Teresa Calabuig Martínez/Bernardo Seoane Díaz. Comunidad Autónoma de Galicia
Ramón Aguirre Martín-Gil. Comunidad de Madrid
José J Gutiérrez García. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
M^a José Pérez Jarauta. Comunidad Foral de Navarra
Maribel Larrañaga Padilla. Comunidad Autónoma de País Vasco
M^a- Pilar Díez Ripolles. Comunidad Autónoma de La Rioja
José M. Sánchez Romero. Ciudad de Ceuta
Luisa F Hermoso Castro. Ciudad de Melilla
María Ángeles López Orive. SG Calidad y Cohesión. MSSSI
María Pilar Vicente Yela. SG Programas sociales. MSSSI
M^a Gracia Juste Ortega. SG de Infancia. MSSSI
Maravillas Izquierdo Martínez. SG Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. MSSSI
Marta Cortés García. SG Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. MSSSI
Isabel Herranz Donoso. SG Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO. MSSSI
José M^a Alonso Seco. SG Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO. MSSSI
M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio. SG Información Sanitaria e Innovación. MSSSI
Teresa Robledo de Dios. Vocalía asesora de la Estrategia NAOS. AESAN. MSSSI
Francisco Rábago Lucerga. Consejero técnico, Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). MSSSI
Coordinación: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSSSI

Comité Científico

Francisco Camarells Guillem. SemFYC (Sociedad española de medicina de familia y comunitaria)
Trinidad Carrión Robles. AEC (Asociación de enfermería comunitaria)
Ángel García. SESPAS (Sociedad española de salud pública y administración sanitaria)
Ildefonso Hernández Aguado. SESPAS (Sociedad española de salud pública y administración sanitaria)
Paloma Hernando Helguero. AEPap (Asociación española de pediatría de atención primaria)
Juan Florencio Macías Núñez. SEMEG (Sociedad española de medicina geriátrica)
Olga Martínez Gonzalez. FAECAP (Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria)
Juan Oliva. AES (Asociación de economía de la salud)
Mercedes Otero Cacabelos. SEMG (Sociedad española de médicos generales y de familia)
Jose Fernando Pérez Castán. SEMERGEN (Sociedad española de médicos de atención primaria)
Primitivo Ramos Cordero. SEGG (Sociedad española de geriatría y gerontología)
Patricio José Ruiz Lázaro. SEPEAP (Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y de atención primaria)
Javier Soriano Faura. AEPap (Asociación española de pediatría de atención primaria)
Alexandrina P. Stoyanova. AES (Asociación de economía de la salud)
Coordinación: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 MADRID

NIPO: 680-14-018-4

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Colaboradores

Jesús Muñoz Bellerin, Begoña Gil Barcenilla, Daniel Jesús López Vega y M^a Victoria Llamas (Comunidad Autónoma de Andalucía); Felipe Esteban Juanas Fernández (Comunidad Autónoma de Aragón); José Tato Budiño (Comunidad Autónoma del Principado de Asturias); Catalina Garau Horrach (Comunidad Autónoma de las Illes Balears); Rosa Gloria Suárez López de Vergara y Luis Bello Luján (Comunidad Autónoma de Canarias); Rosa de los Ríos Martín (Comunidad de Castilla y León); Conxa Castell (Comunidad Autónoma de Cataluña); Eulalio Ruiz Muñoz (Comunidad Autónoma de Extremadura); Jose Antonio Lluch, Valentín Esteban Buedo y Joan Quiles Izquierdo (Comunidad Valenciana); Miriam Otero Requeijo y José Juan Pérez Boutureira (Comunidad Autónoma de Galicia); Juan Carlos Diezma Criado y Carmen Estrada Ballesteros (Comunidad de Madrid); Adelaida Lozano Polo (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia); Aitziber Benito Pérez de Mendiola e Inmaculada Zubía (Comunidad Autónoma de País Vasco); Carmen Herce Miguel y M^a José López de Valdivielso (Comunidad Autónoma de La Rioja).

Grupo Coordinador

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Elena Andradas Aragonés, M^a Antonia Astorga Vergara, Pilar Campos Esteban, Teresa Cepeda Hurtado, Ana Gil Luciano, María Jiménez Muñoz, M^a Vicenta Labrador Cañadas, M^a Villar Librada Escribano, Vicenta Lizarbe Alonso, Sagrario Mateu Sanchís, Begoña Merino Merino, Marta Molina Olivas, Irene Morales Loro, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar, María Santaolaya Cesteros, M^a José Torijano Castillo, Inés Zuza Santacilla.

Declaración de interés:

Todos los participantes han firmado una declaración de interés mediante un modelo y procedimiento diseñado para tal fin. Ninguno presenta conflicto de interés relacionado con el ámbito de acción de esta Estrategia.

Revisores externos

Caroline Costongs (Directora Ejecutiva), e Ingrid Stegeman, Coordinadora de proyectos de Equidad en Salud. EuroHealthNet

Carmen Ferrer Arnedo. Coordinadora Científica Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

Alexander Kalache. Presidente del Centro Internacional de Longevidad de Brasil.

Marie Claude Lamarre, (Directora Ejecutiva), y Marilyn Rice (CEO, Consulting International, LLC). Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud (IUHPE).

Armando Martín Zurro. Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPs. semFYC.

Fernando Rodríguez Artalejo, Catedrático Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Erio Ziglio. Director de la Oficina Europea para la Inversión en Salud y Desarrollo de la Oficina Regional de la OMS para Europa.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD y CONSUMO

DIRECCION GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACION

ÍNDICE

Lista de acrónimos.....	6
Resumen ejecutivo.....	7
Introducción.....	11
Análisis de situación	19
El estado de salud de la población.....	19
Factores abordados en esta Estrategia.....	23
Actividad física	23
Alimentación saludable	31
Consumo de riesgo y nocivo de alcohol.....	38
Consumo de tabaco.....	44
Bienestar emocional.....	48
Seguridad y lesiones no intencionales	53
Visión, misión, objetivo.....	59
Visión	59
Misión	59
Objetivo	59
Principios rectores	59
Líneas estratégicas	60
Ejes de acción de la Estrategia.....	61
Poblaciones priorizadas	61
Entornos de actuación	61
Factores abordados	62
Objetivos específicos	63
Metodología	64
Intervenciones seleccionadas para la acción	70
Seguimiento y evaluación.....	85
Anexos.....	90
Anexo 1. Poblaciones priorizadas	90
Anexo 2. Composición de los Comités	103
Anexo 3. Fuentes para la búsqueda bibliográfica e identificación de intervenciones....	105
Anexo 4. Ficha de identificación de buenas prácticas.....	107
Anexo 5. Formularios de selección y baremación de intervenciones	108
Anexo 6. Guías de baremación.....	112
Anexo 7: Modelo de ficha de intervención tipo	114
Anexo 8. Listado de intervenciones individuales detectadas en la primera fase	115
Anexo 9. Listado de intervenciones individuales detectadas en segunda fase	120
Anexo 10. Intervenciones tipo.....	121
Anexo 11. Composición Comité Intersectorial.....	127
Anexo 12. Bases y principios metodológicos.....	128
Referencias.....	135

Lista de acrónimos

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACV	Accidente cerebrovascular
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AFBS	Actividad física beneficiosa para la salud
AGMI	Acidos grasos monoinsaturados
AGS	Acidos grasos saturados
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AP	Atención Primaria
AVAD (DALY)	Año de vida ajustados por discapacidad (Disability adjusted life year)
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DGT	Dirección General de Tráfico
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DPI	Desarrollo de la Primera Infancia
EAF	Espectro Alcohólico Fetal
ECV	Enfermedad cardiovascular
EDADES	Encuesta Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EEMM	Estados Miembros
EES	Encuesta Europea de Salud
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESTUDES	Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria
GBD 2010	Estudio mundial de carga de enfermedad 2010 (Global Burden of Disease Study 2010)
HBSC	Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-aged Children)
HTA	Hipertensión arterial
IMC	Índice de masa corporal
INCLASNS	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
LNI	Lesiones No Intencionales
MAGRAMA	Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OCU	Organización de Consumidores y Usuarios
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIB	Producto Interior Bruto
SAF	Síndrome Alcohólico Fetal
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
UE	Unión Europea
UNECE	Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (United Nations Economic Commission for Europe)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Resumen ejecutivo

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo (82,1 años) pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud (en España 61,5 años en hombres y 59,4 en mujeres).

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no trasmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de una población. Las condiciones crónicas de salud suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles. Aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende progresivamente, la carga de enfermedad que producen va en aumento. En España suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes y abordarlos de forma conjunta e integradora mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, se basan en la efectividad y otras cinco características importantes para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral.

Visión

La visión de esta Estrategia es promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos.

Misión

Facilitar un marco común para la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo del curso de vida armonizando su integración en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos y de la población para incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud.

Objetivo general

El objetivo general es fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones.

Como objetivo global cuantificable se plantea aumentar en 2 años la esperanza de vida en buena salud al nacer en España, para 2020.

Esta Estrategia es una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. También supone un nuevo impulso en la reorientación del Sistema Nacional de Salud, es que es una demanda de nuestro entorno y una recomendación reiterada por organismos internacionales como OMS y la Unión Europea. La sociedad da un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta, coordinada e integrada de intervenciones efectivas y mantenida en el tiempo.

Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas que se abordan son: potenciación de la salud pública, coordinación y gobernanza territorial, equidad en salud, reorientación de los servicios de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entornos saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria.

Eje tridimensional de acción

Esta Estrategia se desarrolla en un eje tridimensional de acción: por poblaciones, por entornos y por factores a abordar.

En la primera fase se han priorizado para la acción dos **poblaciones**: la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años.

En las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención es importante actuar de forma integrada, no sólo abordando en conjunto los principales factores de salud/riesgo y sus interacciones, sino también los diferentes **entornos** vitales de cada población. Así, para la población menor de 15 años, se han identificado como entornos prioritarios de intervención, además del sanitario, el educativo y el comunitario. En la población mayor de 50 años se abordan el entorno sanitario y el comunitario.

Los **factores** que se abordan en esta Estrategia corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, Alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales.

Objetivos específicos

En la primera fase de esta Estrategia, se proponen como objetivos específicos:

1. Promover estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo.
2. Promover estilos de vida saludables durante el embarazo y el periodo de lactancia.
3. Promover el bienestar emocional en la población infantil.

4. Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre los entornos y conductas seguras de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.
5. Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor de 70 años potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario.

Metodología

Para la elaboración de esta Estrategia se ha empleado una metodología participativa que parte de la implicación de los sectores profesionales relacionados con la salud así como de las administraciones sanitarias central y autonómica. Se ha partido de la identificación de buenas prácticas en promoción de la salud y prevención primaria implantadas en las comunidades autónomas que tras un riguroso proceso de evaluación, priorización, integración y ordenación, en base a su importancia y factibilidad, ha permitido identificar las mejores prácticas disponibles a universalizar en todo el SNS.

Intervenciones seleccionadas para la acción

Estas intervenciones son:

- el consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en la población infantil,
- el consejo integral sobre estilos de vida durante el embarazo y la lactancia
- el programa de parentalidad positiva, para promover el bienestar emocional en la población infantil
- el consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en población mayor de 50 años
- el cribado de fragilidad y atención multifactorial a la persona mayor, que desarrollará planes de intervención preventiva y seguimiento individualizado que suponen la implementación de en línea con los planes de actuación promovidos en el Partenariado de Innovación de Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA).

En esta Estrategia se avanzará, por tanto, en la intervención integral en salud, se afianzarán las intervenciones en prevención primaria y promoción de la salud, se reforzarán estas intervenciones en atención primaria con carácter universal y se promoverán las intervenciones comunitarias y su coordinación en los diferentes entornos (sanitario, social, educativo y comunitario). Siempre en base a los principios rectores de integralidad, evidencia científica, cohesión, participación, evaluación, salud en todas las políticas y equidad.

Implementación

Durante el proceso de implementación efectiva de la Estrategia está previsto:

- El desarrollo operativo de las intervenciones integrales que profundizará en los aspectos comunes y replicables de las mejores prácticas identificadas, para facilitar la universalización de las mismas y, así como en promover la coordinación

eficaz entre las estructuras de salud pública y atención primaria. Todo ello para garantizar la equidad en su implementación

- El diseño de un plan de capacitación profesional en metodología del cambio y educación en estilos de vida saludables, que incluye consejo breve, educación intensiva individual/grupal y educación comunitaria. La capacitación estará basada fundamentalmente en metodología on line.
- La capacitación de la población a través del diseño de una plataforma web sobre estilos de vida saludables.
- La generación de alianzas, que contempla un Plan de desarrollo local, para lo que ya se ha iniciado el trabajo bilateral y uno de cuyos elementos clave será la realización de mapas on line de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención, a nivel local. En cuanto al trabajo conjunto con el entorno educativo, que pretende reforzar las intervenciones de manera armonizada y universal en dos ámbitos concretos: la actividad física y alimentación saludable y el bienestar y salud emocional. También incluye un El trabajo conjunto con el sector deportivo, en dos líneas de actuación: el desarrollo operativo de los programas de formación de actividad física para la salud dirigidos a profesionales de los ámbitos sanitarios, educativo y comunitario, y el apoyo a todas las intervenciones de la estrategia que contemplen la actividad física como instrumento para ganar salud.

La acción entre sectores que permita avanzar en la potenciación de la salud pública y en el principio rector de salud en todas las políticas, se promoverá a través de un Comité Intersectorial integrado por representantes de diversas instituciones de la administración general del estado.

En esta reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención, los sistemas de información y el fomento de la investigación, así como la transferencia de sus resultados, tendrán un papel importante.

En el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometido el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo. Esta Estrategia se propone como un instrumento para lograr esta meta.

Introducción

La Estrategia que aquí se presenta se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 27 de junio de 2012.

Como Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, quiere dibujar un marco general que permita el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

El desarrollo de marcos de trabajo en esta área de la salud pública, ha implicado en el pasado la aplicación de modelos diseñados para el abordaje de las enfermedades transmisibles; posteriormente y de manera aislada, se introdujeron enfoques experimentales basados en combinaciones de numerosas disciplinas (epidemiología, demografía, educación, sociología, economía, urbanismo, psicología, derecho,...) que, paulatinamente, fueron produciendo una base de evidencia de efectividad que, si bien en proceso de desarrollo y consolidación en algunos aspectos, proporciona un respaldo suficiente para actuar.

En este sentido, es necesario aclarar que algunas de las evidencias han sido recogidas a partir de 1986 como áreas prioritarias, criterios claves y estrategias de actuación, en declaraciones y cartas de promoción de la salud promovidas por la Organización Mundial de la Salud.

Nuestro país no ha sido ajeno a ese movimiento de aplicación de estrategias y de consolidación de la evidencia y contamos con experiencias efectivas y evaluadas que constituyen la base de esta propuesta. Si bien se ha identificado el área de bienestar emocional, donde la evidencia es aún escasa y donde es necesaria más investigación. No obstante, la evidencia disponible nos permite orientar las intervenciones en este componente integral de la salud.

Hay que tener en cuenta que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se desarrollan en escenarios complejos de vida, con procesos multifactoriales muy sensibles a un contexto siempre heterogéneo y cambiante y donde la evidencia de efectividad respecto a resultados finales es a veces difícil de demostrar.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, tan necesarias en una sociedad que envejece, además de basarse en la efectividad, tienen cinco características importantes para conseguir los mejores resultados:

Una es su aplicación a lo largo de **todo el curso de vida**. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no sólo con un individuo en **diferentes edades, características, y etapas vitales**, sino también con las condiciones en las que vive.

Por ese motivo el **abordaje por entornos**, que es la segunda característica de esta Estrategia, es muy efectivo. El abordaje por entornos conlleva no sólo cuidar los aspectos físicos que ponen en riesgo la salud, sino también los procesos internos que

rigen la actividad en ese entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, la proteja y posibilite la prevención de enfermedades.

El **enfoque poblacional**, que es la tercera característica, marca una enorme diferencia con las intervenciones selectivas (sólo aplicadas a grupos definidos como de riesgo) porque permite que se inicie un proceso de mejora de la salud dando la posibilidad a cada persona de avanzar en el mismo, independientemente de en qué nivel de riesgo o no riesgo se sitúe, siempre obteniendo mejor nivel de salud. Este enfoque ofrece además la oportunidad de dirigir intervenciones proporcionales a las diferentes necesidades

La cuarta característica es el abordaje de los problemas o factores que incluye la Estrategia no sólo desde el enfoque de déficit (como el sedentarismo) sino también desde el **enfoque positivo**, es decir potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus “activos” en general.

La quinta característica es el **enfoque integral**. Aunque la definición de salud fue realizada hace más de 60 años con tres componentes inseparables, hasta el momento nos hemos centrado más intensamente en el componente físico de la misma quizá debido al gran desarrollo de la biomedicina, que ha contribuido, junto con la mejora de las condiciones generales y la Salud Pública, a un gran aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, el componente mental de la salud, ha sido desarrollado fundamentalmente sólo bajo el nombre de “salud mental” con un abordaje casi exclusivo de la enfermedad mental. El componente social de la salud también debe ser reforzado en una estrategia de este tipo y especialmente en relación a los factores concretos que vamos a abordar. La consideración de los tres aspectos de la salud nos permite conseguir una mayor efectividad, penetración y continuidad de las intervenciones propuestas. La integralidad también está referida a la consideración conjunta de los factores determinantes de la salud para la prevención de las enfermedades crónicas y la discapacidad que esta Estrategia aborda (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional, seguridad), ya que éstos interactúan produciendo un efecto superior a la suma del efecto individual de cada uno de ellos y una actuación coherente, con mayor impacto, requiere de su abordaje conjunto.

Es importante recordar que desde hace ya años se viene planteando en leyes y documentos programáticos de numerosas instituciones y organizaciones internacionales, la necesidad de reorientar el sistema hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, en muchas ocasiones este deseo no se ha operativizado suficientemente, básicamente, por tratarse de buenas iniciativas pero descoordinadas, sin un objetivo común ni un liderazgo visible y reconocido por todos en lo que debe ser un modelo de estructura organizativa por proyecto. También porque las causas de las enfermedades crónicas y condiciones de salud son múltiples y hasta el momento sólo se han abordado de una manera parcial, con falta de integración, desde el sistema sanitario, el ámbito educativo y el comunitario.

También hoy sabemos que la salud se crea no sólo en estos entornos sino modificando factores más estructurales como recoge el modelo de determinantes sociales de la salud.

Esta Estrategia es, no sólo una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre todos los niveles, sectores y actores implicados, sino también una demanda de nuestro entorno. Este es un buen momento de integrar y coordinar los esfuerzos para un abordaje conjunto, proporcional y ordenado. La sociedad da un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta, coordinada, integrada y mantenida en el tiempo.

Especial interés en esta reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen los sistemas de información que actualmente se enfocan mayoritariamente en la enfermedad y en sus procesos, y proporcionan escasa información para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y discapacidad. Asimismo, es necesario promover la investigación en este área y la transferencia de sus resultados.

Nuestro país ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo, pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud. La buena salud es uno de los pilares de una sociedad próspera económica y socialmente. Este indicador es ya habitual en las estrategias globales de crecimiento económico, como la Estrategia 2020 de la Unión Europea. Esta es una de las razones por la que conseguir años de vida libres de discapacidad tiene que ser uno de los objetivos para nuestra sociedad.

En el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometida la sociedad y el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención, que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo. Esta Estrategia se propone como un instrumento para lograr esa meta.

El marco estratégico

La reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedades es una insistente recomendación desde las estructuras supranacionales y organismos internacionales. Ya desde las cartas de Ottawa y Tallin,¹ se declara que los sistemas de salud son más que la asistencia sanitaria e incluyen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actuaciones fundamentales de la atención sanitaria. Esta idea se recoge también entre los objetivos estratégicos de la vigente “Estrategia de Salud de la Unión Europea 2008-2013”, con su primer línea estratégica: “promoción para una Europa que envejece”. La Estrategia “Salud 2020” de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta como objetivos estratégicos, mejorar la salud de todos y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud; y cuatro áreas prioritarias para la acción: (1) invertir en salud con una abordaje de curso de vida y de empoderamiento de la población, (2) abordar las principales cargas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Europa, (3) fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y la capacitación en salud pública, (4) crear entornos de apoyo y comunidades resilientes.²

A su vez, alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud es una prioridad en la agenda internacional tanto para la UE como para la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. La OMS ha impulsado políticas de

promoción de la equidad en los últimos veinte años. En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14⁴, que supone una clara llamada a la acción a los Estados miembros para “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. En mayo de 2012, en la 65ª Asamblea de la OMS se adoptó la Resolución WHA 65.8 “Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”⁵, que hace suya la Declaración política de Río⁶ y reafirma la voluntad política de hacer de la equidad en salud un objetivo de alcance nacional, regional y mundial. Desde la Comisión Europea también se ha trabajado en este campo, y uno de los frutos fue la adopción en octubre de 2009 de la Comunicación: “Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE”⁷, que supone un gran impulso hacia el compromiso de los Estados miembros con la equidad en salud.

Es importante que las líneas de acción definidas en esta estrategia estén alineadas con las acciones en marcha a nivel nacional e internacional. Las instituciones supranacionales con responsabilidades en la protección de la salud han desarrollado diversas estrategias e instrumentos, adoptadas por sus Estados integrantes, que, en general, proponen desarrollar planes estratégicos integrados para abordar algunos de los grandes retos para la salud, como el envejecimiento, la equidad y la creciente carga de las enfermedades crónicas en su conjunto, poniendo énfasis en promover un envejecimiento activo.

Enfermedades Crónicas

Para abordar este creciente problema de salud un paso esencial fue la reunión de alto nivel de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 2011 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Esta iniciativa consiguió situar este tema entre las prioridades de las agendas políticas. Allí, y por primera vez, todos los EEMM de las Naciones Unidas convinieron que las enfermedades crónicas constituyen un importante obstáculo para el desarrollo socioeconómico, favorecen la pobreza y representan una amenaza para el logro de los “Objetivos del milenio”. En su declaración política se estableció el objetivo global “25 para el 25”, es decir, reducir un 25% la mortalidad prematura asociada a las enfermedades no transmisibles para el año 2025. Además, se insta a incluir la prevención de estas enfermedades como una prioridad en todos los programas nacionales e internacionales.⁸ En la declaración sobre desarrollo sostenible de Río+20 se reconocía que la carga mundial de enfermedades no transmisibles es uno de los principales desafíos para el desarrollo.⁹

La Organización Mundial de la Salud tiene en marcha proyectos y estrategias específicas que abordan tanto las enfermedades no transmisibles, con el nuevo plan de acción global 2013-2020¹⁰, como sus principales factores de riesgo¹¹ o problemas íntimamente relacionados con estas condiciones, como la equidad¹² o la salud mental¹³. La región europea de la OMS tiene en marcha planes de acción regionales en estas materias, como el dirigido a reducir el uso nocivo del alcohol o el plan de acción Europeo de salud mental, así como el Plan de enfermedades no transmisibles 2012-2016.¹⁴ Este último cuenta con cuatro acciones estratégicas y cinco intervenciones prioritarias, la mayoría en relación con la promoción de la salud a lo largo del curso de vida y la prevención. En esta línea, las recientes declaraciones de Viena¹⁵ y Ashgabat,¹⁶ abordan la prevención de enfermedades no transmisibles en el contexto

de la estrategia Salud 2020, haciendo énfasis en la necesidad de iniciativas integradoras y con una perspectiva de acción conjunta de “todo el Gobierno” y “toda la sociedad”.¹

A nivel de la Unión Europea (UE), además de la estrategia global en salud, existen diversas iniciativas dirigidas a la prevención y control de las enfermedades crónicas y sus principales factores de riesgo. Así, tras el proceso de reflexión y consulta sobre enfermedades crónicas iniciado en la UE en 2010, el primer paso ha sido lanzar una “acción conjunta de los EEMM para el abordaje de las enfermedades crónicas y la promoción de la salud a lo largo del curso de vida”, incluida en el programa de salud de 2013.¹⁷

Con anterioridad se ha venido trabajando en estrategias para abordar factores de riesgo, como la de nutrición y actividad física¹⁸, la de daños relacionados con el alcohol¹⁹, de medidas legislativas sobre el tabaco²⁰, el medio ambiente o la seguridad alimentaria, así como acciones para el abordaje de las desigualdades en salud (Estrategia Europea de inequidades en salud) y la salud mental (pacto europeo para la salud mental y el bienestar)²².

Seguridad y Prevención de lesiones

La Resolución EUR/RC55/R9 del 15 Septiembre 2005 de la OMS reconoce que existe una necesidad urgente de reducir la carga de las lesiones en la Región Europea e insta a los Estados Miembros a que desarrollen planes de acción e implementen medidas de intervención eficaces basadas en la evidencia.

Asimismo, la Recomendación del Consejo de la Unión Europea del 31 de mayo de 2007 sobre prevención de lesiones y la promoción de la seguridad, destaca que las lesiones son evitables si se aplican medidas de prevención de eficacia probada, cuyos beneficios son superiores a los costes de intervención.

Envejecimiento

El envejecimiento saludable y activo es otro de los temas de alta prioridad en la agenda política. El año 2012 marcó el décimo aniversario de la adopción por las Asamblea General de Naciones Unidas del Plan Internacional de acción sobre envejecimiento de Madrid²³, y de la estrategia de implementación regional (“RIS”) para Europa (UNECE 2002)²⁴. Es el año que la Unión Europea declaró como del “envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional”, con numerosas iniciativas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención. También en 2012 el tema del Día Mundial de la Salud fue el envejecimiento y la salud, y el lema, “La buena salud añade vida a los años”²⁵, enfatizaba la promoción de la salud a lo largo del curso de vida; además se adoptó la resolución WHA 65.3 para “Reforzar las políticas sobre enfermedades no transmisibles para promover el envejecimiento activo”.²⁶ También destaca la Declaración de Río de 2013 “Más allá de la Prevención y el Tratamiento: El desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la longevidad”.²⁷

¹ Más información sobre la perspectiva de acción conjunta de “todo el gobierno” (“whole-of-government”) y “toda la sociedad” (“whole-of-society”) en: *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./6. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

La región europea de la OMS ha adoptado en su comité regional de 2012 la “estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020”,²⁸ cuya primera línea prioritaria de acción “envejecimiento saludable a lo largo del curso de vida” enfatiza la promoción y prevención, y donde se priorizan, entre otras, las intervenciones de promoción de la actividad física y la prevención de caídas, así como la prevención del aislamiento social y el maltrato.

En la UE, además de la priorización que se da en la estrategia “Salud 2020” a la promoción del envejecimiento activo a lo largo del curso de vida, a finales del año 2012 se publicó la declaración del Consejo de la Unión adoptando los “principios rectores para un envejecimiento activo y solidaridad entre generaciones”. Entre estas recomendaciones están el fomento de la salud y la prevención de enfermedades y el aumento de la autonomía. Existen otras acciones dirigidas a la promoción de un envejecimiento activo y saludable, como el “partenariado para la innovación en Europa sobre envejecimiento activo y saludable” (EIP on AHA), uno de cuyos pilares de acción es la prevención, cribado y diagnóstico precoz de la fragilidad y déficit funcional, junto al pilar de entornos amigables con la edad (“age-friendly”).²⁹

En España

Ya en el Tratado de funcionamiento de la Unión Europea, en su art. 168 sobre salud pública, se establece que “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

La **Constitución Española** de 1978 recoge, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Desde la aprobación de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, se hizo efectivo el derecho a la protección de la salud y se estableció como un principio general que el sistema sanitario se orientara hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Es en 1993 cuando se define la primera cartera de servicios del INSALUD con acciones de promoción de la salud y sistematización de la prevención en atención primaria, que queda definida para el conjunto del SNS en el RD 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.

Con la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, se realizó un importante avance, ya que se dieron las bases para una prestación asistencial de calidad. En ella se describen las prestaciones básicas, figurando entre ellas por primera vez la cartera de servicios comunes de salud pública.

Por su parte la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, estableció las bases legales para la coordinación efectiva entre los servicios asistenciales y de salud pública, así como la del sector salud con otros sectores. También determinó los principios generales que deben guiar todas las actuaciones de salud pública, entre los que destacan que la equidad y la salud guíen el conjunto de las políticas, y que las actuaciones de salud pública tengan una eficacia científicamente demostrada. Su orientación y principios guían el diseño de la presente Estrategia que supone, de hecho, un desarrollo de esta Ley. Específicamente, en lo relativo a la coordinación de la

promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud.

El **Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS** establece la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. En ella se determinan las actividades asistenciales de prevención homogéneas en todo el territorio.

Por otro lado, la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**, en su artículo 21, establece las bases por ley para la prevención de las situaciones de dependencia. Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida, como se refleja en su desarrollo normativo mediante las resoluciones de 23 de abril de 2013^{II} y 25 de Julio de 2013^{III} de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Asimismo, la **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS** reconoce la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como el medio más eficaz de abordar el problema. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS nace de las líneas 1 y 2 de la estrategia de abordaje de la cronicidad del SNS y a lo largo del documento, por el papel integrador de la misma, se encontrarán referencias en relación con otras Estrategias.

El abordaje de la promoción y la prevención en el ámbito sanitario y específicamente para atención primaria queda recogido en el anexo II del RD 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, que reconoce a la atención primaria, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida. Comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos.

A su vez, la equidad en salud es un objetivo prioritario del Sistema Nacional de Salud español, desde la promulgación de Ley General de Sanidad en 1986. En el año 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud regula el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, siendo una de sus seis áreas el fomento de la equidad. La Ley 33/2011 General de Salud Pública profundiza en su desarrollo e incluye las bases para la equidad y la salud en otras políticas. Dentro de la experiencia en equidad en salud en los últimos años, encontramos a nivel nacional el trabajo realizado por la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España³⁰, los avances realizados durante la Presidencia Española de la UE en el primer semestre de 2010³¹ y los realizados posteriormente, como por ejemplo el proceso formativo³² y la

^{II} Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal (BOE del 16 de mayo).

^{III} Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla (BOE del 2 de agosto).

elaboración de una guía metodológica de integración de equidad en estrategias, programas y actividades de salud, o el trabajo en equidad en salud y comunidad gitana^{IV}.

Por último, esta Estrategia se desarrolla en un marco más amplio en el que ya existen Planes y Estrategias de otros ámbitos estatales que presentan objetivos de ganancia en salud entre ellos, el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, el Plan de Nacional de Acción de Inclusión Social 2013-2016, la Estrategia integral contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia y el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014.

^{IV} Para más información consultar:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>

Análisis de situación

El estado de salud de la población

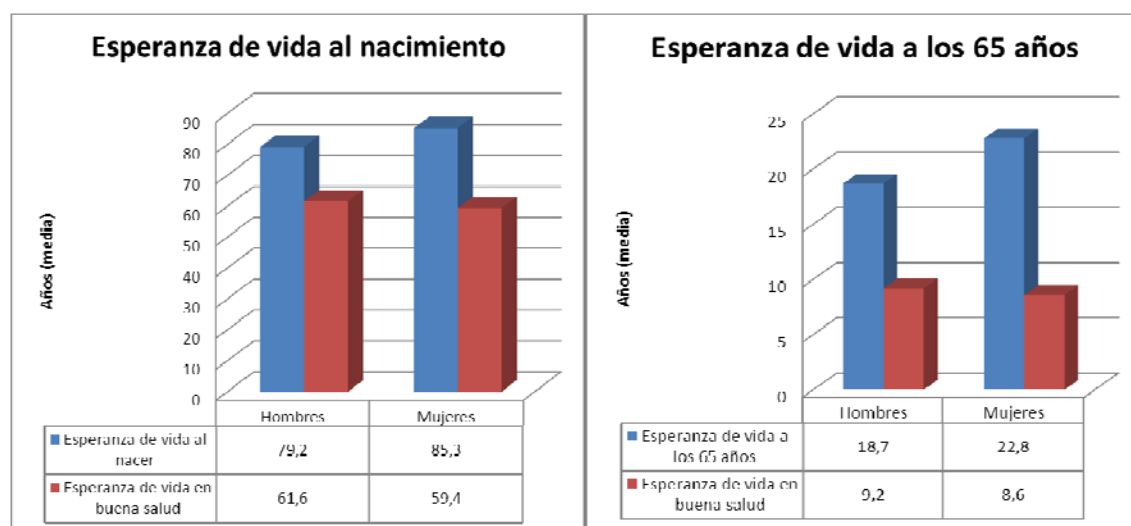
Sin duda uno de los grandes logros de nuestra sociedad se manifiesta en el continuo aumento de la esperanza de vida de la población. España es uno de los países con una esperanza de vida más elevada, que se sitúa en 2011 en 82,1 años (85 años en las mujeres y 79,2 en los hombres), con una esperanza de vida a los 65 años, de 20,5 años de media en 2011 (22,4 en mujeres y 18,5 en hombres). Las proyecciones poblacionales para los próximos años indican un continuo aumento de estas cifras y un estrechamiento de la diferencia entre ambos sexos.³³

Sin embargo, este aumento medio de años de vida no siempre se asocia a una buena calidad de la misma. Según los últimos datos disponibles, la esperanza de vida en buena salud en España se sitúa en 61,6 años para hombres y 59,4 años para mujeres, cifras que a los 65 años se estiman en 9,2 y 8,63 años, respectivamente.³⁴ Para el mismo año 2011, la oficina estadística europea (Eurostat) estima unas cifras de 65,3 años en hombres y de 65,8 en mujeres al nacer, mientras que la esperanza de vida en buena salud a los 65 años se sitúa en 9,7 años y 9,2 años, respectivamente.³⁵

En la última Encuesta Nacional de Salud de España 2011 (ENSE 2011), el 79,4% de los hombres y el 76,4% de las mujeres refieren que su estado de salud es bueno o muy bueno, cifras que en los mayores de 65 años bajan al 45% y 38%, respectivamente, lo que demuestra una clara diferencia por sexo.

Además, existe un marcado gradiente social en cuanto a la salud percibida, con un porcentaje de población que refiere su salud como buena o muy buena que varía entre el 86,5% en las clases sociales más favorecidas (clase I)^V y el 68,5% en las más desfavorecidas (clase VI), según la ENSE 2011.

Figura 1: Esperanza de vida (global y en buena salud), España 2011. Hombres y mujeres (Encuesta Nacional de Salud de España 2011, MSSSI y Movimiento Natural de la Población, INE).



^V Clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia del INE (extraído del informe "La medición de la clase social en Ciencias de la Salud" de la Sociedad Española de Epidemiología. Las clases varían entre I y VI, siendo I la clase social considerada más favorecida y VI la más desfavorecida).

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de una población. Esta tendencia que ya se constata a nivel global, en nuestro país se encuentra en una fase muy avanzada de evolución, como demuestran tanto los datos demográficos, como los estudios de carga de enfermedad que muestran el predominio de enfermedades crónicas.

La carga de enfermedad

Las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles.³⁶ Aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende progresivamente, la carga de enfermedad que producen va en aumento. Los datos del último estudio de la OMS sobre Carga Mundial de Enfermedad (Global Burden of Disease study, GBD 2010) muestra cómo, tanto a nivel global como en la región de Europa occidental, los primeros puestos los ocupan las enfermedades crónicas no transmisibles.

En España esta prevalencia de las condiciones de salud crónicas se confirma, ya que suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)^{VI, 37}, aunque el patrón de morbilidad es algo diferente para hombres y mujeres (ver tabla 1).

Tabla 1: Principales causas de carga de enfermedad en España según AVADs.

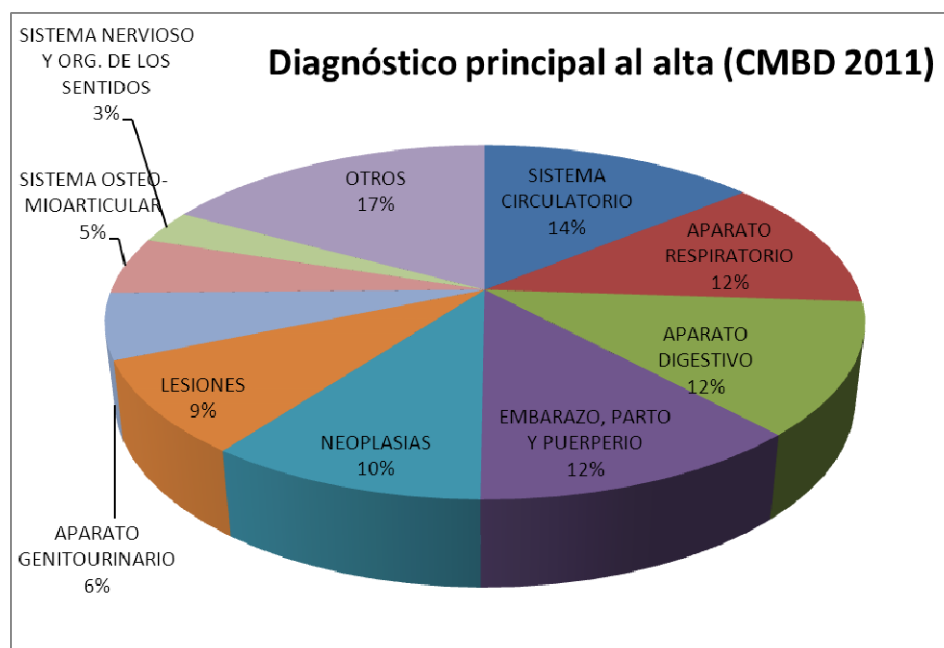
HOMBRES	AVAD (% respecto al total)	MUJERES	AVAD (% respecto al total)
Depresión	5,5%	Depresión	11,7%
Cardiopatía isquémica	5,5%	Demencias	10%
Cáncer de Pulmón	5,3%	Pérdida audición	4,2%
Abuso Alcohol	4,7%	Enf. Cerebrovascular	3,5%

Fuente: R. Gènova-Maleras, E. Álvarez-Martín, C. Morant-Ginestar, N. Fernández de Larrea-Baz, F. Catalá-López, Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: An updated and policy-oriented overview, Public Health, Vol126, Issue12, December 2012, Pages 1024-1031.

Según datos de la ENSE 2011, el 46,9% de las mujeres y el 37,8% de los hombres mayores de 16 años presentan al menos un proceso crónico. Atendiendo a los datos de actividad de los hospitales del Sistema Nacional de Salud en base al registro de altas hospitalarias (Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización, en lo sucesivo, CMBD) del año 2011, las enfermedades crónicas más prevalentes suponen más de un 50% de la actividad de hospitalización. Además, se estima que el 80% de las consultas de atención primaria se dedican a la atención a procesos crónicos.

^{VI} Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD): un AVAD puede interpretarse como un año de vida “sana” perdido. Los AVADs para una determinada lesión o enfermedad se calculan como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura en la población y los años de vida perdidos por discapacidad para casos incidentes de la enfermedad o lesión.

Figura 2: Diagnósticos principales al alta. CMBD 2011.



En Europa, la atención a las patologías crónicas supone el 70-80% del gasto sanitario, con un coste estimado de unos 700.000 millones de euros en la Unión Europea.^{38 39} En 2010, en nuestro país, supusieron aproximadamente el 60% del gasto de hospitalización, ascendiendo a más de doce mil millones de euros.⁴⁰ Pero las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo tienen un impacto negativo no sólo en el gasto socio-sanitario, sino también en el mercado de trabajo, en la productividad, la educación y el capital humano de una sociedad. A nivel mundial se ha estimado que el impacto en el PIB de cada país se sitúa en el rango del 0,02% al 6,77%.^{41,42}

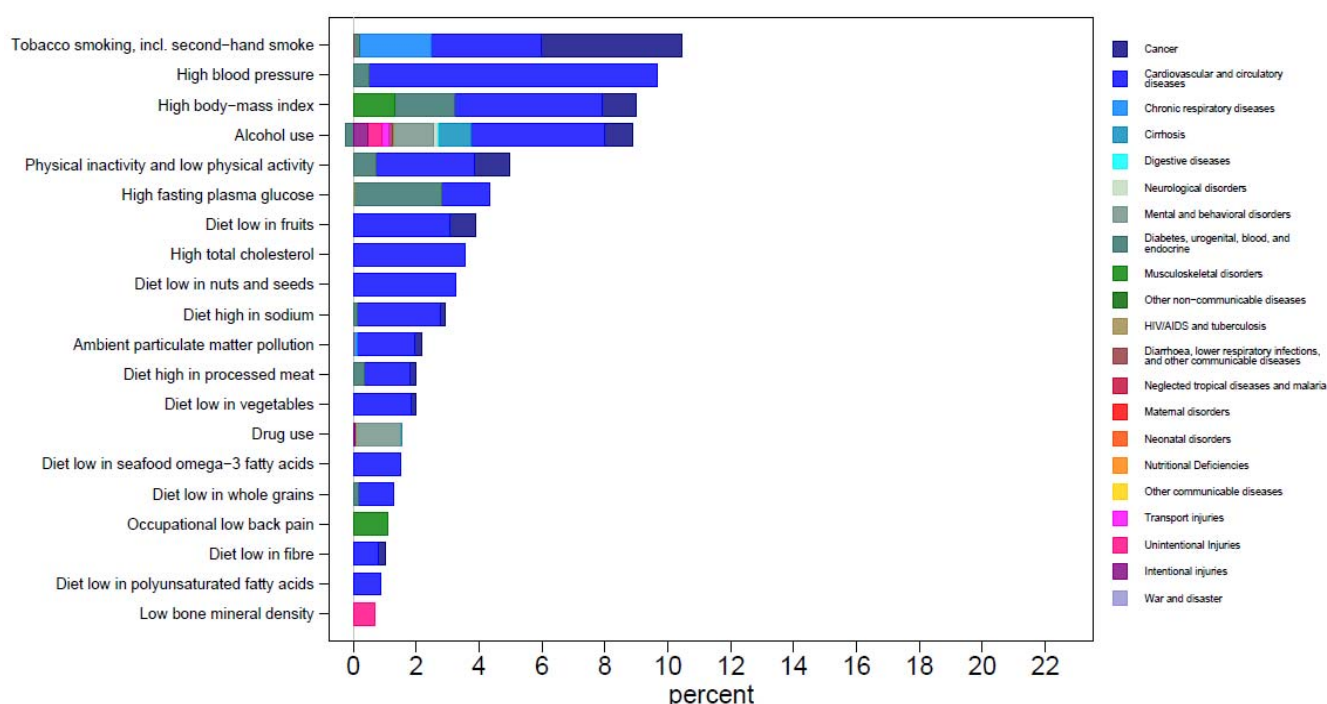
Uno de los aspectos más importantes a considerar es que estas enfermedades son en gran medida prevenibles, y que el número de muertes prematuras y pérdida de calidad de vida, con los costes económicos y sociales que supone, se pueden reducir considerablemente.

Factores relacionados con los principales problemas de salud

Las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes y abordarlos de forma conjunta e integradora mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia. Según el GBD 2010, los cinco factores de riesgo que suponen una mayor carga de enfermedad en la región de Europa occidental son tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), obesidad, abuso de alcohol e inactividad física.⁴³

En la declaración de la reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles de la ONU de 2011, se acordó establecer como objetivo para el año 2025 una reducción del 25% en la mortalidad relativa por estas enfermedades. Para ello, se estableció la estrategia “cuatro por cuatro”, es decir, priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo comunes (i.e. tabaquismo, abuso del alcohol, inactividad física y dieta desequilibrada) a las cuatro principales enfermedades crónicas, enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica.

Figura 3: AVADs atribuidos a factores de riesgo. Europa occidental 2010 (OMS).



Fuente: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60.

Dada la etiología multifactorial de las enfermedades crónicas un factor de riesgo puede contribuir en proporciones diferentes a la aparición de distintas enfermedades.

Los factores de riesgo tienden a asociarse en una misma persona de manera que la presencia de uno aumenta el riesgo de padecer algunos otros. Esto apunta a la existencia de determinantes de la salud comunes subyacentes.^{44,45}

Por otra parte, los factores de riesgo interaccionan, y el efecto de la exposición simultánea a varios de ellos es mayor de lo esperado por la simple suma de sus efectos y, por otro lado, abordar cualquiera de los factores de riesgo potenciará la reducción de los demás factores con determinantes comunes.^{46,47}

Por tanto, existe una clara necesidad de abordar la intervención sobre los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles de forma integral y multisectorial. La ganancia potencial en salud, tanto individual como poblacional, utilizando este abordaje integral, sería sustancial. Este es uno de los principios que guiarán todas las actuaciones de la presente Estrategia.

Por último, existen importantes diferencias en los estilos de vida y los determinantes de la salud en función de la edad, el sexo y la posición socioeconómica, cuestiones todas ellas que se deben abordar específicamente.⁴⁸

Factores abordados en esta Estrategia

Actividad física

La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.

Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la salud de las personas, y para la prevención de numerosas enfermedades crónicas y condiciones de riesgo y mejora el curso de algunas de ellas. Existe evidencia científica de los beneficios de la actividad física al menos en los siguientes aspectos:^{49,50,51,52,53,54,55,56}

o Beneficios generales:

- Mantenimiento del equilibrio energético y control del peso corporal.
- Mejora de la masa ósea.
- Mejora de la capacidad funcional (mantenimiento de la movilidad y de la condición muscular).
- Mejora del bienestar mental, reducción de los síntomas de ansiedad y estrés, y mejora del sueño.
- Mejora de la función cognitiva.
- Mejora del bienestar social.

o Reducción del riesgo de:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes tipo 2.
- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Síndrome metabólico.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de colon.
- Osteoporosis.
- Caídas.
- Depresión.

o Mejora de la evolución de problemas de salud como: diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemias, obesidad.

Aunque los beneficios de la actividad física no han sido cuantificados en su totalidad en términos de mejora de la salud y el bienestar, los riesgos de la inactividad sí han sido valorados en términos de morbilidad y mortalidad.

La OMS estimó que para 2004 la inactividad física era el cuarto de los principales factores de riesgo de mortalidad (Tabla 2), siendo responsable de un 5,5% de las muertes a nivel mundial y de un 7,7% en países desarrollados (concretamente, en los países desarrollados del continente europeo se estima un 7,9%).⁴⁹

Tabla 2: Principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial y en países desarrollados, 2004⁴⁹.

Factor de riesgo	Mortalidad atribuible al factor de riesgo*	
	A nivel mundial	En países desarrollados
Presión arterial elevada	12,8%	16,8%
Consumo de tabaco	8,7%	17,9%
Hiper glucemia	5,8%	7%
Inactividad física	5,5%	7,7%
Sobrepeso y obesidad	4,8%	8,4%

*Interpretación: Factor de riesgo responsable de ese porcentaje de muertes.

Basándose en los análisis llevados a cabo en el Estudio de Carga de Enfermedad 2010 (GBD 2010), a nivel mundial se estima que 3,2 millones de muertes y el 2,8% de AVADs son atribuibles a la inactividad física y la actividad física escasas. Estos datos de 2010 refieren que conjuntamente los factores de riesgo asociados a la alimentación y la inactividad física representan la mayor carga de enfermedad en este estudio: un 10% de AVADs a nivel mundial. En concreto para Europa occidental, la inactividad física y la actividad física escasa ocupan el quinto lugar en el ranking de factores de riesgo con carga de enfermedad atribuible, con aproximadamente un 4,5% de AVADs.⁴³

En un estudio publicado en 2012 que valora por países el efecto de la inactividad física (definida como un nivel de actividad física insuficiente para alcanzar las recomendaciones) en la esperanza de vida y en la carga de enfermedad de las principales enfermedades crónicas⁵³, se estima que en España el 13,4% de muertes por todas las causas podrían evitarse si todas las personas inactivas físicamente siguieran las recomendaciones establecidas y llegaran a ser activas. Además se estima que la esperanza de vida de la población española podría aumentar en 0,68 años (esta cifra representa ganancias en toda la población, incluyendo la activa y la inactiva físicamente, por lo que el aumento en esperanza de vida en el grupo de población inactiva físicamente sería mayor que este valor).

En concreto, según datos del Estudio de Carga de Enfermedad 2010, la tabla 3 presenta los resultados de la carga de enfermedad atribuible a inactividad física y actividad física escasa de diferentes enfermedades crónicas para España. Hay que tener en cuenta que este estudio puede infraestimar esta carga atribuible, al no incluir el valor/riesgo de la actividad física/inactividad en otras enfermedades/condiciones de riesgo como la hipertensión arterial, las dislipemias, el síndrome metabólico, la osteoporosis, las caídas o la depresión.

Tabla 3: Estimación de la carga de enfermedad atribuible a inactividad física de diferentes enfermedades crónicas para España.

Enfermedad crónica	Fracción atribuible (en AVADs)
Enfermedad cardiovascular	19%
Diabetes tipo 2	31%
Cáncer de mama	33%
Cáncer de colon	31%

Fuente: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60. (Acceso on line 27/6/2013: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>).

*Definiciones de actividad física*⁵⁷

Cuando un individuo se encuentra en reposo su metabolismo únicamente produce la energía necesaria para mantener las funciones vitales. Esto se mide por METS, estimación promedio del nivel de metabolismo del individuo. Definimos MET como la medida del gasto de energía que requiere el cuerpo en reposo. Por lo tanto una actividad 3 METS requerirá tres veces el gasto en reposo.

Cuando el individuo se mueve voluntariamente, aumenta el metabolismo como producto de la actividad muscular y por lo tanto, ya está realizando actividad física, independientemente del grado de intensidad de la misma. Atendiendo a esto, podemos deducir que el organismo de un individuo sólo se puede encontrar en dos estados: en reposo o en actividad física. Partiendo de este punto definimos Actividad física y las definiciones que de ella se derivan (tabla 4).

Tabla 4: Definiciones relacionadas con la actividad física.

Actividad física	Cualquier movimiento del cuerpo producido por músculos esqueléticos que conlleva un gasto energético por encima del nivel de reposo ^{58,52} . La actividad física se describe mediante las dimensiones ^{VII} de frecuencia, intensidad, tiempo y tipo ^{58,50,52}
Ejercicio físico	Tipo concreto de actividad física que corresponde a un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, que se realiza para mejorar o mantener algún componente/s de la forma física. ^{58,52}
Aptitud Física	Conjunto de atributos que las personas poseen o requieren para llevar a cabo las actividades físicas requeridas. Según el American College of Sport Medicine (ACSM) incluye 5 componentes fundamentales: la composición corporal, la resistencia cardiorrespiratoria, la resistencia muscular, la flexibilidad y la fuerza máxima.
Actividad física beneficiosa para la salud	Cualquier forma de actividad física que beneficia la salud y la capacidad funcional sin producir daño o riesgo (<i>health-enhancing physical activity, HEPA</i>). ⁵⁸
Sedentarismo	En la literatura existen distintas definiciones y usos de los términos de sedentarismo e inactividad física. En 2012, la Red de Investigación de Conducta Sedentaria propuso unas definiciones para su aplicación en la literatura científica. En el caso de sedentarismo, definió conducta sedentaria como cualquier conducta, estando consciente, con un gasto energético menor de 1.5 METS estando sentado o reclinado. ⁵⁹
Inactividad física	Individuo inactivo es aquel que no alcanza las recomendaciones de actividad física. ⁵⁹

Para los propósitos de propuesta de intervenciones de esta Estrategia, se ha procurado tener en cuenta tanto actividades que incidan en mejorar el porcentaje de población físicamente activa (que alcanza las recomendaciones de actividad física) como actividades que reduzcan el tiempo de sedentarismo.

^{VII} 1. Frecuencia: número de veces que la persona realiza una actividad física en un periodo de tiempo. Suele expresarse en sesiones o número de veces a la semana.

2. Intensidad: nivel de esfuerzo en el que se realiza una actividad. Puede ser:

a. Intensidad leve: corresponde a actividad física durante la cual puedes hablar o cantar sin dificultad. Supone un aumento de metabolismo por encima del nivel de reposo pero menor a 3 veces el nivel de reposo (conocido como menor de 3 equivalentes metabólicos, METS). Un ejemplo sería caminar a paso lento (3-4 km/h).

b. Intensidad moderada: actividad física que eleva el ritmo cardíaco, con sensación de aumento de la temperatura y un incremento leve del ritmo respiratorio pero que no impide hablar. Corresponde a una actividad que incrementa el metabolismo de 3 a 6 veces por encima del nivel de reposo (3-6 METS). Algunos ejemplos son: caminar a paso ligero (más de 6 km/h), ir en bicicleta a velocidad moderada (16-19 km/h).

c. Intensidad vigorosa: actividad que incrementa el metabolismo al menos 6 veces por encima del nivel de reposo (6 METS). Este tipo de actividad aumenta el ritmo respiratorio de modo que dificulta hablar. Algunos ejemplos son ir en bicicleta a velocidad rápida (19-22 km/h) o correr.

3. Tiempo: duración de la sesión de actividad física. Suele expresarse en minutos.

4. Tipo: modalidad de actividad física. Puede ser:

a. Actividades aeróbicas: son aquellas que mejoran la función cardiorrespiratoria. También se denominan actividades de resistencia. Ejemplos de este tipo de actividad son andar, correr, nadar o montar en bicicleta.

b. Actividad para mejorar la fuerza y resistencia muscular: sirven para desarrollar y fortalecer los músculos y los huesos. Algunos ejemplos son actividades en las que se empuja, tira, levanta o transporta cosas de peso (incluido el propio peso de la persona).

c. Actividad para mejorar la flexibilidad: actividades que mejoran la capacidad de las articulaciones para moverse en todo su rango de movimiento. Algunos ejemplos son el estiramiento suave de los músculos, gimnasia, artes marciales, yoga o pilates.

d. Actividad para mejorar el equilibrio y la coordinación: engloban actividades de equilibrio corporal, actividades rítmicas como bailar, actividades relacionadas con la conciencia cinestética y la coordinación espacial, coordinación óculo-pie u óculo-manual (patadas a un balón o lanzar una pelota con las manos).

Datos de actividad física en España

La medición de la actividad física beneficiosa para la salud es una cuestión compleja, ya que requiere la medida de la intensidad, frecuencia, duración, tipo de actividad y grupos musculares y sistemas implicados.

Como aproximación a los datos de actividad física en España, se pueden analizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012^{VIII}. Respecto al sedentarismo en el tiempo libre, un 41,2% de la población total refería ser sedentaria, siendo este porcentaje mayor en mujeres (46,6%) que en hombres (35,9%); se observa en la Figura 5 su distribución por edades y sexo. Respecto a su distribución según clase social, se observa un gradiente en el sedentarismo, desde el 29,8% en personas de clase social I al 49,33% en personas de clase social VI (fuente: Encuesta Nacional de Salud de España, 2011). Respecto al ejercicio físico en el trabajo o la actividad principal, se observa que prevalece de manera clara el tiempo sedentario en el trabajo frente al tiempo en el que se realiza actividad física.

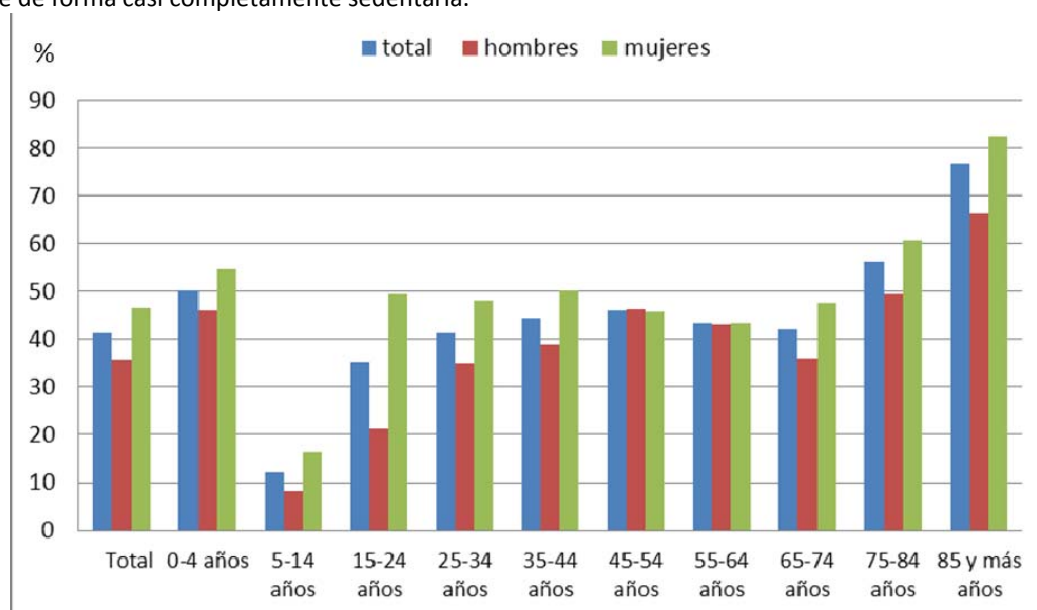
Se ha realizado un análisis de las preguntas sobre ejercicio físico en el tiempo libre y en la actividad principal lo más adaptado posible a las recomendaciones de actividad física para la población mayor de 15 años, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas (Figura 5). Se observa que el 77,2% de la población se clasificaría como población inactiva, que la población es menos activa conforme aumenta la edad y que los hombres son más activos que las mujeres en todos los grupos de edad.

Comparando estos resultados con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997, se observa que las variaciones son mínimas, clasificándose como inactivos el 78% de la población en 1997, aunque por edades se observa un descenso del porcentaje de inactivos en los grupos de edad a partir de 45 años^{IX}.

^{VIII} La formulación de las preguntas y respuestas de actividad física en la Encuesta Nacional de Salud no permite analizar los datos de forma directa respecto al cumplimiento de las recomendaciones de actividad física.

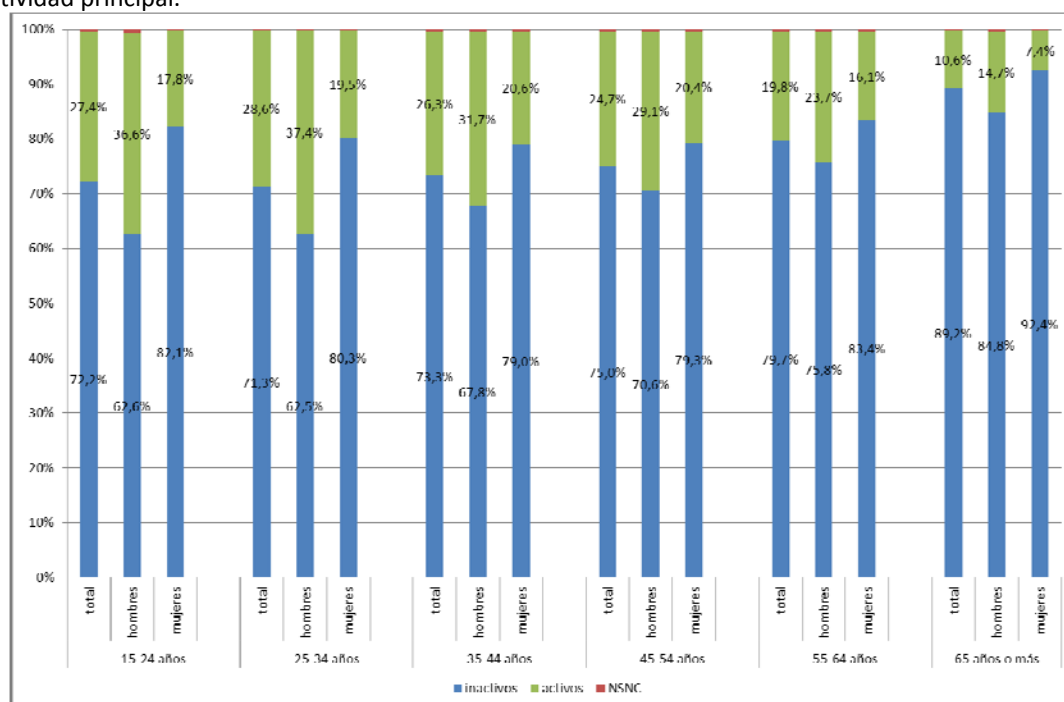
^{IX} Elaboración propia por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Actividad física en la población española según las Encuestas Nacionales de Salud. Documento interno.

Figura 4: Porcentaje de población española que refiere no realizar ejercicio físico y ocupar el tiempo libre de forma casi completamente sedentaria.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012. Corresponde a aquellos que responden “No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria” a la pregunta “¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”.

Figura 5: Población activa e inactiva agrupando dedicación a la actividad física en el tiempo libre y en su actividad principal.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012. Corresponde a la combinación de dos preguntas de la Encuesta: “Pregunta 128: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar...?” y “Pregunta 129: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”. Los categorizados como inactivos corresponden a las personas que han contestado en la pregunta 128 “Sentado/a la mayor parte de la jornada” o “De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos ni esfuerzos”, y que a su vez han respondido en la pregunta 129 “No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria”, “Hago alguna actividad física o deportiva ocasional” o “Hago actividad física varias veces al mes”^x.

^x Este análisis presenta ciertas limitaciones. Las respuestas a las dos preguntas no permiten una clasificación de las personas de acuerdo a las recomendaciones actuales de actividad física, por lo que se ha optado por una clasificación lo más aproximada posible a las mismas, y que puede resultar exigente para alcanzar la categoría de activos, por lo que podría infraestimar este porcentaje.

Respecto a la población escolarizada de los 11 a los 18 años, el 13,7% de las chicas y el 28,6% de los chicos declaran realizar al menos 60 minutos de actividad física los siete días de la semana. Se observa un descenso de la actividad realizada asociado a la edad, el 31,7% de los adolescentes de 11-12 años realiza actividad física los siete días de la semana, respecto al 15,3% de los adolescentes de 17-18 años⁶⁰ (Tabla 5).

Tabla 5: Número medio de días a la semana que se sienten físicamente activos durante un total de al menos 60 minutos al día; población escolarizada de los 11 a los 18 años.

	Total	Sexo		Edad			
		Chico	Chica	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
0 días	3,2%	2%	4,4%	1,8%	2,4%	3%	6,4%
1 día	6%	3,9%	8,0%	2,7%	5,3%	7%	9,3%
2 días	13,6%	9,6%	17,6%	10,5%	12,8%	14,8%	16,3%
3 días	16,6%	13,1%	19,9%	13,3%	16,4%	18,5%	17,3%
4 días	16,9%	16,2%	17,6%	14,9%	18,1%	17,7%	16,1%
5 días	14,5%	16%	13%	15,9%	14,7%	14,5%	12,5%
6 días	8,2%	10,6%	5,8%	9,2%	8,9%	7,6%	6,9%
7 días	21%	28,6%	13,7%	31,7%	21,4%	16,9%	15,3%

Fuente: Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-aged Children) (HBSC) 2010.

En un estudio sobre los hábitos deportivos de la población escolar española, se valoró la realización de práctica deportiva organizada y no organizada o espontánea, realizando el 63% práctica deportiva organizada como mínimo una vez por semana, con diferencias claras entre sexos (73% de los chicos y 53% de las chicas). Respecto a la práctica deportiva no organizada, como mínimo una vez por semana, la realiza el 72%, siendo la diferencia entre sexos menor (78% chicos y 66% chicas)⁶¹.

Como dato relacionado con el sedentarismo en la población de 1 a 14 años, tenemos el tiempo de consumo de televisión y de utilización de videojuegos, ordenador o internet que recoge la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Respecto al consumo de televisión, un 63,4% de los niños y niñas ven 1 hora o más de televisión de lunes a viernes (media de 1,9 horas), llegando al 73,9% en fin de semana (media de 2,7 horas). En cuanto a la utilización de videojuegos, ordenador o internet, el 22,9% refiere utilizarlo durante 1 hora o más de lunes a viernes (media 1,7 horas), siendo el 40,4% durante el fin de semana (media 2,2 horas).

Costes asociados

Datos de países de nuestro entorno apoyan la importancia de la promoción de la actividad física como actuación de salud pública:

- En Inglaterra, se ha estimado que el coste de la inactividad física es de más de 8.200 millones de libras esterlinas anuales (9.600 millones de euros), incluyendo los costes directos del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) y costes indirectos, como el debido al absentismo laboral. Estima a su vez que si la proporción de población inactiva se redujera en un 5%, teóricamente

se ahorrarían más de 300 millones de libras esterlinas por año (350 millones de euros)⁵⁴.

- En Canadá estiman en casi 5.300 millones de dólares (4.000 millones de euros) la carga económica de la inactividad física, teniendo en cuenta costes directos del sistema de salud y costes indirectos (que incluyeron la pérdida de rendimiento económico debido a enfermedad, discapacidad laboral relacionada con lesiones o mortalidad prematura)⁶².
- En Canadá y Estados Unidos se estima que aproximadamente el 2,5% del total de costes del sistema de salud se relacionan con inactividad física^{62,63}.

En España, un estudio realizado en Cataluña en 2006 estimó que por cada euro per cápita invertido en promoción deportiva se incrementa en 0,20-2,80% el número de personas que realizan 3 horas o más de actividad física a la semana, y que por cada euro invertido de forma exclusiva en promoción deportiva se produce un ahorro aproximado de 50 € en gastos sanitarios acumulados durante 15 años⁶⁴.

Actuaciones a nivel estatal

Normativa

- a) Constitución española nuestra Constitución reconoce el derecho de todos a la protección de la salud (art. 43.1) ordenando a los poderes públicos, explícitamente, el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte (Art. 43.3).
- b) Ley 10/1990 de 15 de Octubre, del Deporte.
- c) Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.
- d) Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- e) «Directrices de actividad física de la UE. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud» confirmadas por los Ministros de los Estados Miembros de la UE en su reunión de Biarritz de 27 y 28 de noviembre de 2008.
- f) Conclusiones del Consejo y de los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de 27 de noviembre de 2012, sobre la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud (AFBS) (2012/C 393/07).

Estrategias y Planes

- a) Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS) Ministerio de Sanidad y Consumo, febrero de 2005.
- b) Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte (Plan A+D) el período 2010 a 2020. Noviembre 2010.

<http://www.csd.gob.es/csd/sociedad/plan-integral-para-la-actividad-fisica-y-el-deporte-plan-a-d/plan-integral-para-la-actividad-fisica-y-el-deporte/>.

Alimentación saludable

La alimentación saludable es fuente de salud mientras que la alimentación incorrecta y desequilibrada constituye un factor de riesgo para la salud y para un buen número de trastornos y enfermedades, algunos de ellos de verdadera trascendencia individual y con importante repercusión socio-sanitaria.

La alimentación poco saludable junto con la falta de actividad física son causa de la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de mortalidad, morbilidad y discapacidad.⁶⁵

La Declaración de Viena sobre Nutrición y Enfermedades No Transmisibles en el contexto de Salud 2020⁶⁶ es el nuevo marco político con el que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en la Región de Europa se comprometen a prevenir y combatir el sobrepeso, la obesidad y la desnutrición. Requiere la participación activa de todos los sectores y actores y ofrece opciones de política para que los gobiernos consideren introducir la producción, el consumo, la comercialización, la disponibilidad, el acceso, las medidas económicas y la educación basada en las intervenciones, teniendo en cuenta las dimensiones culturales de la nutrición.

Alimentación saludable a lo largo del curso de vida

La buena alimentación ha de formar parte de los estilos de vida saludables desde el nacimiento, los efectos beneficiosos de una alimentación adecuada se obtienen tanto a corto como a largo plazo previniendo o mejorando los cambios naturales debidos a la edad y las enfermedades más frecuentes que aparecen con paso de los años.⁶⁵

Una alimentación saludable se inicia tras el nacimiento con la lactancia materna. El amamantamiento es la forma natural de alimentación de los lactantes y niños pequeños. La lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida asegura el óptimo crecimiento, desarrollo y salud.

El enfoque integral para mejorar la alimentación debe dirigirse no sólo a garantizar la seguridad alimentaria sino además debe fomentarse una alimentación variada, equilibrada y moderada que posibilite la adopción de una alimentación saludable por parte de la población. En los últimos años se ha producido un cambio negativo hacia una dieta de alta densidad energética en la que juegan un papel más importante las grasas, la sal y los azúcares añadidos a los alimentos, con una mayor ingesta de grasas saturadas (en su mayoría de procedencia animal) y una reducción de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra, así como de frutas y verduras.

La promoción de una alimentación saludable en entornos capacitadores: escolar, familiar, sanitario, empresarial, laboral y comunitario, junto con la puesta en marcha de medidas de protección de la salud, a través de medidas legislativas y/o de acuerdos de correulación,^{XI} facilitarán los hábitos de vida saludables y la protección de los mismos.

^{XI} Correulación es el termino q utiliza la Ley 17/2011. Dice que este: “sirve de «vínculo jurídico» entre la autorregulación y el poder legislativo nacional, con arreglo a las tradiciones jurídicas de los Estados miembros. La correulación debe preservar la posibilidad de intervención por parte del Estado en el caso de que no se realicen sus objetivos”.

Prevalencia y carga de enfermedad

En base al análisis del estudio GBD, 2010 se estima que conjuntamente los factores de riesgo asociados a la alimentación y a la inactividad física representan un 10% de AVADs a nivel mundial. Las principales patologías específicas en las que intervienen la alimentación y los factores nutricionales como causa o coadyuvantes o como factores de prevención son:

- o Diabetes tipo 2.
- o Enfermedad cardiovascular. Cardiopatía isquémica y accidentes cerebro vasculares.
- o Hipertensión.
- o Litiasis biliar.
- o Osteoporosis y osteoartritis.
- o Cáncer de mama postmenopáusico, cáncer de colon, de endometrio y renal.

En concreto en la tabla siguiente se presentan los resultados de carga atribuible a alimentación no saludable de diferentes enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 6: Estimación de carga de enfermedad atribuible (en AVADs) a la alimentación no saludable por grupos de enfermedades no transmisibles para España.⁴³

Enfermedad Crónica	Fracción atribuible (en % AVADs)		
Enfermedad Cardio-Vascular	57%	IAM	81%
		ACV	53%
Cáncer	12%	Mama	1%
		Colon	38%
		Pulmón	14%
Diabetes	32%		
Insuficiencia renal crónica	13%		

A partir del estudio sobre carga de enfermedad mundial, GBDS 2010, se presenta a continuación la carga de enfermedad atribuible en España a diferentes tipos de dieta, medida en años ajustados por discapacidad (AVADs).

Tabla 7: Estimación de la carga de enfermedad atribuible a diferentes tipos de dieta para varias enfermedades crónicas en España.

Dieta	Fracción atribuible (en % AVADs)
Baja en frutas	4,4%
Alta en sodio	3,5%
Baja en frutos secos y semillas	3,3%
Baja en cereales integrales	2,9%
Baja en vegetales	2,3%
Alta en comida procesada	2,0%
Baja en ácidos omega 3	1,5%
Baja en fibra	1,0%

Fuente: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60. (Acceso on line 27/6/2013: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>).

Las enfermedades del aparato circulatorio

Se han realizado estimaciones a través de estudios de prevalencia de ámbito nacional o regional, sobre el riesgo poblacional de cardiopatía isquémica atribuible a varios factores de riesgo, entre los resultados obtenidos para los factores de riesgo modificables y destacan *la hipertensión* (valores mayores o iguales a 140/90 mm Hg) un 35% para los hombres y un 35% para las mujeres; *la dislipemia* (colesterol mayor o igual a 200 mg/dl) un 50% para los hombres y un 50% para las mujeres; *la diabetes* un 5% para los hombres y un 7% para las mujeres, y *la obesidad* (índice de masa corporal, IMC, mayor o igual a 30 kg/m²) un 13% para los hombres y un 15% para las mujeres. Todos ellos factores de riesgo relacionados con la alimentación^{67,68}.

La alimentación es un elemento clave tanto en la prevención primaria como secundaria de muchos de estos factores. La evidencia muestra que la reducción de la incidencia de enfermedad coronaria a través de la dieta es posible y señala una correlación positiva entre estilo de vida y factores dietéticos y su relación con lípidos en sangre, presión arterial y riesgo de enfermedad cardíaca coronaria⁶⁹. Entre las principales asociaciones establecidas entre diversos componentes de los alimentos y factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares (ECV), centrándonos en las relaciones positivas en términos de salud (elementos de la dieta que se han relacionado con una situación favorable del factor de riesgo y/o ECV) están descritos:

La hipercolesterolemia que es uno de los principales factores modificables a través de la dieta hipocolesterolemia y su relación con ácidos grasos saturados. La sustitución de ácidos grasos saturados (AGS) por ácidos grasos mono-insaturados (AGMI) se encuentra asociada a reducción importante (30%) del riesgo cardiovascular, 3 veces más que la asociación encontrada al reemplazarlos por hidratos de carbono⁷⁰.

Estudios observacionales y ensayos aleatorizados respaldan la efectividad del aumento del consumo de alimentos de origen vegetal, en especial fruta y verdura, para reducir el riesgo de **hipertensión arterial**⁷¹. Existen suficientes datos epidemiológicos que indican que el consumo habitual de fruta, verdura y legumbres disminuye el riesgo de

padecer enfermedad cardiovascular y en especial infarto, ya que gracias a su ingesta, se ayuda a consumir una cantidad adecuada de potasio, que reduce la presión sanguínea y protege contra los accidentes cerebrovasculares (ACV) y las arritmias cardíacas⁷².

Se ha demostrado que el consumo de un **patrón de alimentación saludable** tiene, más que los alimentos de forma aislada, considerables efectos cardioprotectores para la prevención. Una de las dietas que mejor une estos conceptos y que ha sido estudiada en su conjunto es la Dieta Mediterránea, de la cual ha sido comprobado su efecto protector a nivel cardiovascular,⁷³ no solamente por los componentes de la misma y las interacciones entre ellos, sino también por el estilo de vida activo que incorpora⁷⁴.

Diabetes Mellitus

La alimentación es una parte importante del tratamiento de la **Diabetes Mellitus** (DM). Entre los aspectos que comprende el tratamiento nutricional de la DM podemos mencionar la ingesta calórica, ajustada al gasto energético y a las necesidades de cambio de peso, la consistencia día a día del reparto de hidratos de carbono en las diferentes comidas de la jornada y la cantidad y tipo de macro y micronutrientes, para evitar una nutrición poco equilibrada o que pudiera conducir a déficits nutricionales.

Se ha comprobado que dos de cada tres individuos con Diabetes tipo 2 (DM2) tienen un IMC > 27 kg/m². Además, en una muestra representativa de los diabéticos españoles en 2008-2010, sólo la mitad seguían una dieta consistente con las recomendaciones de las principales sociedades científicas para el manejo nutricional de la diabetes.⁷⁵ Por su parte, la ganancia de peso, incluso en niveles de IMC normales, es un factor de riesgo para la aparición de diabetes en el adulto⁷⁶.

Cáncer

En relación al **cáncer**, la evidencia científica acumulada hasta hoy, muestra la importancia de diferentes alimentos y nutrientes en el desarrollo de los distintos tumores, aunque hay todavía muchas asociaciones para las que no hay conclusiones definitivas y se necesitan más y mejores estudios epidemiológicos. Existe en cualquier caso una base suficiente para promover una dieta más saludable y desarrollar actividades preventivas para mejorar la dieta de la población española y reducir el riesgo de cáncer.

Se dispone de pruebas según las cuales las dietas ricas en verduras y frutas protegen frente a los cánceres de la cavidad oral y la faringe, el esófago, el pulmón, el estómago, el colon y recto, la laringe, el páncreas, la mama y la vejiga⁷⁷.

Hay evidencia de que una gran masa corporal incrementa el riesgo de cáncer de endometrio. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer posmenopáusica, cáncer de endometrio, colon y recto, riñón y esófago, y el nivel de evidencia disponible en ese sentido es convincente.⁷⁸

Obesidad

La prevalencia de **obesidad** en España en 2012 se sitúa en el 16,0% en hombres y el 18,0% en mujeres. En la población infantil (2 a 17 años) el porcentaje de población con obesidad para ambos sexos es del 9,6%.⁷⁹ Esta cifra es aún mayor si atendemos a

estudios basados en medición objetiva de peso y talla⁸⁰. En ambos sexos la prevalencia se incrementa con la edad y al reducirse la clase social.

El 45,8 % de la población a partir de 1 año de vida consume verduras, ensaladas y hortalizas a diario y fruta fresca (excluyendo zumos) el 61,4 % también a diario.

Definición y Datos de alimentación en España

Como cuestión previa se debe definir:

- *Nutrición* como el conjunto de procesos que se producen en nuestro organismo cuando ingerimos un alimento, es un proceso involuntario e inconsciente.
- *Alimentación* es el conjunto de acciones conscientes y voluntarias que realizamos antes de introducir un alimento en nuestro organismo.
- *Dieta* es el plan alimentario adecuado a nuestras necesidades.

La Encuesta Europea de Salud de España (EES09)⁸¹ en lo referente a la alimentación estudia el consumo de frutas y verduras en la población de 16 y más años. Siete de cada 10 personas afirman que comen fruta al menos una vez al día, y seis de cada 10 comen verduras a diario. En general, el consumo de verduras es algo inferior al de fruta, aunque el 7,3% de la población toma fruta menos de una vez a la semana. Teniendo en cuenta el sexo, **las mujeres comen más fruta** que los hombres. El 33,7% de los hombres come fruta menos de una vez al día, frente al 25,3% de las mujeres. Estas diferencias desaparecen con la edad. Las **mujeres** también consumen **más verduras** que los hombres. El porcentaje que no consume verdura diariamente es del 43,7% en hombres, frente a un 32,7% en mujeres. También es este caso las diferencias se difuminan en mayores de 65 años. Cada día tiene más importancia analizar el conjunto de la dieta y no sólo componentes individuales de la misma como las frutas y verduras (aunque estos dos sean muy importantes) La dieta de sólo la mitad de la población adulta española muestra una concordancia aceptable con el patrón de dieta mediterránea; además la adherencia a este patrón saludable de dieta es menor es los más jóvenes y en las personas de clase social más baja⁸².

Tabla 8: Porcentaje de personas de 16 y más años que consume fruta menos de una vez al día por grupos de edad y sexo.

	Total	16 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55- 64	65 - 74	75+
Ambos sexos	29,35	50,11	40,74	33,73	26,55	16,75	11,78	12,4
Hombres	33,67	51,58	45,24	39,41	31,7	19,94	12,58	12,58
Mujeres	25,21	48,58	35,98	27,78	21,46	13,74	11,11	12,3

Fuente: Encuesta europea de salud de España 2009. Instituto Nacional de Estadística en virtud del Convenio de Colaboración establecido entre el INE y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 9: Porcentaje de personas de 16 y más años que consume verdura menos de una vez al día por grupos de edad y sexo.

	Total	16 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55- 64	65 - 74	75+
Ambos sexos	38,13	55,72	43,92	38,42	34,31	29,16	28,12	33,6
Hombres	43,72	61,59	49,68	45,76	40,04	34,65	27,98	36,62
Mujeres	32,74	49,57	37,82	30,71	28,61	23,97	28,25	31,62

Fuente: Encuesta europea de salud de España 2009. Instituto Nacional de Estadística (INE) en virtud del Convenio de Colaboración establecido entre el INE y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Las personas **nacidas en España** según EES09 comen fruta más frecuentemente. El porcentaje de las personas nacidas en España que no come fruta a diario es del 28,56%, frente al 33,6% en los que han nacido fuera de España. Esto ocurre sobre todo en los hombres y su interpretación requiere ajustar por edad.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) ha realizado, dos estudios sobre el **consumo de sal** cuyos resultados ha publicado en 2009⁸³, el primero, en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid refleja que actualmente se consume en España una media de 9,7 gramos diarios, el doble de lo recomendado por la OMS. Se considera que el 87,5% de la población consume más sal de la recomendada y que ésta se ingiere de forma mayoritaria a través de la alimentación. El segundo estudio, encargado a la Organización de consumidores y Usuarios (OCU), ha analizado 1.200 alimentos para saber cuál es su contenido en sal y así poder actuar sobre los mismos.

Una reducción de la ingesta de sal en la población desde los 10 g/día actuales a 5g/día (reducción del 50%) evitaría cada año unos 20.000 accidentes cerebrovasculares y unos 30.000 eventos cardiacos, en una estimación conservadora, y se obtendría un ahorro de millones de euros.

En el informe sobre la Valoración de la Dieta Española de acuerdo al panel de consumo alimentario⁸⁴ del Ministerio de Agricultura y Pesca y Alimentación (actual MAGRAMA) se concluye entre otras observaciones de interés que:

- En general, el consumo medio de energía y nutrientes se excede en un 80% del consumo recomendado.
- En España se consumen carnes y derivados excediendo las recomendaciones, mientras que el consumo de cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas y leguminosas es insuficiente.
- El consumo medio de grasas muestra un porcentaje de ácidos grasos saturados y ácidos grasos poliinsaturados superior a las recomendaciones, y de nuevo se puede comprobar como este índice ha empeorado en los últimos 40 años.

De los datos recogidos en este informe se concluye que el modelo español se aleja cada vez más de la dieta mediterránea definida como saludable.⁸²

En España, utilizando los datos del panel de consumo de alimentos del MAGRAMA, se pueden observar las distintas compras realizadas en los hogares según algunas variables como nivel socioeconómico (bajo, medio/bajo, medio, alto/medio-alto). Todos los grupos de alimentos son consumidos en mayor cantidad en el estatus

socioeconómico alto/medio-alto excepto cereales y derivados, huevos y legumbres que son más consumidos en el estatus medio/bajo.

Costes asociados

Los estudios económicos se han realizado hasta el momento a partir de la patología fundamental causada por la alimentación poco saludable que es la obesidad, analizando en los mismos la fracción atribuible a las principales enfermedades asociadas a la misma.

Los costes asociados a la obesidad en España superan los 2.500 millones de euros anuales⁸⁵. Estos costes son debidos, principalmente a la estrecha relación que tiene la obesidad con otras patologías como la diabetes, trastornos cardiovasculares, dislipemias, etc. Este coste podría reducirse mediante intervenciones sanitarias que propiciaran una pérdida de peso, y con ella, la prevalencia de las enfermedades asociadas. Los costes de la obesidad corresponden en más del 35 por ciento, a las enfermedades con la que está relacionada.

Distribuyendo los costes atribuibles a la obesidad en las principales enfermedades con las que está asociada, según dicho estudio, podemos observar que **la diabetes tipo 2 es responsable del 9% de los costes totales; las enfermedades cardiovasculares causan el 22,6% del gasto de la obesidad, y las dislipemias, el 2,4% del total de gastos**. El 65% restante es debido a la obesidad en sí misma y a otras muchas patologías como diferentes tipos de cáncer, alteraciones renales y hepáticas, apnea del sueño o incluso incontinencia urinaria, que también están muy relacionadas con esta patología.

En cuanto a la distribución de costes en directos e indirectos, es importante señalar que **las dos terceras partes de los costes de la obesidad son indirectos**. Estos costes están constituidos por todos aquellos que tienen lugar a causa de las bajas e incapacidades laborales así como la mortalidad prematura, entre otros. La obesidad en sí misma y muchas de las patologías asociadas tienen un importante papel como causas de discapacidad.

Tabla 10: Porcentaje de costes (de los costes totales atribuibles a obesidad) causados por enfermedades asociadas.

Diabetes tipo 2	9 %
ECV	22,6 %
Dislipemias	2,4 %
Obesidad en sí misma y otras patologías asociadas	65 %

Actuaciones a nivel estatal

Normativa.

- Reglamento (CE) no 1924/2006 del parlamento europeo y del consejo de 20 de diciembre.* Relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. De aplicación directa en España.
- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.* Esta Ley aborda y regula la materia de nutrición como ámbito de actuación de la AESAN, como colofón

a los trabajos emprendidos en el seno de la AESAN para iniciar la lucha contra la obesidad. Da respaldo legal a la Estrategia NAOS, tal y como se recoge en el capítulo VII y VIII (artículos 38 al 46). Además, la Ley responde a la necesidad de consolidar la confianza de los consumidores en la seguridad de los productos alimenticios que consumen y a la necesidad de consolidar la relación existente entre alimentación y salud.

- c) *Reglamento (UE) n o 1169/2011 del parlamento europeo y del consejo de 25 de octubre de 2011sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. De aplicación directa en España.*

Estrategias y Planes

- a) Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS). Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo, febrero de 2005.
- b) Estrategia de Diabetes del SNS.2012.
- c) Estrategia del Cáncer del SNS. 2006 (actualización de 2009).
- d) Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS.2009.
- e) Estrategia de atención al Parto Normal en el SNS.2007.
- f) Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011.
- g) Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, creado por Acuerdo del Consejo de Ministros el 18 enero de 2013, en el marco de la Estrategia NAOS.

Consumo de riesgo y nocivo de alcohol^{XII}

El alcohol tiene una serie de características que lo hacen muy especial. Por un lado, se trata de un producto que ocupa un espacio relevante en el mercado de curso legal, y cuyo uso está enraizado en nuestra cultura, con una fuerte presencia en la sociedad rural. Por otra parte, es responsable de un volumen importante de problemas sociales y de salud, con un coste notable en sufrimiento, enfermedad y muerte evitables.

Aunque la mayoría de los consumidores de alcohol no sufran efectos adversos por su consumo, una parte (que no se limita a las personas que desarrollan dependencia del alcohol) padece sus consecuencias, extendiéndose estas consecuencias a personas que no lo consumen (lesiones por accidentes de tráfico, agresiones, etc.). Por todo ello, el alcohol es un producto peculiar que, pese a su curso legal, debe ser objeto de regulación y de intervenciones sanitaria.⁸⁶

Prevalencia y carga de enfermedad

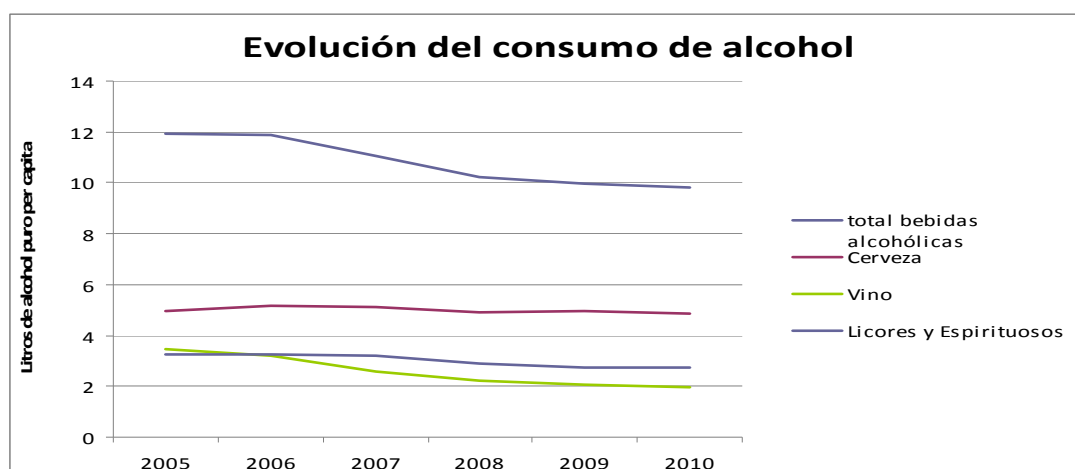
En España, el alcohol, es la sustancia psicoactiva más consumida por la población general. Existen fundamentalmente dos parámetros para medir los consumos. Por un

^{XII} **Consumo de riesgo (hazardous use):** patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias para el consumidor. A diferencia del consumo perjudicial, se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública aunque el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual.

Consumo perjudicial /nocivo (harmful use) es un patrón de consumo que causa daño a la salud, físico o mental y, a menudo, consecuencias sociales adversas.

lado el consumo per cápita (litros de alcohol puro consumidos anualmente en > 15 años) que en 2005 fue de 10,24 litros y de 9,79 en 2010.

Figura 6: Evolución del consumo de alcohol en España.



Fuente: Agencia Tributaria. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Elaboración propia

Por otro lado, las encuestas nacionales informan que, a pesar de este descenso, en los últimos años se ha producido un cambio en los patrones de consumo, especialmente entre los jóvenes. La tendencia observada es el aumento del consumo intensivo de alcohol (binge drinking), entendiéndose éste por consumos de más de 6 UBEs^{XIII} en hombres y 4 en mujeres en un periodo de 4-6 horas, relacionado con un aumento de las intoxicaciones etílicas.

En 2009, en la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), se utiliza por primera vez la herramienta de estimación del consumo AUDIT^{XIV} y se obtienen 18.717 cuestionarios válidos de personas que consumieron alcohol alguna vez en la vida. De estos, al 7,4% se les puede atribuir un consumo de riesgo/nocivo, lo que supone 2 millones de personas (1.320.000 hombres y 680.000 mujeres) y un 0,3% muestran posible dependencia, lo que supone 90.000 personas (75.600 hombres y 14.400 mujeres).

En 2011, el 13,4% de la población, de 15 y más años, había consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año (19,7% hombres, 7,3% mujeres). El porcentaje de hombres que realiza estos consumos, supera ampliamente al de mujeres en todos los grupos de edad, siendo menor la diferencia entre los más jóvenes (11,0% hombres, 5,6% mujeres). La mayor prevalencia se da en hombres de 15 a 34 años (uno de cada 10 se expone mensualmente a los riesgos del consumo intensivo de alcohol y casi uno de cada 20 lo hace semanalmente). Este patrón de consumo disminuye progresivamente con la edad: sólo un 1,4% de los hombres y un 0,2% de las mujeres mayores de 75 años lo realizan⁸⁷.

Un estudio sobre “Binge drinking in Spain, 2008-2010” de Soler-Vila H et al, apunta que dos tercios de todo el alcohol consumido en episodios de consumo intensivo son

^{XIII} UBE: unidad de bebida estándar. En España equivale a 10 gr de alcohol puro.(equivale a una copa de vino o cava (100ml), 1 cerveza (250ml) y a ½ copa de licor (25ml).

^{XIV} AUDIT: Método para estimar el consumo de alcohol, desarrollado por OMS, que incluye 10 preguntas que cubren: consumo de riesgo (de la pregunta 1 a la 3), problemas relacionados con el alcohol (preguntas de la 7 a la 10) y dependencia alcohólica (de la 4 a la 6).

bebidas destiladas; no siendo este tipo de consumo ocasional ya que, entre los mayores de 18 años, la frecuencia declarada de este patrón de consumo es de 2,3 veces al mes.⁸⁸

En relación a la edad de inicio no ha variado en estos últimos años, situándose alrededor de los 13,7 años^{60,89}. En menores, se observa una tendencia descendente⁶⁰ en el porcentaje de abstemios, ya que en 2002 suponen el 52% en el 2002 y en 2010 se reducen al 48%. Además, el consumo mensual ha subido 3 puntos en este periodo, de 9,5 a 12,6%.⁸⁹

El 16% de los adolescentes de 14 años reconocía haberse emborrachado en los últimos 30 días, siendo en este caso el porcentaje más elevado en chicas (17,3%) que en chicos (14,5%) y aumentando casi tres puntos respecto al año 2008.

En cuanto a la disponibilidad percibida, el 90,8%, en 2010, lo considera muy disponible y que le sería fácil o muy fácil conseguirlo.

Percepción del riesgo: La encuesta ESTUDES 2010, muestra cómo los estudiantes de enseñanzas secundarias, de 14 a 18 años, asocian a menor riesgo tomar 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana y 1 o 2 cañas/copas diarias.

En relación a los menores, según la encuesta Health Behavior in School aged Children (HBSC) 2010, no se observan diferencias significativas, en relación a edad de inicio al alcohol ni en consumos semanales teniendo en cuenta la clase social y la titularidad (privada o pública) del centro educativo. En cuanto a los episodios de embriaguez, han aumentado en 2010 (respecto de encuestas anteriores) entre los alumnos de centros privados, igualándose a los de la pública 33,7%.

Tomando como referencia la ENS 2011/12, las personas con mayor cualificación profesional y clase social se declaran mayores consumidores en los últimos 12 meses, esto es especialmente llamativo en el caso de las mujeres. Sin embargo son los trabajadores (hombres) menos cualificados los que declaran mayores consumos intensivos de frecuencia mensual. En el caso de las mujeres resaltar que las más cualificadas son las que más practican este tipo de consumo. Por nivel de estudios, los universitarios declaran consumir mensualmente de manera intensiva en mayor cantidad que los que no saben leer ni escribir, esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres: el 0% entre las que no saben leer ni escribir y 2,8% entre las universitarias declaran este tipo de consumo.

Clarificando algunos mitos

Diversos estudios señalan la relación inversa entre ingesta de bajas cantidades de alcohol y enfermedad isquémica del corazón. Antes de hacer ninguna recomendación, en este sentido, es necesario evaluar la calidad de los mismos y los distintos factores de confusión (edad, género, consumo de tabaco, dieta, consumo de drogas....) y, por otro lado, considerar que existen otro tipo de recomendaciones sin los efectos adversos del alcohol.

La curva dosis-respuesta presenta forma de “J” de manera que, a dosis altas, el potencial efecto beneficioso se pierde y aparecen los efectos tóxicos. Además estos efectos no se aprecian para otros procesos como la enfermedad hipertensiva, altamente prevalente en la población; la cardiopatía alcohólica; la taquicardia supraventricular y otras. Consecuentemente hacer extensivos los beneficios del

consumo de **dosis bajas** de alcohol en la enfermedad isquémica del corazón al conjunto de enfermedades cardíacas o de la enfermedad isquémica del corazón y cerebral, al conjunto de las enfermedades cardiovasculares, es incorrecto y no se debe realizar.

En menores, la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia en la edad adulta, multiplicando por cuatro el riesgo de desarrollarla en quienes comienzan a beber antes de los 15 años, frente a los que lo hicieron a los 20.⁹⁰ Además los menores son más sensibles a los efectos dañinos de alcohol que los adultos.⁹¹ Esta vulnerabilidad se manifiesta espacialmente en el embarazo, siendo el Síndrome alcohólico fetal la primera causa prevenible de defectos congénitos y deficiencia mental.^{92,93} Además, las mujeres que dan a luz niños con SAF son, frecuentemente, aquellas en las que la salud y el bienestar están significativamente comprometidos y en sus vidas concurren circunstancias tales como aislamiento, pobreza, violencia, salud mental deficiente, falta de apoyos, etc.

Carga de enfermedad

El consumo de riesgo y/o nocivo de alcohol está relacionado con un amplio rango de problemas de salud tanto físicas como mentales (más de 60 enfermedades) y sociales ya que afecta a terceras personas. Sus consecuencias dependerán del volumen y del patrón de consumo, que son las variables que van a modular los efectos a través de mecanismos bioquímicos, de intoxicación y dependencia.⁸⁶

Destacar que la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de estos últimos. Descensos en los niveles de consumo de la población general se traducen en reducción de la morbi/mortalidad por daños sobre la salud relacionados con el alcohol.

Por otro lado el alcohol es, con frecuencia, puerta de entrada al consumo de otras sustancias y al policonsumo, un patrón de consumo cada vez más prevalente.

En 2010, 4,9 millones de muertes fueron atribuidas al consumo de alcohol a nivel mundial, factor que supuso el 5,5% de AVADs perdidos. Ocupó el tercer lugar como factor de riesgo en la carga mundial de enfermedades y lesiones, siendo el principal factor de riesgo en el grupo de edad de 15-49 años, y uno de los cinco principales para el grupo de 50 a 69 años.⁴³

En Europa, se calcularon 195.000 muertes al año por esta causa, siendo responsable del 12% del total de AVADs en hombres y del 2% en mujeres. Los jóvenes soportan, de forma relativa, una parte desproporcionada de esta carga, ya que el alcohol es origen del 25% de la mortalidad en los hombres y del 10% en las mujeres (fundamentalmente debido a la gravedad de las lesiones). En Europa se estima en unos 13.000 los hombres jóvenes muertos anualmente a causa del alcohol.⁹⁴

Tabla 11: Fracción atribuible de enfermedad para el alcohol en España.

Enfermedad Crónica	Fracción atribuible (en % AVADs)		
Enfermedad Cardio-Vascular	1,8%	Cardiopatía hipertensiva	17,2%
		ACV	7,6%
Cáncer	5,3%	Mama	14,5%
		Colon	6,5%
		Hígado	13,9%
Cirrosis hepática	70,5%		
Lesiones no intencionales (incluye accidentes tráfico)	11,5%		

Fuente: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60. (Acceso on line 27/6/2013: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>).

En el año 2005, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de Universidad de Valladolid, realizó un estudio de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en España para el periodo 1999-2004. En dicho estudio se puede observar que en la mortalidad relacionada con el alcohol, tienen mayor peso las causas crónicas que las agudas. Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%; para ambas la relación hombre mujer es de 3 a 1.

Las enfermedades del aparato digestivo suponen alrededor del 39-40% de toda la mortalidad, siendo la cirrosis la causa que contribuye con el mayor número de fallecimientos. Las lesiones no intencionales suponen entre un 28-29% del total de la mortalidad atribuida al alcohol, seguidas por las lesiones intencionales y las enfermedades del aparato cardiovascular.

Según el estudio de la carga mundial de enfermedad, GBD 2010, en España el consumo de alcohol ocupa el séptimo lugar cuanto a causa de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar en población de 15 a 49 años.

Costes asociados

En la Unión Europea, el coste vinculado al alcohol en 2003, se estimó en 125 billones de euros, similares a los costes sociales del tabaco. En estos costes no se incluyen los costes intangibles derivados del sufrimiento humano debido a la enfermedad, maltrato, violencia, etc., aunque diferentes valoraciones lo cuantifican en un rango entre 150 y 760 billones de euros.⁹⁴

En España, un estudio realizado en 1996, por García-Sempere y Portella estima, el impacto económico anual del consumo de alcohol (gastos directos+indirectos) en 3.832,76 millones de euros.⁹⁵

Otro estudio realizado en 2007, los cuantifica en 2.760.090 (ver tabla).

Tabla 12: Coste directo sanitario y coste indirecto del consumo de alcohol en el Estado español, 2007.

Coste	Año	Número de casos hombres	Número de casos mujeres	Coste total €
Morbilidad totalmente atribuible	2007	15.616 altas	3.414 altas	40.604.853,36
Morbilidad parcialmente atribuible	2007	85.095 altas	61.050 altas	311.818.218
APVP	2004	100.716 años	23.799 años	2.308.362.090
Baja laboral totalmente atribuible	2007	169.902 días	40.627 días	12.072.075
Baja laboral parcialmente atribuible	2007	823.720 días	841.880 días	87.232.958
Total				2.760.090.194,36

Fuente: Revista Española de SP 2011; 85; 141-147.

Actuaciones a nivel estatal

Normativa

a) Nacional:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/legislacionEstatal.htm>.

b) Autonómica:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/legislacionAutonomica.htm>.

Estrategias y Planes

a) Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

b) Plan de Acción del Plan Nacional sobre Drogas 2013-2016:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf

c) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

d) Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020.

http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/politicas-viales/estrategicos-2011-2020/doc/estrategico_2020_004.pdf

Consumo de tabaco

Según la OMS, el tabaco sigue siendo la primera causa mundial de muertes prevenibles⁹⁶, siendo su consumo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables.

Prevalencia y carga de enfermedad

Tanto el tabaquismo activo como el pasivo causan al menos 15 tipos de cánceres, además de enfermedades coronaria y cerebrovascular, patología obstétrica y neonatal y enfermedades pulmonares, siendo el principal factor responsable del cáncer de pulmón (del que se estima que entre un 83% y un 90% de los casos es provocado por el tabaco^{97,98}). Además, el tabaco es la principal causa de al menos la mitad de las enfermedades cardiovasculares y de más del 90% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). También está vinculado a un mayor riesgo de diabetes, fractura de cadera, depresión, adicción al alcohol y otras sustancias; mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas; alteraciones del gusto y el olfato, infertilidad, retrasos en la concepción, adelanto de la menopausia e incremento de la osteoporosis.

En España en 2009, el 28,2% del total de defunciones fue debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 143 muertes por 100.000 habitantes.⁹⁹

En cuanto a la mortalidad atribuible al tabaco, un mínimo de 1.228 muertes anuales en España podrían atribuirse a la exposición al humo ambiental de tabaco, por lo que morirían por esta causa entre 3 y 4 personas diariamente¹⁰⁰. En 2006 la mortalidad atribuible al tabaco en nuestro país se estimó en un 14,7% de la mortalidad total en individuos de 35 años o más, es decir, 53.155 muertes, lo que supone que unas 146 personas mueren al día por esta causa en individuos de este grupo de edad¹⁰¹.

En la tabla siguiente se muestra la carga de enfermedad atribuible al tabaco en España, según el estudio GBD 2010.

Tabla 13: Estimación de la carga de enfermedad atribuible a tabaco de diferentes enfermedades crónicas para España.

Enfermedad crónica	Fracción atribuible (en AVADs)
Enfermedad pulmonar	38%
Enfermedad cardiovascular	22%
IAM	27%
ACV	21%
Cáncer	25%
Cáncer de pulmón	82%
Cáncer de colon	7%
Diabetes	7%

Fuente: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60. (Acceso on line 27/6/2013: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>)

En el conjunto de la UE, el tabaco es también la causa más importante de muerte prematura, responsable de casi 700.000 muertes cada año.¹⁰² Según estimaciones conservadoras, en la UE en 2002 más de 79.000 adultos, incluyendo 19.000 no fumadores, murieron debido a la exposición al humo de tabaco en sus hogares (72.000) y en sus lugares de trabajo (7.300).¹⁰³

En relación con el consumo de tabaco en adultos, según los datos de la ENSE 2011, la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) fue del 27% en adultos de 15 años y más (31,4% en hombres y 22,8% en mujeres), con un gradiente de mayor consumo en las clases más desfavorecidas en general.

Por otra parte, en cuanto a jóvenes, los últimos datos disponibles proceden de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias de 2010 (ESTUDES), según la cual en el grupo de estudiantes de 14-18 años, el 26,2% fumó cigarrillos diariamente en los últimos 30 días (23% en hombres y 29,3% en mujeres).

Costes asociados

Como consecuencia de esta situación, el consumo de tabaco tiene consecuencias económicas muy serias, tanto por los costes médicos directos de muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco, como por los costes indirectos debidos a la pérdida de productividad laboral, a la mortalidad prematura, a la basura generada por las colillas de cigarrillos, a los daños por incendios, y al sufrimiento intangible de las víctimas y sus familiares.^{104,105} De esta manera, tanto las autoridades sanitarias como el mundo científico están de acuerdo en que el consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo que ocasiona un mayor coste sanitario y social al que se debe hacer frente.

En consecuencia, el descenso de la morbilidad y mortalidad en fumadores podría conseguir disminuir el gasto en asistencia sanitaria, en medicamentos y en subsidio por enfermedad o discapacidad.¹⁰⁶ En este sentido, un estudio finlandés ha calculado un ahorro de 85% de los costes sanitarios a lo largo de la vida por cada fumador que dejase de fumar.¹⁰⁷

Según un informe sobre costes empresariales y sanitarios publicado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en 2009,¹⁰⁸ en España el consumo de tabaco en las empresas supuso unos costes anuales de 8.780 millones de euros. En concreto, los costes sanitarios directos de cinco enfermedades asociadas al consumo de tabaco (EPOC, asma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón) supusieron en nuestro país una cifra estimada en alrededor de 7.700 millones de euros en el 2009.

En la Unión Europea, se ha estimado que el fumar costó a los países de la UE27 (excluyendo Chipre) unos 363 billones de euros en el año 2000.¹⁰⁵

Síntesis regulación

Desde principios de los años ochenta hasta el año 2005, se había regulado a nivel nacional y a nivel europeo aspectos parciales del control del tabaquismo y de la disminución del consumo de tabaco. En 2003, España firmó en Ginebra el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en cuya redacción había participado, asumiendo de esta manera un compromiso jurídicamente vinculante de aplicar políticas eficaces de control del tabaco. Los objetivos formulados por el CMCT

marcan los criterios a seguir en el desarrollo regulatorio del control del tabaco y la normativa se ha ido estableciendo de manera armonizada con las obligaciones del CMCT tanto en la Unión Europea como en España.

En la regulación comunitaria, el artículo 114 del Tratado de Funcionamiento (TFUE) es el fundamento jurídico del desarrollo de la normativa europea relativa al control del tabaco y está basado en conseguir un nivel elevado de salud. De hecho, ha habido varias recomendaciones tanto del Consejo como del Parlamento Europeo, en relación con algunas de las medidas que los Estados deben tomar, estando las más recientes relacionadas con los entornos sin humo (Recomendación del Consejo de 30 de noviembre de 2009 (2009/C 296/02) y Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009).

En el marco europeo se han aprobado dos directivas:

- la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de junio de 2001, sobre productos del tabaco.
- la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, sobre publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco.

A nivel nacional, la regulación nacional se basa en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre por la que se establecen medidas sanitarias frente al tabaquismo y se regula la venta, el suministro, el consumo y la publicidad del tabaco. La ley fue modificada significativamente en 2010 para prohibir fumar en todos los espacios cerrados públicos y de uso colectivo, entre otras medidas.

Los datos de prevalencia de fumadores actuales y diarios, según consta en el gráfico 7, muestran que hubo una disminución importante en la prevalencia del consumo de tabaco en base a las medidas regulatorias en vigor. Pero también se aprecia que con posterioridad se originó una estabilización de la prevalencia. Esto indicaba la necesidad de integrar con la regulación otro tipo de medidas (asistenciales, de atención al fumador, informativas y de concienciación, formativas, fiscales, entre otros) ya que es la aplicación del conjunto de todas estas medidas la que permite combatir el consumo de tabaco de manera eficaz y prolongada en el tiempo.

De tal manera que en el año 2010 se abordó la modificación de la ley, con el objetivo de avanzar en la protección de la salud y en la desnormalización del consumo de tabaco, que se materializó en la Ley 42/2010, de 30 de diciembre.

Los datos obtenidos a lo largo de estos dos años de implantación ponen de manifiesto los avances conseguidos, de forma que la evaluación del impacto muestra que:

- La prevalencia de fumadores diarios se ha reducido del 26,2% de 2009 al 24% de 2011.
- la exposición al HAT en locales de hostelería se ha reducido drásticamente (las concentraciones de nicotina y de PM_{2,5} disminuyeron en más del 90%).¹⁰⁹
- La disminución de la morbilidad: En el caso de infarto agudo de miocardio en población mayor de 24 años se observan dos descensos en las tasas de ingresos en los años de aplicación de la ley (2006) y su modificación (2011), de aproximadamente un -4% cada uno, en hombres y una destacable reducción

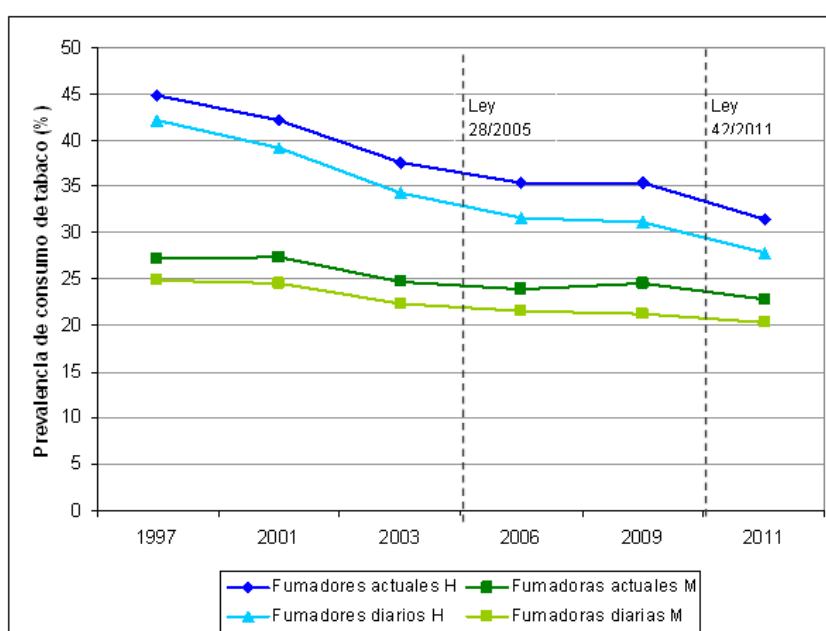
global entre 2005-2011 en ambos sexos, que es muy elevada también en cardiopatía isquémica.¹¹⁰

En el caso de los ingresos por asma se observa una reducción específica en 2011 en ambos sexos, tanto en el grupo de menores de 65 años, como en las tasas de asma infantil. Estas reducciones en los ingresos se asociarían también con una reducción del gasto sanitario relacionado.

- La aceptación social: el Barómetro Sanitario 2012, que incluye un apartado relativo a la percepción de la Ley 42/2010, muestra una buena aceptación general de la Ley. En respuesta a puntuar su “grado de acuerdo en que la Ley ha sido una medida acertada”, la media fue de un 7,62 (escala: 1 “totalmente en desacuerdo” a 10 “totalmente de acuerdo”), lo que representa un incremento del 8,1% con respecto a la misma pregunta en 2011. Además, la media del grado de acuerdo en que “es necesario adecuar la Ley en beneficio de los fumadores” bajó un 11,6%.

El gráfico siguiente también nos muestra que previamente a la Ley 28/2005, ya había una clara tendencia en la disminución de la prevalencia de fumadores, fruto no sólo de las medidas específicas de prevención y control del tabaquismo, sino de las medidas realizadas en el contexto global de promoción de la salud. Estas medidas han contribuido a un estilo de vida más saludable, favoreciendo la desnormalización del consumo de tabaco.¹¹¹

Figura 7: Evolución de la prevalencia de fumadores actuales* y diarios en España, según sexo.



* Fumadores actuales: suma de los fumadores diarios más los fumadores ocasionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuestas Nacionales y Europea de Salud.

Por su parte, la regulación de los productos viene dada en el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, que transpone la Directiva 2001/37/CE, que también fue modificado en 2010 para incluir la obligatoriedad de las advertencias combinadas con imágenes.

España tiene actualmente una de las regulaciones más avanzadas en prevención y control del tabaquismo, en particular en los entornos libres de humo.

Actuaciones a nivel estatal

Normativa

Ver síntesis de regulación.

Estrategias y Planes

a) Estrategia en EPOC del SNS. 2009

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>

b) Estrategia en Cáncer del SNS. 2006

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf

c) Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS.2009

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cardiopatialsquemica.htm>

d) Estrategia en Ictus del SNS. 2009

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

e) Estrategia en Diabetes del SNS. 2012

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/diabetes.htm>

f) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. 2012

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Bienestar emocional

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud. La OMS define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

El **bienestar emocional** es un estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.¹¹² Respecto a los **niños**, este concepto hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones y crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad. La salud mental positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas.¹¹³

El bienestar emocional está íntimamente ligado a la salud general e influida además, por los mismos determinantes sociales. Los vínculos entre salud física y mental son bidireccionales; una mala salud física incide negativamente en la salud mental, de la misma manera que una salud mental deficiente reduce la salud física de la persona.

Los **determinantes de la salud mental** incluyen no sólo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones,

comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a las enfermedades no transmisibles.

Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés. Al igual que los individuos, las sociedades pueden ser más o menos resistentes a los estresores. Los cimientos de una buena salud mental se desarrollan ya durante el embarazo, el parto,¹¹⁴ la primera infancia y la niñez, para posteriormente consolidarse a lo largo de toda la vida.

El **estrés**¹¹⁵ supone un hecho habitual en la vida de las personas, ya que cualquiera, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento. Es difícil dar una única definición del término estrés, hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta la persona, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte de la persona, lo que le pone en riesgo de enfermar. Ha de tenerse en cuenta que tanto el tipo de estímulo, como la respuesta que éste desencadena, serán diferentes de unas personas a otras.¹¹⁶ Es importante reconocer los rasgos del comportamiento que nos predicen vulnerabilidad a sufrir estrés y aquellos otros que, sin embargo, nos indican resiliencia. A su vez, es fundamental la detección de las situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental¹¹⁷. Algunos de estos rasgos son los que se describen a continuación:¹¹⁸

- La autoestima
- El control
- El afrontamiento de diferentes situaciones
- El apoyo social
- La fortaleza personal

La respuesta que el estrés provoca en nuestro organismo, afecta a muchos procesos fisiológicos importantes para el mantenimiento de la salud. Esto no tiene mucha importancia cuando sucede durante breves periodos de tiempo, pero sí que puede tenerla cuando se repite con mucha frecuencia, o se mantiene durante periodos prolongados. Este tipo de respuesta afecta entre otros al sistema cardiovascular y al inmunológico.

A su vez, el estrés influye sobre los estilos de vida,^{119,120} por un lado propicia conductas adictivas como el consumo de tabaco y alcohol, y por otro, hace más difícil entre las personas ya consumidoras el abandonar estos hábitos. En general, el estrés se asocia con peores estilos de vida, influye sobre la práctica de ejercicio físico¹²¹ y sobre los hábitos alimentarios.¹²²

También el entorno influye sobre nuestro bienestar emocional, los espacios verdes y la naturaleza mejoran nuestros niveles de estrés¹²³. Las actividades al aire libre reportan beneficios a nuestro bienestar emocional.¹²⁴

Los estilos de vida y las enfermedades crónicas también influyen sobre los niveles de estrés.

Existe literatura científica que evidencia la relación entre el estrés y diferentes enfermedades no transmisibles, de las que las más importantes son las siguientes:

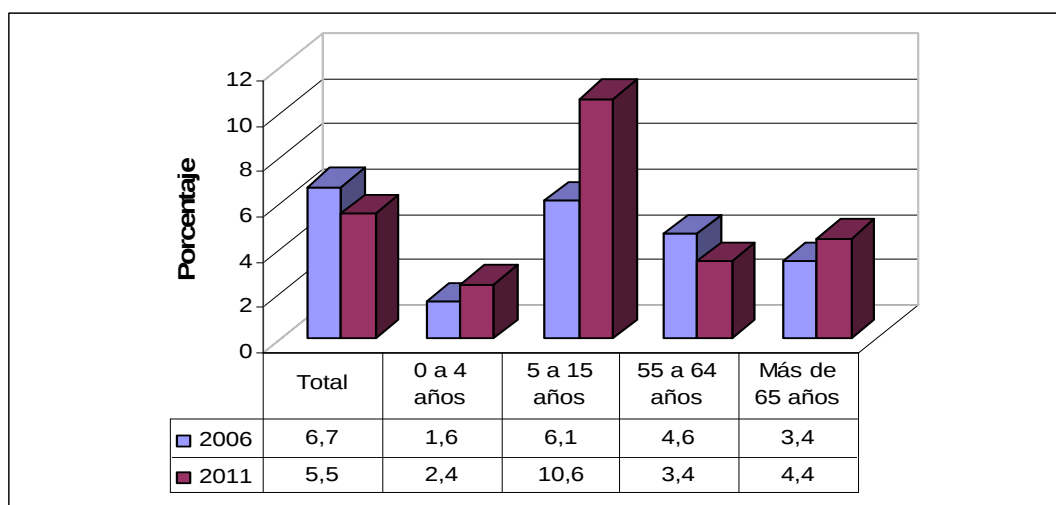
- Enfermedad cardiovascular^{125,113}: los factores emocionales y el estrés crónico promueven la aterosclerosis y los eventos cardíacos. Se debe tener en cuenta que los factores de riesgo psicosocial son muy prevalentes entre las poblaciones con enfermedad cardíaca.
- Cáncer^{126,127,128}: todavía no se conoce con certeza si realmente el estrés aumenta la susceptibilidad de una persona a enfermar por cáncer. Investigaciones recientes sugieren que la respuesta neuroendocrina al estrés pueda alterar directamente procesos celulares como la reparación del ADN y la regulación del crecimiento celular. En general, se ha encontrado una relación más fuerte entre los factores psicológicos y el crecimiento y la diseminación del cáncer, que entre estos factores y el inicio del cáncer.
- Diabetes¹²⁹: se sugiere desde hace tiempo que el estrés psicológico juegue un importante papel en el desarrollo de la diabetes tipo 2, por un lado debido a efectos neuroendocrinos directos y por otro, indirectamente a través de la adopción de estilos de vida poco saludables.

La promoción de la salud mental es una parte integral de la promoción de la salud que tiene como objetivo la protección, el apoyo, el soporte emocional y el bienestar social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicofisiológico óptimo, con el mayor respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal. Esto es posible mediante intervenciones relacionadas con la crianza y los cuidados tempranos, las ayudas psicológicas y psicosociales individuales y familiares y mediante métodos psicoeducativos orientados al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes, sin perjuicio de otras iniciativas de carácter más estructural y de ámbito comunitario.¹¹⁷

Prevalencia y carga de enfermedad

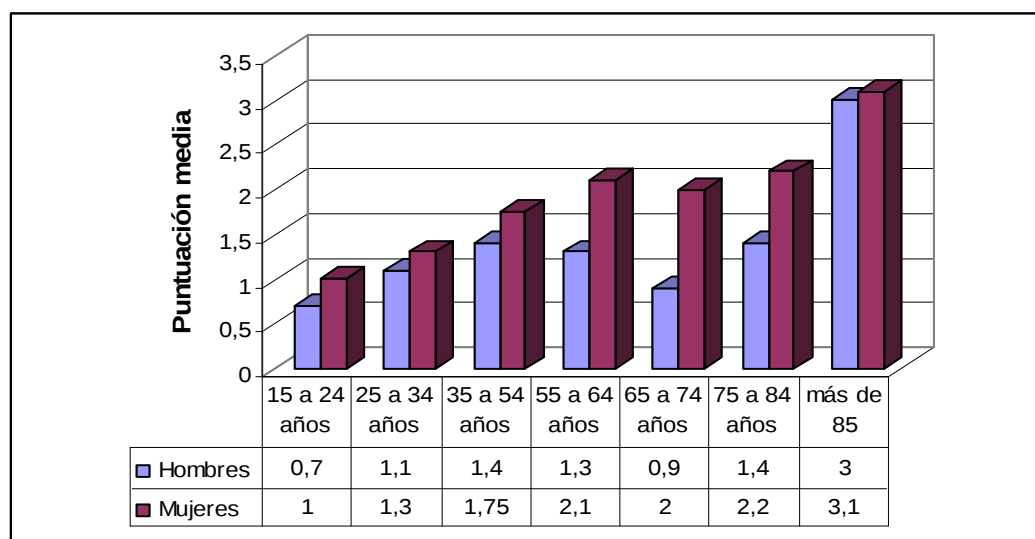
La prevalencia de personas con limitaciones para la vida diaria ha disminuido en estos últimos años¹³⁰ (21% en 2006 vs 17,7% en 2011), salvo en mayores de 65 años en los que ha aumentado en 2011. En general hay una disminución de la prevalencia de limitación por problema mental del año 2006 al 2011. Sin embargo, al analizarlo por edades, se ha producido un aumento en el 2011 en los grupos 0 a 15 años y mayores de 65 años (Figura 8).

Figura 8: Proporción de personas, entre las que tienen alguna limitación, con alguna limitación por un problema mental en los últimos 6 meses. (Encuesta Nacional de Salud 2006 y 2011. MSSSI e INE).



La variable “salud mental en población adulta” está influida por la edad y el sexo, siendo ésta peor entre la población mayor y las mujeres. A partir de los 85 años desaparecen las diferencias entre hombres y mujeres (Figura 9). Se observa un pequeño aumento de la media (de 0,7) de esta variable conforme disminuye la clase social, siendo esta diferencia mayor en mujeres (diferencia de 1) que en hombres (0,4). Según nivel de estudios, también hay un aumento de la variable (de casi 1 punto) al disminuir éstos, que no se observa en la población de 15 a 24 años. Este efecto es más notable en mujeres (1,4) que en hombres (0,6).

Figura 9: Valores medios de la variable “salud mental en población adulta” según sexo y edad. Oscila entre 0 y 12 puntos de mejor a peor salud mental. (Encuesta Nacional de Salud 2011. MSSSI e INE).



Esta misma variable en población infantil para la categoría “síntomas emocionales”, que se mide en una escala de 0 a 10 (de mejor a peor), tiene una media de 1,8 sin notables diferencias por edad y sexo. Se observa un ligero aumento (0,5) de la variable al disminuir la clase social, siendo menor este efecto en hombres (0,2) que en mujeres (0,6).

Existen dos variables muy relacionadas con la capacidad para afrontar el estrés, la función familiar y el apoyo social percibido. Se observa un aumento de la disfunción familiar conforme aumenta la edad y disminuye la clase social. En cuanto al apoyo social percibido, existe en general un buen apoyo social. No se observa una gran influencia del sexo y la edad sobre esta variable. Al analizarlo en función de la clase social, hay una disminución del apoyo social conforme disminuye la clase social (diferencia máxima de 2 puntos).

Costes asociados

Los trastornos del ánimo y los trastornos de ansiedad son los dos tipos de desórdenes emocionales más frecuentes en nuestro medio. Los trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto, están peor definidos, pero su prevalencia se considera alta, especialmente en atención primaria (AP). Dos tercios de los pacientes con trastornos mentales son atendidos en AP, en este ámbito, el tratamiento que habitualmente reciben es farmacológico (sólo un tercio cumple los criterios de mínima adecuación). El tratamiento farmacológico de los desórdenes emocionales presenta una alta tasa de abandono y de recaídas, tiende a cronificarse, produce una enorme hiperfrecuentación de las consultas de AP, produce discapacidad y genera altos costes económicos, sociales y psicológicos.¹³¹

El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a un centro de AP es alto, pudiendo alcanzar una prevalencia del 37,9%.

En España, el consumo de este tipo de fármacos, como los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los ansiolíticos e hipnóticos, ha ido en aumento en los últimos años, siendo este incremento para el periodo 2008-2012 del 14 y el 11% respectivamente¹³². Estas cifras de consumo en 2012, llevan a un gasto farmacéutico aproximado durante ese año de 138,6 millones de euros para ISRS y de 109,8 millones de euros para ansiolíticos e hipnóticos.¹³³

Un informe de la Universidad de Alberta¹³⁴ estima que los programas de parentalidad positiva pueden autofinanciarse si se consigue una reducción de los problemas de conducta en un 6,5%. Se sugiere que este tipo de programas reducen la prevalencia de estos problemas entre un 25 y un 48%. Con esta última reducción se podrían ahorrar 17,5 millones €, ocho veces lo que cuesta el programa. Este ahorro es debido a una menor utilización de los servicios de educación especial, servicios sociales, servicios de salud mental y del sistema judicial.

En países de nuestro entorno como Inglaterra, más del 30% de la población padece una o más condición crónica, se estima que el 30% de las personas de este grupo tienen también un problema de salud mental. Existen 3 enfermedades crónicas para las que existe evidencia sobre la necesidad de asistencia psicológica: la diabetes, la EPOC y la enfermedad coronaria¹³⁵. El vínculo que existe entre las enfermedades crónicas y la salud y el bienestar mental se extiende también al coste del cuidado de los pacientes. Al menos 1 libra de cada 8 gastadas en enfermedades crónicas está ligada a mala salud mental y bienestar. Estos pacientes tienen en general malos resultados en salud, usan más los recursos y son costosos para la sociedad en términos de absentismo laboral, coste de los cuidados informales y apoyo de amigos y familiares. Existen ya modelos de atención que abordan las necesidades psicológicas y que han demostrado ser costo-eficientes. Un informe demuestra que el ahorro

asociado a las intervenciones psicológicas en pacientes crónicos, supera de largo los costes.¹¹²

Actuaciones a nivel estatal

Estrategias y Planes

a) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.¹³⁶

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>

Seguridad y lesiones no intencionales

Las lesiones no intencionales (LNI), denominadas frecuentemente “accidentes” producen un daño corporal, que tiene como característica la inmediatez entre el tiempo de exposición al factor de riesgo y la lesión que se produce.

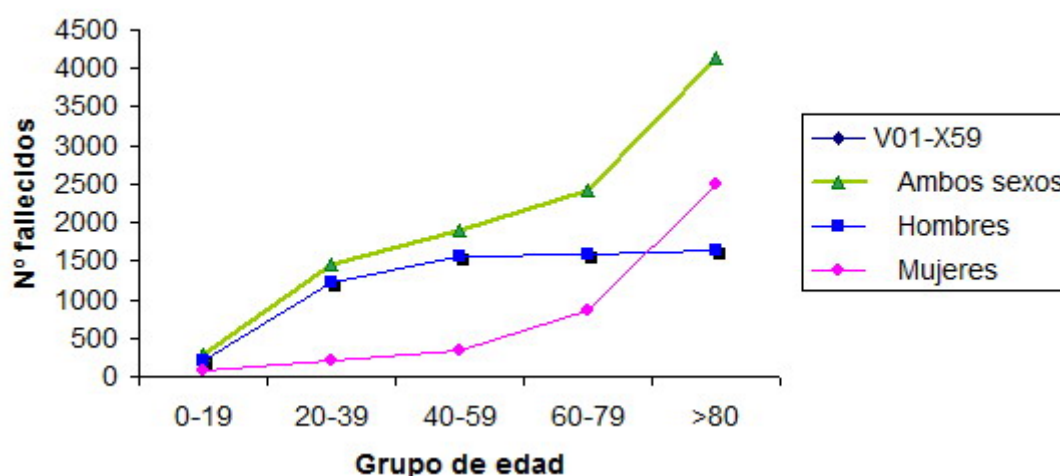
Prevalencia y carga de enfermedad

Casi seis millones de personas murieron el mundo a consecuencia de las lesiones en el año 2004 y se cree que en el año 2020 serán 8,4 millones los fallecidos por esta causa¹³⁷. Las lesiones suponen un gran coste sanitario, económico y social, además del sufrimiento humano para el entorno más inmediato. La gran diferencia en la magnitud, exposición y consecuencias entre los grupos de personas más desfavorecidos socialmente apuntan el gran potencial en cuanto a su prevención; calculándose que el 75% de las muertes por esta causa podrían evitarse si se abordasen los determinantes medioambientales y socioeconómicos.

Carga de enfermedad

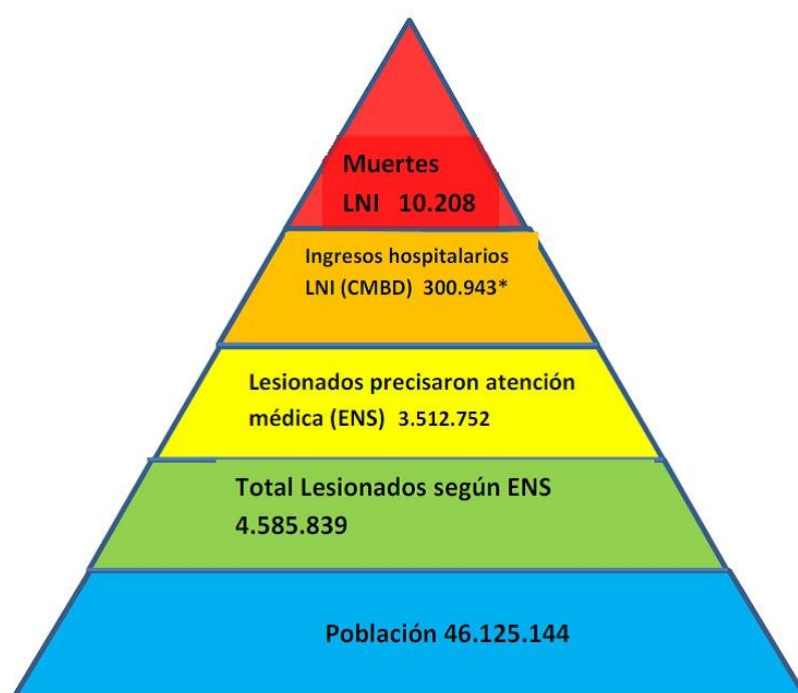
En el año 2011 se produjeron en España 14.233 defunciones por causas externas, esta cifra supone una tasa de mortalidad bruta de 30,8 y un 3,6% de todas las muertes. El 71,7% de estas defunciones (10.208), fueron debidas a lesiones no intencionales (LNI).¹³⁸

Figura 10: Número de fallecidos por lesiones no intencionales en España, 2011.



Aunque ésta es una cifra relativamente baja si se compara con otras causas de mortalidad, tales como enfermedades cardiovasculares o cáncer, se debe de considerar que las LNI son responsables de una alta morbilidad y mortalidad prematura pero existe una elevada capacidad para su prevención, en ocasiones casi inmediata, si se aplican intervenciones de probada eficacia. Todo ello lleva a representar a las lesiones y el gran impacto que tienen en la salud como una “pirámide lesional” o “iceberg” en la que por cada fallecido por lesiones no intencionales, 30 ingresaron en un hospital, 344 precisaron atención médica (ver figura 11).

Figura 11: Pirámide de las lesiones no intencionales en España.



*Se estima que el 75% de las altas hospitalarias por “Lesiones y envenenamientos” son debidas a lesiones no intencionales (M. Seguí, 2007).

Fuente: Adaptado de M. Seguí-Gómez. Jornada sobre prevención de lesiones y promoción de la seguridad. DGSP, MS y PP, Madrid 25 de 2009. Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística.

Son la primera causa de muerte entre las personas de 15 y 34 años y la segunda causa en niños de 1 a 14 años; pasan a ocupar la tercera causa después de tumores y enfermedades del sistema circulatorio entre 45 y 55 años y la cuarta de 55 a 64 años.

Atendiendo al número de fallecidos que originan por mecanismo lesional, figuran en primer lugar los accidentes de tráfico, seguido de las caídas, sofocación y asfixia, envenenamiento accidental, ahogamiento por sumersión y por último las lesiones por fuego y llamas (tabla 13).

Tabla 14: Principales causas de mortalidad por lesiones no intencionales en España 2011.

Mecanismo lesional	Nº fallecidos total	Grupo de edad	
		0 a 14	>50 años
Accidentes de tráfico *	2060	42	628
Caídas**	2112	13	1874
Sofocación y Asfixia**	1739	12	1633
Envenenamiento accidental**	757	2	313
Ahogamiento por sumersión **	461	23	252
Fuego llamas y sustancias calientes**	154	2	109
Total	7283	94	7.609

*Fuente: Anuario estadístico. Dirección General de Tráfico (DGT) 2011¹³⁹ ** Fuente: INE 2011.

El mecanismo lesional principal responsable de la mortalidad, varía considerablemente en función de los grupos de edad. En los menores los accidentes de tráfico son la principal causa de mortalidad por LNI, seguido de los ahogamientos por sumersión. Sin embargo en los mayores de 50 años el mecanismo lesional principal son las caídas, seguidas por la sofocación y los accidentes de tráfico.

En España, aproximadamente un tercio de las personas mayores, que viven en la comunidad, se caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez en el mismo año. El hogar es donde se producen aproximadamente el 50 % de las caídas.

Los factores de riesgo de una caída pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Dentro de los primeros, destacar antecedentes de caídas, edad, sexo femenino, vivir solo, polimedicación (especialmente psicofármacos), deterioro funcional, deterioro cognitivo, alteraciones del equilibrio y la marcha, alteraciones visuales, etc. Entre los extrínsecos, señalar los riesgos ambientales (poca iluminación, suelos resbaladizos, barreras arquitectónicas, etc.).

La evolución del número de fallecidos por LNI ha sido descendente en estos últimos años, fundamentalmente debido a la prioridad que se le ha dado a las intervenciones en seguridad vial, lo que ha ocasionado una reducción en más de un 50% en los últimos 10 años de las muertes ocasionadas por el tráfico, pasando de 5.517 fallecidos en el año 2001 a 2.060 personas en 2011. Sin embargo, el número de personas fallecidas por el resto de lesiones no intencionales no ha seguido la misma evolución, y descontando el número de fallecidos por accidentes de tráfico. El número de fallecidos a consecuencia de otras LNI ha aumentado de 6.352 en el año 2001 a 8.148 en el año 2011. En este sentido las medidas reguladoras aplicadas en los últimos años y otras intervenciones de eficacia probada, aplicadas por las Estrategias de Seguridad Vial, han sido las responsables de este acusado descenso del número de víctimas por accidente de tráfico.

Sin embargo, en el caso del resto de lesiones no intencionales que no han recibido el mismo desarrollo de políticas y medidas reguladoras se ha observado un incremento en el número de personas fallecidas durante el mismo periodo. Descontando el número de fallecidos por accidentes de tráfico del total de personas fallecidas por LNI,

se observa que el número de fallecidos a consecuencia de otras LNI ha aumentado de 6.352 en el año 2001 a 8.148 en el año 2011.

Las LNI ocasionaron, en el año 2011, 160.000 ingresos hospitalarios, de los cuales un 59% fueron en mujeres. La principal causa de hospitalización fueron las caídas, un 75% de los ingresos (125.921). Los accidentes de tráfico produjeron 11.347 heridos graves, entendiendo por éstos los que causan ingreso hospitalario.

Al igual que ocurre con la mortalidad, las causas de morbilidad varían en función de la edad:

- El 34 % de los ingresos por caídas son mayores de 70 años, de los que el 70% son mujeres.
- El 71,2% de los ingresos por accidente de tráfico son en personas con edades entre 15 y 59 años, de los que el 79,4% eran hombres.
- El 27,4% de los ingresos debidos a ahogamiento por sumersión se producen en menores de 0 a 9 años y el 48% en personas jóvenes de menos de 40 años. Considerando todos los grupos de edad, el número de casos ocurridos en hombres es prácticamente el doble que el de mujeres.
- El 29,7% de los ingresos por envenenamiento por productos químicos ocurren en menores de 0 a 9 años, de los que el 59% son hombres.
- El 18,8% de los ingresos por acción del fuego y sustancias calientes ocurren en menores de 0 a 9 años, de los que el 56,8% son hombres. En el caso de las personas mayores de 50 años que fueron ingresadas por esta causa, suponen el 34% del total, de los que el 68% son hombres.
- El 60% del total de ingresos por asfixia se producen en mayores de 75 años, seguido de los menores de 0 a 4 años, con un 14,28% del total de los ingresos por asfixia.
- El 17,57% de los ingresos intoxicaciones por medicamentos se ocasionan en menores de 0 a 4 años y el 31,3% en mayores de 75 años.

Según la Encuesta Nacional de Salud (2011) el 8,2% de los encuestados declaran haber tenido un accidente en los últimos 12 meses, siendo los accidentes los domésticos los más frecuentes, un 28,5% del total. La importancia de los accidentes ocurridos en el hogar, radica en que los grupos más afectados son los menores de 4 años (52%) y las personas mayores de 75 años (58%). Considerando todos los grupos de edad, estos accidentes suceden con mayor frecuencia en mujeres a partir de los 55 años.

El 50,9% de las personas mayores de 75 años y el 80,2% de los menores de 0 a 4 años que sufrieron un accidente en 2011 acudieron a un centro de urgencias.¹⁴⁰

Por otro lado, al igual que en otros países de nuestro entorno, las personas que pertenecen a clases sociales más bajas y a los colectivos más desfavorecidos son más vulnerables a las lesiones. En este sentido, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011 muestran un mayor predominio de accidentes en los últimos 12 en las personas pertenecientes a la clase social V que en las personas pertenecientes a las clases sociales I a IV.

El programa de prevención de lesiones: Detección de accidentes domésticos y de ocio (DADO) 2011¹⁴¹, estima que 2.576.601 personas (58,7% mujeres y el 41,3 hombres), o casi 5 de cada 100 españoles sufrieron este tipo de lesiones. Considerando todos los grupos de edad, el 42,4% de los accidentes que sufren las mujeres, ocurrieron mientras realizaban una actividad doméstica, sin embargo en el caso de los hombres las lesiones se producen en su mayoría en la práctica de deportes (20,9%) u otras actividades de ocio y tiempo libre (26,2%).

Las caídas son el mecanismo responsable del 51.1% de los accidentes DADO siendo el grupo más afectado los mayores de 65 años, y el tipo de caída es a nivel de suelo producidas por tropiezo. Representan el 73,1% del total las hospitalizaciones debidas a una lesión producida por un accidente DADO, pero sólo el 5,7% de estas caídas requieren el ingreso hospitalario, pero cuando éste se produce la estancia media es de 13,7 días.

Las LNI ocasionan discapacidades permanentes. En España existen 3,8 millones de personas con discapacidad, lo que supone un 9% de la población. Los accidentes en general, son la tercera causa de discapacidad; concretamente los accidentes de tráfico suponen del 2% del total de discapacidad (78.691 personas), con una edad media de 51 años de edad. Son las limitaciones y/o restricciones de la movilidad, la vida doméstica y el autocuidado, los grupos de discapacidades más frecuentes en estas personas, independientemente de que la causa sea por accidente de tráfico o se añadan otras.¹⁴²

Costes asociados

Estimar los costes que producen las LNI en conjunto es muy complejo, por ello el número de estudios que analizan los costes directos e indirectos es muy limitado y se centran en distintos aspectos de las LNI: costes por ingreso hospitalario, costes según mecanismo lesional, costes según actividad desarrollada (siniestralidad laboral), gravedad de las lesiones etc.

- El Informe Europeo de la OMS sobre prevención de lesiones en la infancia proporciona algunas estimaciones sobre los costes directos por asistencia médica en urgencias e ingresos hospitalarios: 19€ per cápita en niños con edades comprendidas entre 0 y 14 años y 28€ per cápita en adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24.¹⁴³

En España:

- Los ingresos ocasionados por caídas accidentales en el año 2011, tuvieron una estancia media de 8,5 días, con un coste medio de 6.573,50 euros por caso, lo que supone un coste total al sistema sanitario de 827.742.197,184 euros. Las lesiones por fuego y sustancias calientes son las que tuvieron una estancia media por caso mayor, 11,65 días con un coste medio por caso de 10.900,60 euros.¹⁴⁴
- Los costes debidos a los accidentes de tráfico, se estiman en 1,4% del Producto Interior Bruto (PIB)^{xv}. Concretamente, el coste económico de los heridos graves

^{xv} Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2011. Dirección General de Tráfico. Disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/cifras_siniestralidad_2012.pdf

por esta causa en el año 2011 se ha estimado en 4.858.296.000 euros y de 2.884.000.000, en el caso de fallecidos.

- Los costes sanitarios y los debidos a la pérdida de actividad laboral a consecuencia de una lesión producida por un accidente DADO generaron de media 11,1 días de baja.

En el año 2007 el coste social de las personas con lesión medular por accidentes de tráfico, fue de 158.561.913 euros (hasta 588.350.655 euros en el análisis de sensibilidad)¹⁴⁵; en el caso de otros mecanismos de lesión fue de 382.267.043 euros (hasta 799.132.512 euros en el análisis de sensibilidad). En el caso del coste social de las personas hospitalizadas con traumatismo craneoencefálico por accidente de tráfico fue de 1.992.188.943 euros (hasta 8.172.529.464 euros en el análisis de sensibilidad); y en el caso de otros mecanismos de lesión fue de 7.504.532.415 euros (hasta 9.639.888.701 euros en el análisis de sensibilidad).

Además de los costes directos e indirectos que conllevan las lesiones, es necesario considerar, otros costes intangibles, como son los derivados de la angustia, el dolor etc. muy difíciles de estimar pero de gran impacto para las personas lesionadas y sus familias.

La OMS, indica que existen intervenciones sencillas muy coste-efectivas tales como las que se indican en la tabla siguiente:

Tabla 15: Ahorro económico de una selección de intervenciones sobre prevención de lesiones.

Gasto por cada euro	Ahorro (€)
Alarmas contra incendios	69,0
Sistemas de retención infantil	29,0
Cascos para ciclistas	29,0
Mejoras en el trazado de los pasos de peatones	14,0
Consejos sobre prevención por parte de pediatras	10,0

Fuente: IV Informe europeo sobre prevención de lesiones en la población infantil. OMS 2008

Actuaciones a nivel estatal

Normativa

- a) Se puede consultar un compendio de la normativa nacional y autonómica relacionada en el siguiente enlace:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/LesionesEspana.htm>

Estrategias y Planes

- b) Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020

http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/politicas-viales/estrategicos-2011-2020/doc/estrategico_2020_004.pdf

- c) 2º Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016 (II Penia)

http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf

Visión, misión, objetivo

Visión

Promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos.

Misión

Facilitar un marco común para la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo del curso de vida armonizando su integración en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos y de la población para incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud.

Objetivo

Fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones.

Principios rectores

- **Integralidad.** Las actuaciones abordarán de manera conjunta los factores relacionados con los principales problemas de salud, utilizando, siempre que sea posible, un enfoque multiestratégico, priorizando y coordinando las políticas y actividades y teniendo en cuenta los aspectos físicos, mentales y sociales de la salud.
- **Evidencia.** Las recomendaciones e intervenciones propuestas tendrán que estar respaldadas por la evidencia de efectividad demostrada.
- **Participación.** La participación es esencial para la efectividad y sostenibilidad de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los procesos de toma de decisiones tienen que tener como centro a las personas.
- **Sostenibilidad y Cohesión.** Garantizar unos principios básicos comunes en promoción de la salud y prevención en los diferentes ámbitos territoriales, basados en la mejor evidencia disponible, buscando la equidad, así como la sostenibilidad y eficiencia del Sistema.
- **Evaluación.** Asegurar que las iniciativas y acciones propuestas se evalúan en cuanto al impacto de las intervenciones, la implementación de su proceso en cada nivel operativo (nacional, regional y local), los resultados intermedios y su impacto en salud y el bienestar a más largo plazo. La evaluación de resultados y su seguimiento se consideran un instrumento de transparencia del modelo.
- **Salud en todas las políticas.** La salud de la población es el resultado de la acción de diferentes sectores por lo que, debe tenerse en cuenta el impacto de políticas y actividades públicas y privadas en la salud, conciliando los objetivos de cada una

ellas con la promoción y protección de la de la salud y la prevención de las enfermedades y la discapacidad.

- **Equidad.** Abordar los determinantes sociales de la salud, estableciendo medidas universales proporcionales a las necesidades de las distintas poblaciones, así como las medidas selectivas necesarias para reducir las desigualdades en salud y conseguir el máximo potencial de salud de cada persona.

Líneas estratégicas

- **Potenciación de la salud pública.**

Desarrollar políticas, estrategias, planes y normativa de salud pública, potenciar la abogacía y la gobernanza en salud pública, desarrollar y optimizar los sistemas de información y evaluación en salud pública, así como la investigación aplicada en esta ámbito.

- **Coordinación y Gobernanza territorial.**

Coordinar e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y discapacidad entre los diferentes niveles territoriales y organizativos, de manera que se refuercen mutuamente y se asegure que las acciones son complementarias y no se duplican. Potenciar la coordinación entre los servicios de salud pública y los servicios asistenciales, con un liderazgo visible y reconocido en la asignación de tareas y responsabilidades a cada actor implicado en la consecución, despliegue y evaluación.

- **Equidad en Salud.**

Reducir las desigualdades sociales en salud producidas por razones geográficas, étnicas, culturales, de género, clase social u otros determinantes sociales de la salud, así como por situaciones de discapacidad.

- **Reorientación de los servicios de salud.**

Favorecer los cambios organizativos necesarios para reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad. Potenciar el papel de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el modelo de atención sanitaria.

- **Intersectorialidad en salud.**

Incorporar la salud como eje transversal en todas las políticas públicas, impulsando la coordinación de acciones intersectoriales que integren las políticas no sanitarias que tienen influencia en la salud y de planes interdepartamentales en todos los niveles de gobierno (estatal, autonómico y local).

- **Empoderamiento en salud.**

Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables y seguros.

- **Entornos saludables y seguros.**

Crear entornos que protejan y favorezcan la salud en todos los ámbitos vitales (familiar, comunitario, educativo, sanitario, laboral, entornos institucionales, medios de comunicación, etc.).

- **Participación y acción comunitaria.**

Reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias para proteger y favorecer su salud.

Ejes de acción de la Estrategia

Poblaciones priorizadas

El ámbito de acción de esta Estrategia se plantea con una priorización temporal continua de las actuaciones, de acuerdo a criterios de oportunidad y factibilidad. Así, para la primera fase de la Estrategia se han priorizado dos poblaciones: la infancia (menores de 15), por su importancia como inversión de futuro en salud, y los mayores de 50 años, por ser la población en la que se acumulan los riesgos y problemas crónicos, así como un periodo esencial para prevenir el deterioro funcional y potenciar la reserva cognitiva, intensificando las intervenciones de promoción de la salud . En el anexo 1 se puede encontrar un análisis de la situación de salud específico para estas poblaciones y se presenta con más profundidad la argumentación base para la selección de las dos poblaciones priorizadas.

En una segunda fase se abordarán otras etapas del curso de vida.

Entornos de actuación

Promover estilos de vida saludable es una tarea compleja, ya que estos comportamientos presentan diversos determinantes, además de las características personales, como son los patrones socioculturales o las condiciones estructurales y del entorno. Aunque la adopción de unos estilos de vida saludables es una decisión individual, el centrarse exclusivamente en este comportamiento resultaría ineficaz, y se debe trabajar en crear un entorno social y medioambiental adecuado donde estas opciones saludables sean fáciles de elegir. De ahí la importancia de incorporar en esta estrategia el enfoque de los entornos promotores de salud.

En las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención es importante actuar de forma integrada, no sólo abordando en conjunto los principales factores de salud/riesgo y sus interacciones, sino también los diferentes entornos vitales de cada población.

Así, para la población menor de 15 años, se han identificado como entornos prioritarios de intervención, además del sanitario, el educativo y el comunitario.

En la población mayor de 50 años se abordan el entorno sanitario y el comunitario. Por motivos de factibilidad, en el seno de los trabajos de la Estrategia para esta primera

fase de acción, se ha decidido que el entorno laboral se abordará en la siguiente etapa, cuando se trabaje con la población en las edades medias de la vida.

En relación al entorno sanitario destacar el protagonismo que se otorga a atención primaria en esta estrategia, al ser puerta de entrada al sistema sanitario y nivel en el que se desarrollan actividades de promoción de los estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad de acuerdo a la cartera de servicios. Sin embargo, su desarrollo y enfoque ha sido heterogéneo, con variabilidad entre territorios y con dificultades para la integración y adaptación de las buenas intervenciones lo que, en ocasiones no ha permitido conseguir la finalidad ni efectividad de las mismas.

En esta estrategia se pretende avanzar en la intervención integral en salud, afianzar las intervenciones en prevención primaria y promoción de la salud, reforzar estas intervenciones en atención primaria con carácter universal y promover las intervenciones comunitarias, y su coordinación, en los diferentes entornos (sanitario, social, educativo).

Factores abordados

Los factores que se abordan en esta Estrategia corresponden a aquellos que tienen importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, tal y como se puede extraer del análisis de situación, así como el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales. En conjunto son:

- Alimentación
- Actividad física
- Consumo nocivo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Bienestar emocional
- Seguridad del entorno frente a las lesiones

Por tanto, esta Estrategia se desarrolla en un eje tridimensional de acción: por poblaciones, por entornos y por factores a abordar (ver figura 12).

La propuesta final de intervenciones pretende integrar estos tres ejes teniendo en cuenta la factibilidad.

Figura 12: Eje tridimensional de acción de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.



Objetivos específicos

Aumentar en 2 años la esperanza de vida en buena salud al nacer en España, para 2020.

En la primera fase:

1. Promover estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo.
2. Promover estilos de vida saludables durante el embarazo y el periodo de lactancia.
3. Promover el bienestar emocional en la población infantil.
4. Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre los entornos y conductas seguras de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.
5. Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor de 70 años potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario.

En la siguiente tabla se presenta la vinculación entre los objetivos específicos definidos en esta primera fase y las líneas estratégicas.

Tabla 16: Vinculación entre líneas estratégicas y objetivos específicos de la primera fase.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS					
	COORDINACIÓN	EQUIDAD	REORIENTACIÓN SERVICIOS SALUD	INTERSECTORIALIDAD	EMPODERAMIENTO	ENTORNOS
1	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X		X	X
3	X	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X

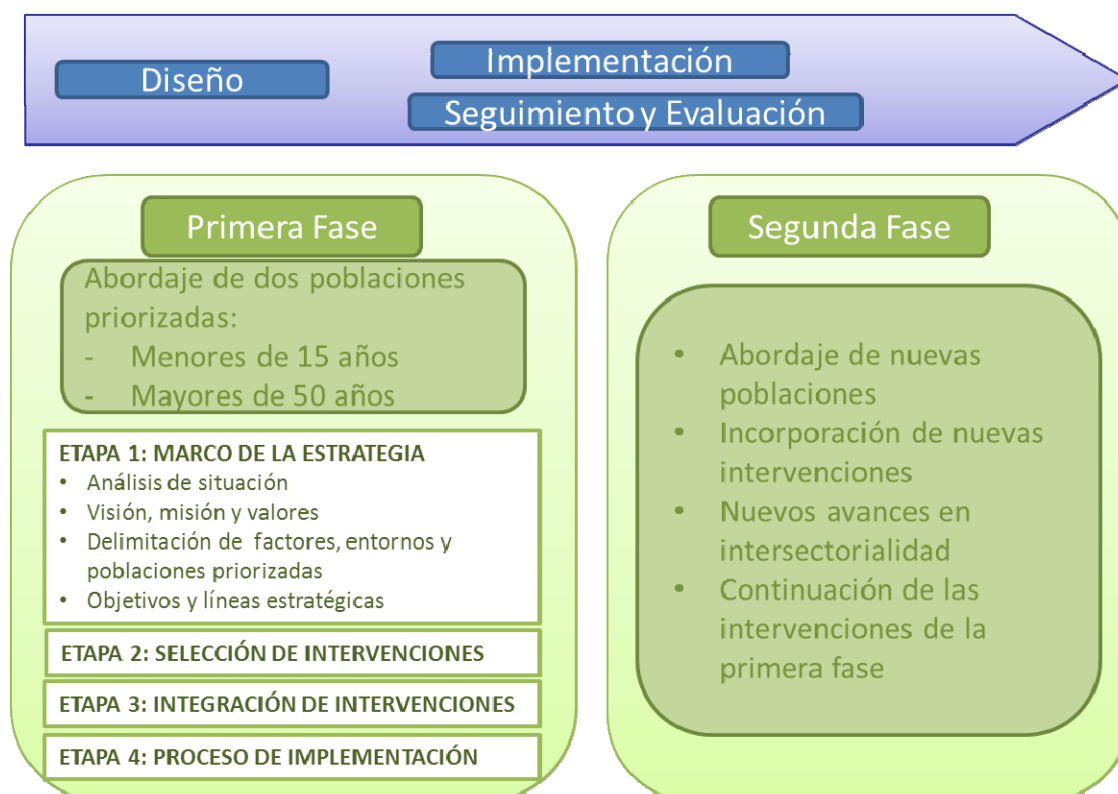
Estas líneas estratégicas, así como las relativas a la “Potenciación de la salud pública” y la “Participación y acción comunitaria”, se desarrollarán durante la fase de implementación. La constitución del Comité Intersectorial, el Plan de desarrollo local o la etapa de consulta pública, profundizarán en la concreción de estas líneas.

Metodología

Proceso de elaboración de la estrategia

En la figura 13 se muestra un esquema del proceso de elaboración de la Estrategia y sus fases y etapas.

Figura 13: Proceso de elaboración de la Estrategia.



Para la elaboración de esta estrategia se ha empleado una metodología participativa que parte de la implicación de los sectores profesionales relacionados con la salud, así como de las administraciones sanitarias central y autonómica. La Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación ha ejercido la coordinación técnica. Se conformaron dos comités, que trabajaron en paralelo (composición detallada en anexo 2):

Comité institucional

Constituido por las personas designadas por las consejerías de salud de las Comunidades Autónomas, así como representantes de centros directivos del Departamento relacionados con el ámbito de acción de la Estrategia. Este Comité trabaja tanto en pleno como por delegación en Grupos de trabajos constituidos para el desarrollo de la propuesta de intervenciones para cada una de las poblaciones seleccionadas en la primera fase de la Estrategia (menores de 15 y mayores de 50 años). Tiene las siguientes funciones:

- Contribuir a la formulación y priorización de los objetivos, intervenciones e indicadores.
- Aportar la información necesaria de la institución a la que representa para la formulación y evaluación de la Estrategia.
- Favorecer la adopción de los acuerdos consensuados en el Comité en su institución, así como validarlos con las autoridades correspondientes.
- Impulsar activamente la implantación de la estrategia en su administración.

Comité científico

Formado por representantes de diversas sociedades científicas de los campos más directamente relacionados con el ámbito de la Estrategia y sus poblaciones priorizadas para la intervención. Las funciones de este Comité son:

- Aportar la evidencia científica propia de su campo de conocimiento.
- Contribuir a la formulación y priorización de intervenciones e indicadores.
- Colaborar en la propuesta de contenidos del documento y revisión de los documentos elaborados.
- Contribuir a la difusión e implementación de la Estrategia, en su organización.
- Contribuir a la evaluación de la misma.

Con el fin de avanzar en el principio de transparencia se ha solicitado, entre otros aspectos, que los componentes de los Comités Institucional y Científico realicen una declaración de interés para garantizar la transparencia del trabajo y la independencia de las conclusiones finales.

El trabajo de los Comités, se complementa con una consulta realizada a otras sociedades científicas relacionadas con el ámbito de acción de la Estrategia, una revisión externa por personas expertas de reconocido prestigio profesional y una consulta pública a través de la web oficial.

Metodología de trabajo

A lo largo del proceso de elaboración de la Estrategia se han mantenido diversas reuniones presenciales y a distancia con los Comités, siguiendo una metodología de búsqueda de consenso.

Como se ha podido observar en la figura 13, el trabajo se realiza en diferentes etapas.

Etapas 1:

Inicialmente se elaboró un análisis de situación que abarcó todo el ámbito de acción de la Estrategia, incluyendo estado de salud de la población y factores de riesgo principales y comunes, así como el marco estratégico. También se definieron la visión, misión y principios rectores. Con esta información se pudieron delimitar los principales factores a abordar a lo largo del curso de vida y se definieron las poblaciones prioritarias para la acción, así como los entornos de actuación.

Posteriormente se determinaron los objetivos y líneas estratégicas de acción de la Estrategia.

Etapas 2:

La segunda etapa consistió en el proceso de selección de intervenciones, con el objetivo de definir un conjunto de intervenciones concretas a implantar en todo el territorio (ver figura 14). Para ello, se han identificado intervenciones siguiendo dos procesos. Se han revisado las evidencias en cuanto a eficacia y efectividad de intervenciones, recogidas en la literatura y los documentos técnicos de referencia, nacionales e internacionales. Para ello se realizó una etapa previa de búsqueda bibliográfica que, sin pretender ser una revisión sistemática que excedía el ámbito de la Estrategia, debía ajustarse a unas fuentes científicas comunes de probada solvencia y calidad (ver anexo 3). Otras fuentes complementarias han sido las Guías de Práctica Clínica del SNS (portal guiasalud)¹⁴⁶, o los programas de prevención en atención primaria y comunitaria desarrollados por sociedades científicas.¹⁴⁷

Así mismo se han identificado las buenas prácticas e iniciativas en marcha en las distintas CCAA relacionadas con los temas abordados, a partir de las respuestas obtenidas a un cuestionario enviado con anterioridad a cada Consejería de salud, a través de sus representantes en el Comité Institucional, para identificar aquellas intervenciones que cumplieran los siguientes requisitos (ver ficha en anexo 4):

- basadas en la evidencia con efectividad demostrada,
- implementadas durante al menos un año y
- que contasen con registros fiables y datos mínimos que permitiesen su evaluación,
- que contasen con una financiación sostenible.

De esta manera se detectaron un total de 106 intervenciones en población menor de 15 años (86 procedentes de CCAA y 17 de la bibliografía), y 83 para mayores de 50 años (60 de las CCAA y 23 de la bibliografía).

Se constituyeron dos Grupos operativos de trabajo, dependientes del Comité Institucional y formados por técnicos designados por las CCAA. Cada grupo se encargó de analizar las intervenciones de una de las poblaciones priorizadas (menores de 15 o mayores de 50 años) y, a su vez, de cada uno de los entornos de actuación considerados en ellas (sanitario, comunitario, educativo).

Se seleccionaron, de entre las intervenciones detectadas, aquellas de probada eficacia que cumplieran los criterios de inclusión y se procedió a su clasificación y priorización siguiendo unos criterios de valoración que se encuentran en los anexos 5 y 6. Se puede consultar el listado completo de intervenciones incluidas en el anexo 8.

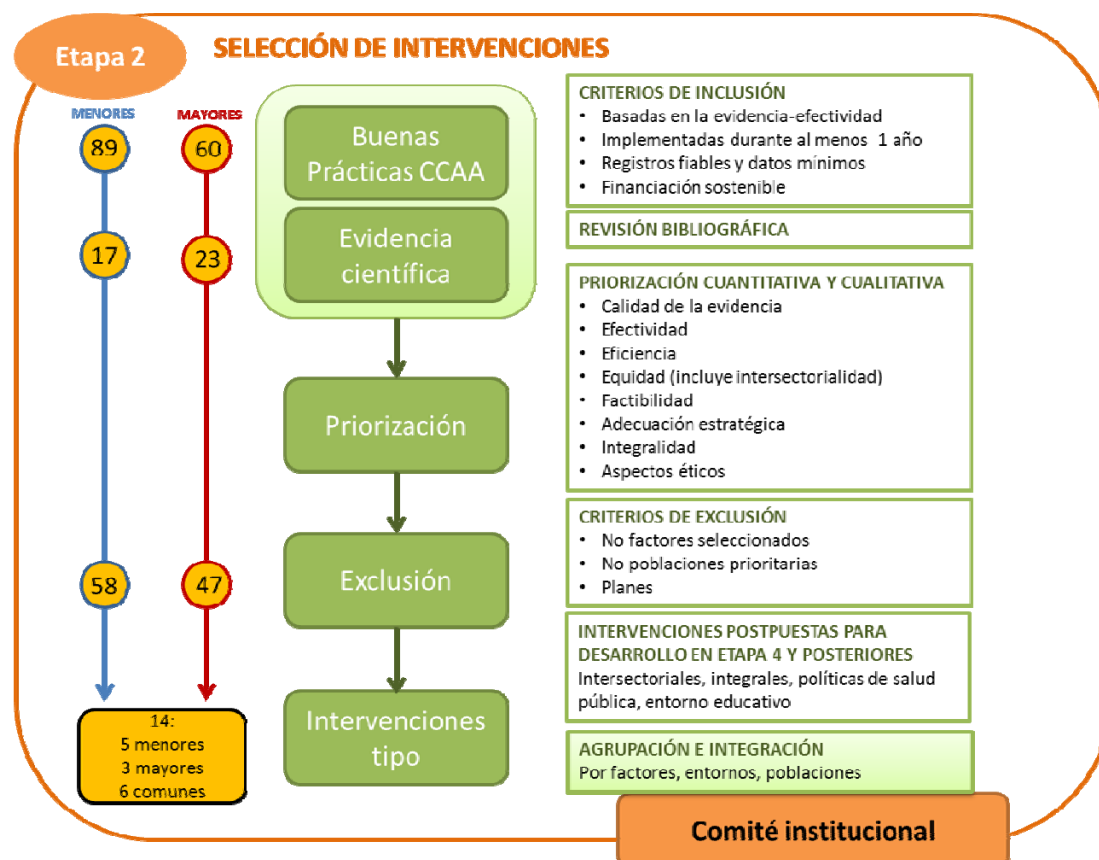
A continuación se realizó un análisis cuantitativo (en base a un baremo de priorización) y cualitativo de las intervenciones recogidas y se procedió a su agrupación e integración. Se definieron así un total de 14 intervenciones “tipo” (3 para menores, 3 para mayores y 6 comunes para ambas poblaciones), que integraban aspectos de varias intervenciones individuales relacionadas y/o complementarias. Las intervenciones “tipo” se definieron desarrollando aspectos relevantes de cómo se desarrollarán para su implementación y el responsable de la misma, siguiendo un

modelo que puede verse en el anexo 7. Las intervenciones “tipo” definidas fueron (ver detalle en anexo 10):^{xvi}

- AF1. Prescripción de actividad física en atención primaria más coordinación con recursos comunitarios.
- AF2. Intervenciones en el entorno urbano para promover la actividad física como transporte u ocio.
- AF3. Información y difusión sobre recomendaciones de actividad física por grupos de edad.
- AF4. Promoción de la actividad física en la infancia (0-5 años) a través del entorno educativo y familiar.
- ALC1. Cribado e intervención breve de alcohol a mujeres embarazadas y durante la lactancia.
- ALC2. Cribado e intervención breve en bebedores de riesgo y nocivo de alcohol, en Atención Primaria.
- ALC3. Prevención del inicio de consumo de alcohol en menores.
- AN1. Intervenciones multifactoriales en mayores.
- BE1. Programas de parentalidad positiva.
- D1. Consejo sobre alimentación saludable en consulta de Atención Primaria.
- D2. Promoción alimentación saludable en entorno comunitario.
- LES1. Evaluación e intervención multifactorial para la prevención de caídas en las personas mayores.
- LES2. Consejo e intervención para la prevención de lesiones en infancia y adolescencia.
- TAB1. Intervención multicomponente en prevención y control del consumo de tabaco.

^{xvi} AF corresponde a actividad física, ALC a consumo de alcohol, AN a mayores, BE a bienestar emocional, D a alimentación, LES a lesiones.

Figura 14: Etapa 2 del proceso de elaboración de la Estrategia.



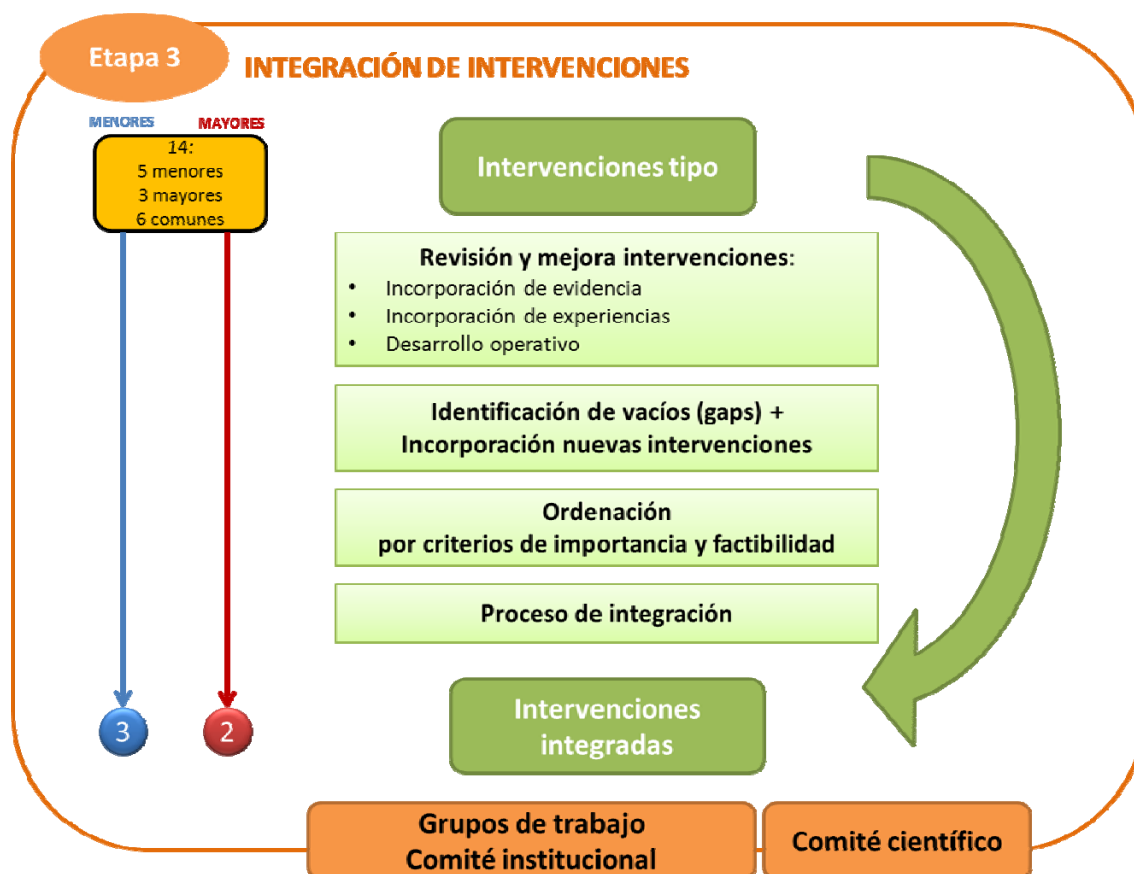
En concreto, el análisis de las intervenciones correspondientes al entorno educativo se aplazó para trabajar las propuestas con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Por ello la propuesta de intervención final, a la que se incorporarán las Buenas Prácticas identificadas por las CCAA en este entorno (ver anexo 8), se desarrollará dentro del proceso de implementación de la Estrategia, al igual que ocurre con las iniciativas intersectoriales o de políticas de salud pública detectadas.

Etapa 3:

En la tercera etapa (figura 15) se avanzó en la revisión y mejora de las intervenciones “tipo” definidas, además se trabajó en la identificación de *vacíos* de intervención y se desarrollaron propuestas para subsanarlos. Además, se procedió a la ordenación de las 9 intervenciones “tipo” que afectaban a cada una de las poblaciones, en función de los criterios de importancia y factibilidad para la implementación en el 2014.

Tras estos trabajos, se procedió a la integración de las intervenciones tipo, hasta alcanzar la propuesta final de 5 intervenciones integrales multicomponente en promoción de la salud y prevención (tres en población menor y dos en mayores), que se describen en el siguiente epígrafe. Esta integración busca alcanzar una propuesta fiel al principio rector que inspira todos los trabajos de la Estrategia, que es la integralidad en el abordaje de los factores identificados como prioritarios en la promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad y la discapacidad en el marco de la cronicidad.

Figura 15: Etapa 3 del proceso de elaboración de la Estrategia.



Intervenciones seleccionadas para la acción

Propuesta integral final

Tras el proceso de análisis, integración y síntesis, descrito en las etapas 2 y 3, se alcanzó la propuesta final de intervenciones a implementar durante 2014 que se presenta a continuación.

Esta propuesta se completará y operativizará con los trabajos previstos en el proceso de implementación.

El proceso de ordenación y selección de intervenciones realizado responde a que esta Estrategia tiene como objetivo identificar, en base a las mejores prácticas disponibles, las intervenciones a universalizar a partir de un desarrollo operativo que defina los aspectos comunes clave.

Población menor de 15 años

1. Consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios en población infantil

Objetivo específico 1: Promover estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo.

Intervenciones “tipo” que integra: AF1, AF2, AF3, AF4, ALC3, D1, D2, LES2 y TAB1 (dirigido tanto al consumo activo como al pasivo o en convivientes), además de abordar el bienestar emocional como aspecto transversal (ver anexo 10).

Población diana: Población menor de 15 años.

Descripción:

Consiste esencialmente en aplicar, con carácter universal, una valoración de la situación del niño o niña en cuanto a los principales componentes de su estilo de vida y su nivel respecto a los estándares saludables recomendados para su grupo de referencia. Esto se hará abordando de manera integral los factores priorizados en la Estrategia: actividad física, alimentación saludable, consumo de tabaco (pasivo/activo), consumo de alcohol, seguridad (prevención de lesiones no intencionales) y bienestar emocional.

En función de esta valoración se determinarán las necesidades concretas del niño o niña en cuanto a información y consejo motivacional, estableciendo las intervenciones oportunas a nivel individual-familiar o grupal (intervención comunitaria en el ámbito de la AP), su prioridad y nivel de intensidad. Entre ellas se contemplará siempre la información y vinculación con los recursos locales-comunitarios disponibles para la promoción de estilos de vida saludables y, en caso de necesidad, la derivación a recursos específicos de mayor especialización, sanitarios, sociosanitarios o de carácter comunitario.

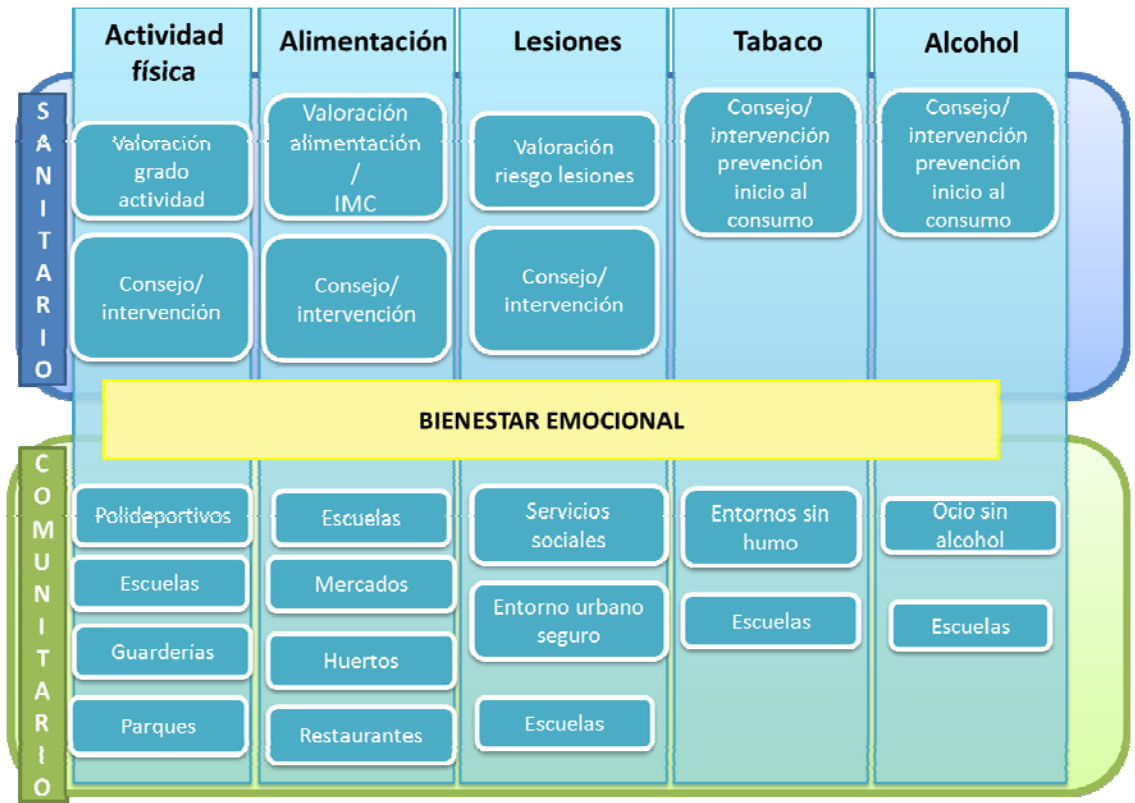
Parte esencial de esta intervención será la capacitación en entrevista motivacional y estilos de vida saludable de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

En función del grupo de edad al que vaya dirigida, la intervención se coordinará y complementará entre los entornos sanitario, educativo y social.

Respecto a la vinculación con recursos comunitarios, algunos ejemplos son la existencia de una guía de recursos locales saludables, espacios verdes, deportivos, rutas o grupos de ocio saludable, así como trabajos con mercados, servicios de restauración con oferta saludable o con productores agrícolas locales. También se contemplará la oferta de recursos específicos de la comunidad como programas de parentalidad positiva, programas de desarrollo positivo del adolescente,¹⁴⁸ recursos/programas para dejar de fumar o programas de atención a dependencias detectadas en el entorno familiar.

Sus efectores fundamentales son los profesionales de los equipos de atención primaria: enfermeras/os y medicina (pediatría y adultos), junto al trabajador social.

Figura 16: Esquema de las intervenciones “Consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios” en población menor.



2. Consejo integral sobre estilos de vida durante el embarazo y lactancia

Objetivo específico 2: promover estilos de vida saludables durante el embarazo y periodo de lactancia.

Intervenciones “tipo” que integra: ALC1 y TAB1 (ver anexo 10). Para el resto de factores se desarrollará el contenido de la intervención durante el proceso de implementación.

Población diana: población gestante y en periodo de lactancia.

Descripción:

Consiste en incorporar de manera sistemática la valoración y promoción de estilos de vida saludables en embarazo y lactancia. En el caso del consumo de alcohol y tabaco, se realizará de manera sistemática la valoración e intervención para promover el cese de cualquier tipo de consumo en el embarazo y lactancia. En esta etapa de la vida el consumo seguro de estas sustancias es cero, por lo que se debe dar información y consejo sanitario en este sentido. Además, se planificará la intervención necesaria en caso de detección de consumos: intervención breve en consulta de atención primaria (matronas, enfermeras/os y medicina de AP), con oferta de otros recursos específicos de intervención.

Para mayor efectividad, esta intervención tendrá que contemplar la captación temprana y la captación activa de la población vulnerable.

Sus efectores fundamentales son matronas, obstetras y ginecólogos, así como enfermeras/os y medicina de atención primaria.

3. Programa de parentalidad positiva

Objetivo específico 3: promover el bienestar emocional en la población infantil.

Intervenciones “tipo” que integra: BE1 (ver anexo 10).

Población diana: Población menor de 15 años y sus familias.

Descripción:

Lo que ocurre en los primeros años de vida, comenzando en el embarazo, es clave para el desarrollo físico, cognitivo y emocional y tiene efectos a lo largo de toda la vida en muchos aspectos de la salud y el bienestar.

El Programa de Parentalidad positiva tiene como objetivo facilitar que los padres y madres, u otros adultos con responsabilidades educativas o familiares, adquieran capacidades personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de un modo eficaz en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños y niñas. Promover una crianza segura, agradable y no violenta y un ambiente sin conflictos para los niños y niñas, además de promover las habilidades sociales, emocionales, del lenguaje, intelectuales y del comportamiento en los niños, mediante prácticas positivas de los padres.

Consiste en establecer recursos de formación y capacitación a padres y madres desde el embarazo hasta los 14 años dirigidos a fomentar modelos parentales positivos que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida de todos los niños y niñas para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de las condiciones de sus padres. Debe prestarse atención especial al tipo de información y

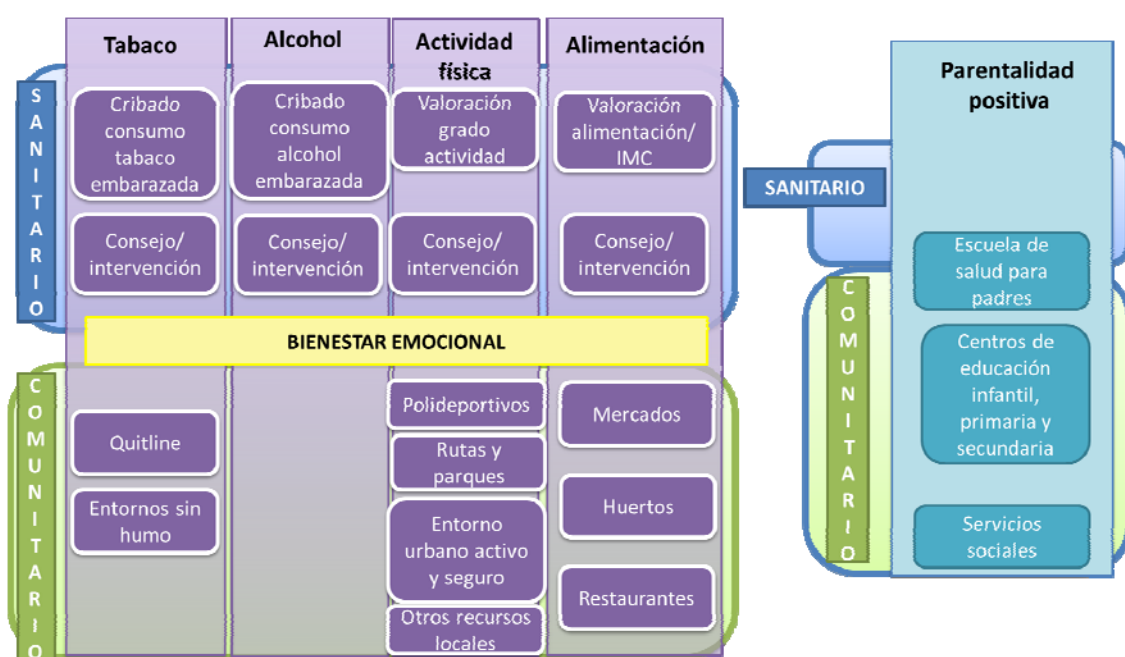
apoyo que los padres necesitan en distintas situaciones y en las diferentes etapas de la vida de sus hijos.

Los aspectos relacionados más directamente con la salud se desarrollarán conjuntamente con las dos intervenciones anteriores (consejo integral de estilos de vida saludables en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios en población infantil y consejo integral sobre estilos de vida durante el embarazo y la lactancia).

Otros aspectos de refuerzo a la parentalidad positiva y a las condiciones de vida en la infancia, que dependen más directamente de otros sectores como el educativo o el social, se trabajarán conjuntamente a través del comité intersectorial y en el plan de desarrollo local.

Los profesionales deben jugar un papel esencial facilitando a los padres la comprensión del desarrollo del niño ayudándoles a utilizar esta información en la educación de sus hijos, lo que requiere formación continua. Asimismo, juegan un papel clave a la hora de facilitar a los padres el acceso a los servicios.¹⁴⁹

Figura 17: Esquema de las intervenciones “Consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios” en embarazo y “Programas de parentalidad positiva”.



Población mayor de 50 años

4. Consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios en población mayor de 50 años

Objetivo específico 4: Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años, mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre entornos y conductas seguras, de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.

Intervenciones “tipo” que integra: AF1, AF2, AF3, ALC2, D1, D2, LES1 y TAB1, además de aspectos transversales y/o complementarios, como el bienestar emocional o la prevención de lesiones no intencionales (ver anexo 10).

Población diana: Población adulta.

Descripción:

Consiste en aplicar, con carácter universal, una valoración de la situación de la persona en cuanto a los principales componentes de un estilo de vida saludable y su nivel respecto a los estándares recomendados para su grupo de referencia. Así mismo se valorará el nivel de motivación para el cambio y el estadio de cambio (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento) en que se sitúa la persona. Para ello se utilizarán herramientas estandarizadas de valoración y cribado. Esto se hará abordando de manera integral los factores priorizados en la Estrategia: actividad física, alimentación saludable, consumo de tabaco, consumo de riesgo de alcohol, seguridad (prevención de lesiones; a partir de los 65 años se realizará un cribado específico de riesgo de caídas) y bienestar emocional.

En función de esta valoración se determinarán las necesidades concretas del caso en cuanto a información y consejo motivacional. Así se establecerán las prioridades de promoción y prevención, diseñando un plan progresivo de intervenciones (individuales y/o grupales), y modulando su intensidad en función de las necesidades individuales, el momento del cambio en que se sitúe cada caso y los objetivos pactados con la persona.

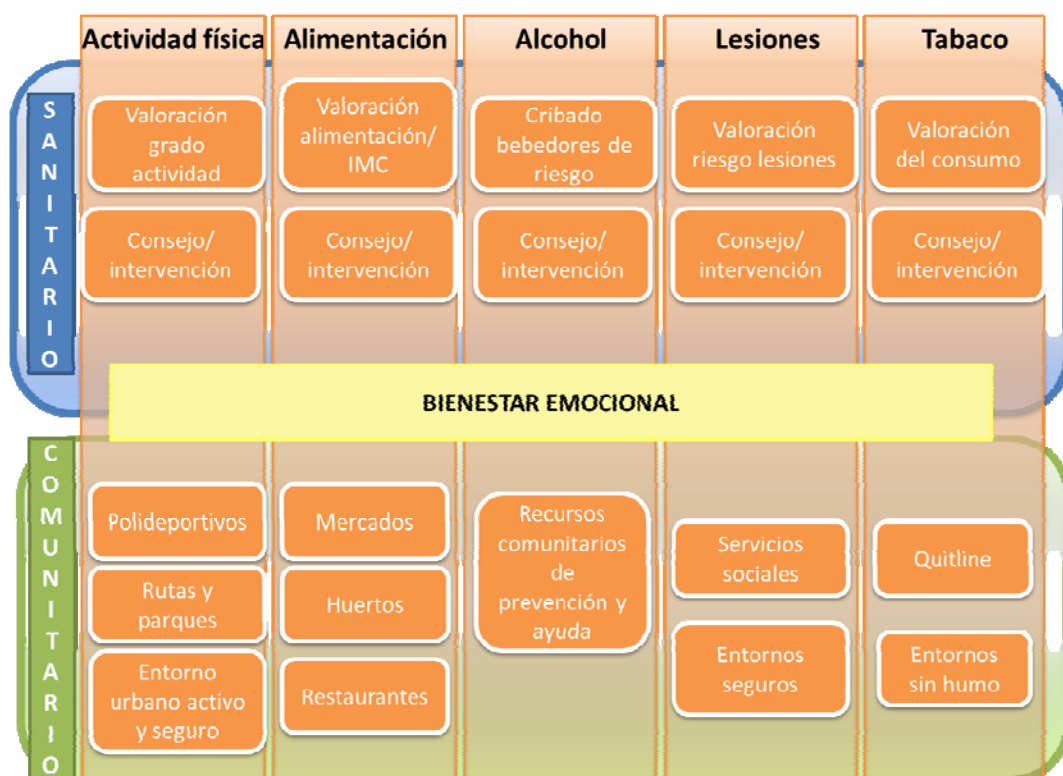
En este plan se contemplará la prescripción de actividad física y alimentación saludable, los consejos e intervenciones sobre consumo de alcohol y tabaco y entornos seguros, y la información/ oferta de recursos locales-comunitarios disponibles para la promoción de estilos de vida saludable y, en caso de necesidad, la derivación a recursos específicos de mayor especialización, sanitarios, sociosanitarios o de carácter comunitario. En relación con el bienestar emocional, aunque este factor será tenido en cuenta en el abordaje del resto de factores, específicamente se dotará de herramientas de apoyo y formación en esta área, a los profesionales y a la población general.

Parte esencial de esta intervención será la capacitación en entrevista motivacional de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

Respecto a la vinculación con recursos comunitarios, algunos ejemplos son la existencia de una guía de recursos locales saludables, espacios verdes, deportivos, rutas, grupos de ocio activo y saludable, o de ayuda mutua, así como trabajos con mercados, servicios de restauración con oferta saludable o con productores agrícolas locales.

Sus efectores fundamentales son los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria (enfermeras/os, medicina), junto al trabajador social.

Figura 18: Esquema de las intervenciones “Consejo integral sobre estilos de vida en Atención Primaria vinculado a recursos comunitarios” en población mayor .



5. Cribado de fragilidad y atención multifactorial a la persona mayor

Objetivo específico 5: Cribar la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional, así como promover la salud y el bienestar emocional en la población mayor de 75 años.

Intervenciones “tipo” que integra: AN1 y LES1 (ver anexo 10).

Población diana: Población mayor de 75 años.

Ámbito de actuación: Atención Primaria y entorno comunitario, en coordinación con los recursos especializados oportunos.

Descripción:

La fragilidad es un concepto geriátrico que se define como un aumento de la vulnerabilidad por una reducción de la capacidad de adaptación de los distintos sistemas del organismo. La fragilidad es un rasgo biológico continuo entre el envejecimiento exitoso y la gran dependencia, que resulta un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo y, además, es potencialmente reversible (ver anexo 1).

- El elemento nuclear de esta intervención consiste en realizar un cribado de fragilidad a toda la población mayor de 75 años, mediante las herramientas que se definan en la fase de desarrollo operativo. La persona detectada como frágil o pre-frágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir tal estado, principalmente programas de actividad física multicomponente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal. Además, la población detectada

como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), de la que se derivará un plan individualizado de intervención multifactorial y seguimiento. La inclusión de una valoración a domicilio para valorar riesgos ambientales resultaría fundamental, en especial para los aspectos sociales y de seguridad. Los aspectos relativos a la valoración e intervención multifactorial una vez detectada la fragilidad estarán alineados y se concretarán con los trabajos de coordinación del “Espacio Sociosanitario”.

En cualquier caso, esta intervención pretende concretar los componentes preventivos esenciales a incluir en los eventuales planes de intervención y seguimiento individualizado de estos pacientes, como son:

- Intervención específica centrada en programas de actividad física multicomponente (que trabajen la resistencia cardiorespiratoria, flexibilidad, equilibrio y resistencia muscular), con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
- Intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, incluidos el consejo motivacional individual, el abordaje grupal o la intervención breve en AP, así como la vinculación con recursos e iniciativas comunitarias grupales (en actividad física, de estimulación cognitiva inespecífica y ocio activo, de fortalecimiento de redes sociales, etc.).
- Intervención multifactorial para la prevención de caídas: reducción de riesgos ambientales, plan de actividad física, revisión de polimedicación, etc.

Figura 19: Esquema de la intervención “Cribado de fragilidad y atención multifactorial a la persona mayor”.



Proceso de implementación

En el proceso de implementación, a partir de las intervenciones integradas en cada grupo de edad, se plantea una cuarta etapa (figura 20) de preparación y facilitación de la implementación efectiva de las intervenciones propuestas.

Las acciones propuestas para esta etapa de implementación se trabajarán de forma paralela y con una metodología participativa, configurando cuatro grupos de trabajo para abordar los distintos aspectos: desarrollo operativo de las intervenciones integrales, capacitación de profesionales, plan de desarrollo local y alianza con otros sectores.

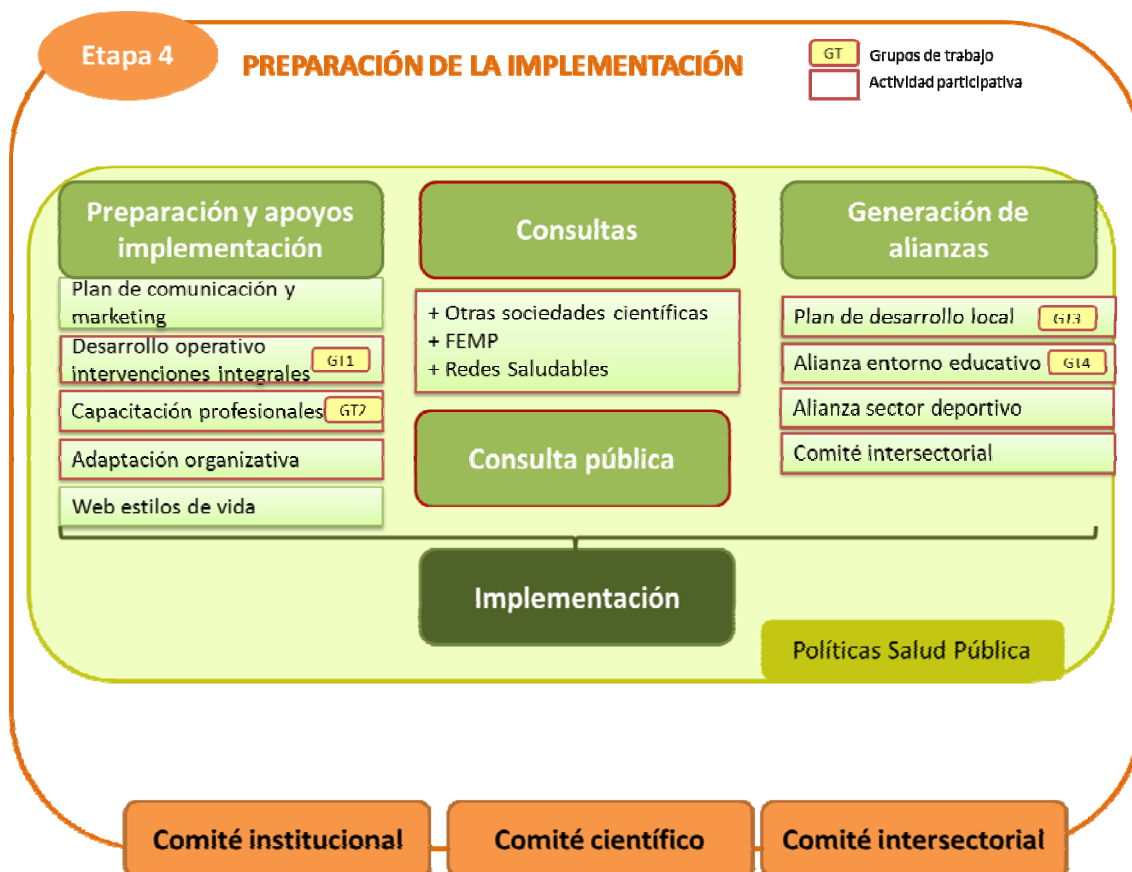
Para cada una de las acciones, se diseñarán protocolos de implementación donde se integrará el trabajo que se realice en cada uno de estos grupos de trabajo. Los protocolos serán implantados una vez hayan sido consensuados en el Comité Institucional.

En el proceso de implementación se realizará la integración práctica de los Principios Rectores de la Estrategia. En concreto, para el abordaje del principio rector de equidad, se plantean las siguientes acciones:

- Adaptando las intervenciones durante su desarrollo operativo según las necesidades de los distintos grupos de población. Para ello, entre otros, se podrá utilizar como metodología de apoyo la Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud.¹⁵⁰
- Para alcanzar una equidad efectiva en salud y mejorar el alcance y la efectividad de intervenciones en promoción de la salud y prevención primaria, se trabajará con un enfoque de intersectorialidad en salud.

En el Anexo 12 se recogen algunas bases y principios metodológicos que se consideran de apoyo para el proceso de implementación.

Figura 20: Esquema de la fase de implementación de la Estrategia.



Preparación y apoyos a la implementación

▪ **Plan de comunicación y marketing**

Se desarrollará un plan de comunicación y marketing de la Estrategia con el objetivo de facilitar la implementación de la misma, recabar la colaboración de los distintos actores (población general, políticos y gestores, profesionales de la salud y de otros sectores implicados en la Estrategia, medios de comunicación y tercer sector), y ayudar así a promover un cambio real hacia la promoción de la salud y prevención.

El plan de comunicación y marketing se desarrollará por etapas, que incluyen a) el diseño estratégico del plan (análisis de las distintas audiencias objetivo, creación de mensajes, selección de canales y la planificación de las actividades) y b) el desarrollo operativo de las actividades de marketing social para las distintas audiencias objetivo (actividades de marketing y publicidad, web 2.0 y redes sociales, relaciones públicas, relaciones con los medios, y marketing interno dentro del propio sector salud).

▪ **Desarrollo operativo de las intervenciones integrales**

Dando continuidad a los trabajos de diseño de las intervenciones integrales que se presentan en la Estrategia, se formará un grupo de trabajo (GT1), que trabajará en subgrupos para cada una de las intervenciones propuestas, definiendo los aspectos relativos a “cómo” realizarlas en los diferentes niveles territoriales/organizativos y los responsables en cada uno de ellos. Se definirán los aspectos críticos para su

implementación, como la coordinación entre las estructuras de Salud Pública y Atención Primaria para garantizar la equidad en su diseño e implantación.

Asimismo, se determinarán los criterios de evaluación del proceso y resultado e indicadores de seguimiento que se incorporarán al procedimiento de evaluación anual/global de la Estrategia.

Este grupo de trabajo se apoyará en las buenas prácticas de las CCAA y en las intervenciones identificadas en la bibliografía durante las etapas previas de la Estrategia, así como en las intervenciones tipo desarrolladas, y profundizará en el desarrollo de los aspectos que deben ser comunes y replicables, para facilitar la universalización de estas buenas prácticas.

Previo a la formación de este grupo, se ha reunido un **Grupo Específico** formado por técnicos de las CCAA relacionados con el diseño y evaluación de Cartera de Servicios de Atención Primaria con el que se ha iniciado un primer mapeo de la situación en lo relativo a cómo se interviene, cómo se mide y se evalúan los estilos de vida en Atención Primaria.

- **Plan de capacitación de profesionales**

Su objetivo es capacitar de forma integral a los profesionales potenciales efectores de las intervenciones en metodología del cambio y educación para la salud relacionada con estilos de vida saludable, que incluye consejo breve, educación intensiva individual/grupal y educación comunitaria. La formación abordará aspectos relacionados con la equidad en el acceso y en los resultados en salud, incluyendo la captación activa de poblaciones con mayores dificultades de acceso. Así mismo abordará cuestiones como la proporcionalidad en las actuaciones preventivas y de promoción de la salud.

La capacitación estará basada en metodología online, con módulos formativos combinables para los distintos profesionales a los que va dirigida: profesionales sanitarios (médicos y enfermeras de atención primaria, ginecólogos, matronas y pediatras), técnicos de salud de ayuntamientos u ONGs, educadores y otros profesionales relacionados con los factores incluidos en la Estrategia.

Se elaborarán y adaptarán así mismo materiales complementarios a la formación para los profesionales y materiales informativos para las distintas poblaciones objetivo.

Para desarrollar y operativizar la capacitación se constituirá un grupo de trabajo (GT 2) formado por representantes de las CCAA y sociedades científicas que tengan experiencia en el tema.

Además, se potenciará la capacitación de los profesionales sanitarios en promoción de la salud y prevención, en las etapas de formación especializada y pregrado, en el seno de los trabajos de colaboración en marcha con la Subdirección General de Ordenación Profesional del MSSSI, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y la Red de Universidades Saludables, respectivamente.

▪ **Adaptación organizativa**

Su objetivo es integrar la promoción de los estilos de vida saludable dentro de las actividades sistemáticas de la atención primaria de salud. Para ello se definen las siguientes acciones clave:

- Concreción de la cartera básica común de servicios en atención primaria, en cuanto a actividades en materia de promoción de estilos de vida saludables y prevención del deterioro funcional y promoción de la salud y bienestar emocional en mayores, contemplando la coordinación con los diferentes entornos (comunitario y educativo en menores de 15 y con servicios sociales y comunitario en mayores).
- Propuesta de revisión/actualización de las intervenciones en los contratos programa. Reconocimiento a los profesionales implicados en las intervenciones.
- Adaptación de la historia clínica electrónica de AP, en los casos que proceda, para hacer el diagnóstico, prescripción y seguimiento de estilos de vida saludables de manera integral, permitiendo la explotación automatizada de datos para la evaluación.
- Adaptación al contexto por municipios/distritos/ barrios/áreas básicas de salud, tanto de las intervenciones individuales como grupales, potenciando la coordinación con recursos comunitarios locales.

▪ **Capacitación a la población y plataforma web sobre estilos de vida saludable**

Tendrá como objetivo sensibilizar, informar, formar y capacitar a la población general en aspectos fundamentales relacionados con la promoción de su salud y la prevención de enfermedades, lesiones no intencionales y discapacidad.

Para ello se utilizarán fundamentalmente las tecnologías de la información y comunicación, así como la alianza con la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía.

Una de las actividades principales será el desarrollo de una web de ámbito nacional con información y recursos de capacitación a la población general sobre promoción de estilos de vida saludable.

Generación de alianzas

Se realizarán una serie de acciones para la generación de alianzas que apoyen la implementación de la Estrategia, sus principios y líneas estratégicas, así como las intervenciones propuestas para la acción:

▪ **Comité intersectorial**

Se creará un Comité intersectorial, integrado por representantes designados de diversas instituciones de la Administración General del Estado con influencia en el campo de la salud (composición en anexo 7).

Este Comité contribuirá a la implantación y seguimiento de la acción intersectorial en salud de la Estrategia, y abordará cuestiones como la gobernanza en salud, la

potenciación de la salud pública y el avance en el principio rector de salud en todas las políticas.

Previo a la constitución de este comité, se ha iniciado el trabajo bilateral con sectores integrados en la Estrategia, habiendo priorizado inicialmente el sector educativo, deportivo, urbanismo y transporte.

- **Plan de desarrollo local en el marco de esta Estrategia**

Su objetivo será identificar, coordinar y potenciar los recursos comunitarios para la promoción de estilos de vida saludables, y facilitar las condiciones estructurales municipales para lograrlo. Se plantea un programa de adhesión voluntaria de los Ayuntamientos a la Estrategia con la constitución de mesas intersectoriales encargadas de la contextualización, desarrollo, coordinación, seguimiento y evaluación de la implementación de las intervenciones relacionadas en su territorio. Estas mesas intersectoriales contarán con participación ciudadana directa o a través de ONGs. Se establecerán mecanismos para facilitar la participación municipal, de acuerdo con la vocación universal de esta Estrategia.

Como elemento clave se plantea la realización de mapas online de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención, a nivel local y por barrios o distritos de manera que, tanto la población de forma directa como los centros de atención primaria, conozcan los recursos comunitarios disponibles para la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y el bienestar emocional, así como para la prevención del consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol.

Se prevé incorporar también acciones concretas para potenciar y desarrollar estos recursos comunitarios como, por ejemplo, acciones en planificación urbana, transporte y movilidad, que promuevan entornos activos y seguros.

Hay que tener en cuenta que en la actualidad más del 40% de la población española vive en municipios y ciudades pertenecientes a la Red Española de Ciudades Saludables que cuentan con planes de salud local, u otros proyectos y que existen redes y proyectos autonómicas que potencian planes de desarrollo local integral que persiguen la mejora de las condiciones de vida, la salud y el bienestar con la acción y coordinación de políticas y recursos locales. Todos ellos ofrecen un marco de acción más amplio del que se contempla en esta estrategia, pero pueden incluir o reforzar, no obstante, las intervenciones priorizadas en esta estrategia, que está completamente alineada con la fase 6ª del proyecto European Healthy Cities de la Organización Mundial de la Salud.

Para facilitar el desarrollo, implementación y seguimiento del plan local en cada municipio que se adhiera a la Estrategia, se constituirá un grupo de trabajo a nivel estatal (GT 3) con la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) y la Federación de Municipios y Provincias (FEMP), que elaborará un documento guía para la implementación local de la Estrategia.

- **Trabajo conjunto con el entorno educativo**

La comunidad educativa tiene una larga trayectoria de trabajo en promoción y educación para la salud (EPS) en la escuela. La mayor parte del mismo se ha realizado en colaboración con el sector salud en el seno de marcos estables de colaboración. Fruto de este trabajo conjunto es el proyecto “Ganar salud en la escuela”¹⁵¹, cuyos

documentos se publicaron en 2009 y que define las áreas básicas de intervención en PES en la escuela, sus criterios de calidad y las dimensiones, contenidos, alianzas que deben abordarse para conseguir unos objetivos concretos evaluables.

Sin embargo, la implementación de los estos contenidos específicos en las escuelas presenta una gran variabilidad, respondiendo a diferentes necesidades y carencias determinadas por diferentes contextos. Por este motivo, el Ministerio de Educación Cultura y Deporte está diseñando un Plan de trabajo en “Educación, Salud y Bienestar” que se enmarca dentro de un proceso de mejora de la calidad educativa y que se complementa con otros ocho proyectos que se dirigen a reforzar las diferentes competencias básicas. Este Plan establece un marco general para las actuaciones en EPS en la escuela y cuatro grandes líneas de actuación:

1. Actuaciones dirigidas a reforzar marcos de colaboración institucional entre las administraciones central y autonómica y los agentes implicados para promover la educación para la salud en el sistema educativo y favorecer la creación y el mantenimiento de estructuras que fomenten la promoción de la salud en la escuela.
2. Actuaciones dirigidas a ofrecer a la comunidad educativa un mapa de recursos consensuados por las instituciones implicadas y favorecer su implementación en los centros educativos para promover la educación para la salud y atender demandas derivadas de situaciones de urgencia sanitaria que se producen en los centros educativos.
3. Actuaciones dirigidas a formar e implicar a la comunidad educativa para mejorar y consolidar estilos de vida saludables.
4. Actuaciones dirigidas a reactivar indicadores que permitan evaluar los logros en la adquisición de estilos de vida saludables y logros en la atención a las demandas relacionadas con aspectos prioritarios de salud en el ámbito educativo.

En vista de este marco de trabajo general, ambos Ministerios proponen profundizar en esta Estrategia de manera armonizada y universal en dos ámbitos concretos, “la actividad física y la alimentación saludable” y el “bienestar y salud emocional”, mediante tres líneas de intervención concretas:

- Promover la actividad física en escuelas infantiles y centros de primaria y secundaria para que los menores alcancen las recomendaciones de tipo, intensidad y frecuencia de actividad física según su tramo de edad, potenciando las escuelas como espacio para realizar actividad física en horario extraescolar, aumentando la intensidad de la asignatura de educación física y rompiendo los tiempos sedentarios mediante “descansos activos”, así como fortaleciendo la actividad física en los currícula del profesorado y, en el caso de primera infancia, fortaleciendo también las competencias sobre estimulación temprana.
- Extender los programas ya en marcha de consumo diario de fruta y verdura en las escuelas, potenciando su vinculación con recursos comunitarios como mercados, huertos y restaurantes locales.

- Promover el bienestar emocional de los menores, que en las primeras etapas se definirá como parentalidad positiva desde el entorno familiar, escolar y comunitario y, en etapas posteriores, se concretará en el fomento de habilidades de vida en los tres entornos. Las intervenciones dirigidas a promover el bienestar emocional y las habilidades de vida tendrán un beneficio claro en la promoción de la salud en un sentido amplio, más allá de la prevención de la cronicidad.
- Para definir los aspectos fundamentales y operativos de estas intervenciones se constituirá un grupo de trabajo (GT 4) formado por los representantes de las CCAA que quieran participar, junto con expertos y profesionales designados por el Ministerio de Educación, con perfiles tanto gestores como de educadores de aula. Este grupo propondrá las intervenciones concretas a incluir en las tres líneas descritas, incorporando las Buenas Prácticas identificadas en el entorno educativo por las CCAA durante la primera fase de la Estrategia (ver anexo 4), sin menoscabo del apoyo que debe seguir brindándose a los proyectos de calidad ya en marcha relacionados con la PES en la escuela.

▪ Trabajo conjunto con el sector deportivo

La colaboración entre el sector sanitario y deportivo se inicia con la elaboración del Plan Integral para la actividad física y el deporte (Plan A+D) elaborado por el Consejo Superior de Deportes que intenta abarcar al conjunto de la población a través de programas generales o específicos para determinados sectores de la población, teniendo siempre en cuenta la actividad física como elemento asociado y relacionado con la salud de la población.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, reforzando los marcos de colaboración con el Consejo Superior de Deportes (CSD) y la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD), trabaja conjuntamente con los mismos en la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Las líneas de actuación son:

- Intervenir en el desarrollo operativo de los programas de formación de actividad física para la salud para profesionales del ámbito sanitario, educativo y comunitario. Dando apoyo técnico, elaborando y suministrando material de formación, valoración, evaluación y seguimiento de indicadores de la actividad física como herramienta de salud.
- Apoyar todas las intervenciones de la Estrategia que contemplen la actividad física como instrumento de actuación para ganar salud, facilitando sinergias de los entornos sanitario, educativo y comunitario con el sector deportivo.

Consultas

Profundizando en los principios de participación, integralidad e intersectorialidad, y con el objetivo de enriquecer la Estrategia, se procederá a un periodo de consulta con Sociedades Científicas relacionadas con su ámbito de acción y los factores abordados (ver anexo 2). También se procederá a consultar con la Federación Española de

Municipios y Provincias, aliado fundamental para el plan de desarrollo local, así como con diferentes “redes saludables” (ciudades, escuelas, etc..).

Consulta pública

Se abrirá una fase de consulta pública a través de la web para recoger aportaciones de la población general, diversos grupos y actores sociales interesados, así como determinados órganos consultivos institucionales.

Tabla 17: Cronograma de acciones de implementación.

Acción	4º trimestre 2013	1º trimestre 2014	2º trimestre 2014	3º trimestre 2014	4º trimestre 2014	1º trimestre 2015
Plan comunicación						
Desarrollo operativo de intervenciones						
Consultas						
Generación de alianzas						
Adaptación organizativa						
Capacitación profesionales						
Información y capacitación población						

Seguimiento y evaluación

El seguimiento de la Estrategia se concibe como un proceso continuo liderado desde la coordinación de la misma. Con carácter bienal se efectuará una evaluación y memoria de seguimiento, que plantee un análisis y medidas de mejora. Así mismo se efectuará una evaluación global de la Estrategia al finalizar la primera fase 2014-2020.

Para ello, se establecen una serie de indicadores generales de impacto en salud y estilos de vida. Además, dentro de los trabajos de desarrollo operativo de las intervenciones, formando parte del plan de implementación, se definirán una serie de criterios de evaluación, concretados en una serie de indicadores, que se considerarán para la evaluación de proceso-actividad y resultado.

Todos los indicadores se desagregarán, siempre que la fuente lo permita, por grupo de edad, sexo, por posición socioeconómica y por unidades geográficas. Además, salvo especificación, las cifras se referirán a periodos de años naturales.

Se presentan a continuación los indicadores relativos al impacto final en salud y estilos de vida de la Estrategia, así como un primer grupo de indicadores estructurales y de proceso. Deberá considerarse en su valoración que además de las acciones contempladas en la Estrategia, los indicadores aquí contemplados estarán incluidos, o incluso determinados, por otros factores.

Esta propuesta de indicadores debe considerarse únicamente a modo provisional, ya que se terminará de conformar en la fase de implementación, especialmente durante los trabajos de desarrollo operativo de las intervenciones y de adaptación organizativa.

Tabla 18: Cuadro resumen de indicadores globales de impacto.

INDICADORES	FUENTES
Esperanza de vida en buena salud	
Esperanza de vida en buena salud al nacer	ENSE
Esperanza de vida en buena salud a los 65 años	ENSE
Estado de salud percibido	
% población con valoración negativa de su estado de salud	ENSE-EES
% población mayores de 65 años con valoración negativa de su estado de salud	ENSE-EES
Limitación funcional	
% población restricción crónica de la actividad. Desagregación por motivo de la restricción (físico/mental/ambos)	ENSE-EES
% población 65 y más años con limitaciones para las actividades de la vida diaria. Global y por áreas dimensiones específicas.	ENSE-EES
Alimentación saludable	
% población que consume fruta o verdura a diario	Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad
% población que consume 5 o más piezas/raciones de fruta o verdura a diario	Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad
Prevalencia de sobrepeso/100hab.	Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad

Prevalencia de obesidad/100hab.	Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad
Actividad física	
% personas que cumple las recomendaciones de actividad física moderada o intensa establecidas	Sistemas información AP
Nº horas diarias dedicadas a actividades sedentarias	ENSE, Sistemas información AP. Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad (población menor)
% población infantil que cumple las recomendaciones de limitación del tiempo frente a pantallas por razones recreativas	ENSE, Sistemas información AP
Prevalencia de sedentarismo/100hab.	Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad
Consumo de tabaco	
% personas que consumen tabaco actualmente (diferenciando diariamente y ocasionalmente)	ENSE-EES
% personas exfumadoras	ENSE-EES
Mortalidad atribuida al consumo de tabaco	Registro de mortalidad, ENSE-EES
% fumadores ocasionales, semanales y diarios en jóvenes	ESTUDES
Edad media del primer cigarrillo en adultos y en menores	ENSE-EES, ESTUDES
Consumo de alcohol	
% bebedores de riesgo de alcohol	ENSE, EES, EDADES, ESTUDES, HBSC
Prevalencia episodios consumo intensivo entre la población	ENSE, EES, Sistemas información AP, EDADES, ESTUDES, HBSC
Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol en adultos entre los que declaran consumirlo	EDADES, Sistemas información AP
Prevalencia de dependencia del alcohol en adultos entre los que declaran consumirlo	EDADES, Sistemas información AP
Bienestar emocional	
% de personas con riesgo de mala salud mental en población adulta	ENSE-EES
% de personas con riesgo de mala salud mental en población infantil	ENSE-EES
Dosis de consumo de fármacos antidepresivos, por habitante y día	Sistema Información Consumo Farmacéutico del SNS
Dosis de consumo de fármacos hipnóticos, sedantes y ansiolíticos, por habitante y día	Sistema Información Consumo Farmacéutico del SNS
Seguridad/Lesiones	
% población que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses.	ENSE-EES
% población que han sufrido algún accidente en el hogar, en los últimos 12 meses.	ENSE
% población que han sufrido algún accidente en lugares de ocio y la calle, en los últimos 12 meses.	ENSE

% población han sufrido contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales o Fracturas o heridas profundas en los últimos 12 meses	ENSE-EES
Tasa de ingresos hospitalarios por fractura de cadera (a definir códigos CMBD)	CMBD
Nº altas hospitalarias con código E relacionado con lesiones o intencionales (caídas, ahogamientos por sumersión, accidentes de tráfico, quemaduras, sofocación, atragantamiento)	CMBD
Nº altas hospitalarias por lesiones y envenenamientos (códigos 800-999)	CMBD
nº de menores de 15 años fallecidos por los mecanismos lesionales siguientes: - W00 –W19 Caídas - W65 – W 74 ahogamiento por sumersión accidental - W75 – W76 sofocación y estrangulamiento - X00 – X09 exposición al fuego y llamas - X10 – X19 contacto al calor y sustancias calientes - X40 – X59 envenenamiento accidental	Defunciones según causa de muerte
nº de personas mayores de (50-64/65 o más) fallecidos por los mecanismos lesionales siguientes: - W00 –W19 Caídas - W65 – W 74 ahogamiento por sumersión accidental	Defunciones según causa de muerte
Impacto de las intervenciones seleccionadas para la acción	
% población que consume fruta o verdura a diario tras el consejo	Sistemas de información de AP
% población que consume 5 o más piezas/raciones de fruta o verdura a diario tras el consejo	Sistemas de información de AP
Entre los pacientes que han recibido una intervención sobre su consumo de tabaco (tanto en embarazadas como en población mayor de 50 años) y entre los usuarios de la quitline, porcentaje que han abandonado el consumo de tabaco a los 6 y 12 meses, diferenciando por tipo de intervención recibida	Sistemas de información de AP y de-la quitline
Exposición de menores de 15 años, embarazadas y mayores de 50 años al humo de tabaco en el hogar y en vehículos (por separado) antes y a los 6 y 12 meses de recibir la intervención de consejo integral	Sistemas de información de AP

Tabla 19: Cuadro resumen de indicadores de proceso y estructurales.

CRITERIOS	INDICADORES	FUENTES
Actuación en atención primaria de salud		
Valoración de factores determinantes de estilos de vida saludable en AP	% población menor de 15 años sobre la que se ha realizado valoración individual de los principales factores (AF, AS, tabaco*, alcohol*, bienestar, riesgo lesiones) *consumo en el menor y los tutores	Sistemas de información de AP
	% población gestante sobre la que se ha realizado valoración individual de los principales consumos nocivos (tabaco, alcohol)	Sistemas de información de AP
	% población mayor de 50 años sobre la que se ha realizado valoración individual de los principales factores (AF, AS, tabaco, alcohol, bienestar, riesgo lesiones)	Sistemas de información de AP
	% población mayor de 75 años sobre la que se ha realizado valoración multidimensional individual/cribado de fragilidad	Sistemas de información de AP
	% población mayor de 65 años sobre la que se ha realizado cribado de caídas	Sistemas de información de AP
Intervenciones individuales sobre estilos de vida saludable en Atención primaria y vinculación de valoración factores con plan acción	% población menor de 15 años con plan acción diseñado tras la valoración de factores	Sistemas de información de AP
	% población gestante con plan acción diseñado tras la valoración de consumos	Sistemas de información de AP
	% población mayor de 50 años con plan acción diseñado tras la valoración de factores	Sistemas de información de AP
	% población mayor de 65 años con plan acción diseñado tras la valoración multidimensional	Sistemas de información de AP
	Media de visitas de seguimiento, en población mayor de 65 años, dentro del plan de acción (estratificado por nivel de riesgo/fragilidad)	Sistemas de información de AP
	% población a la que se da consejo mínimo en AP sobre alimentación saludable	Sistemas de información de AP
	% personas atendidas en Atención Primaria a las que se les prescribe un plan de actividad física	Sistemas de información de AP
	% consumidores de riesgo de alcohol que reciben consejo e intervención breve en AP	Sistemas de información de AP
	% embarazadas que reciben consejo en AP para abstenerse de consumir alcohol	Sistemas de información de AP
	% embarazadas que reciben consejo en AP para dejar su consumo de tabaco	Sistemas de información de AP
	% de fumadores que reciben una intervención sobre su consumo de tabaco, diferenciando el tipo de intervención recibida (tanto para embarazadas como para mayores de 50 años)	Sistemas de información de AP
	% de fumadores que reciben la intervención adecuada a la fase de cambio de conducta en la que se encuentran (tanto para embarazadas como para mayores de 50 años),	Sistemas de información de AP
	% de padres de menores, embarazadas y personas mayores de 50 años que reciben consejo sobre exposición pasiva al humo de tabaco	Sistemas de información de AP
	% de fumadores en proceso de deshabituación	Sistemas de información de AP
	% menores de 15 años que han recibido consejo sobre prevención de lesiones	Sistemas de información de AP

	% población mayor de 65 años con riesgo aumentado de caídas la que se ha realizado intervención	Sistemas de información de AP
Intervenciones grupales sobre promoción de la salud y estilos de vida saludable en Atención primaria	% población incorporada a actividades grupales cuando indicadas tras valoración y plan de acción	Sistemas de información de AP
Trabajo intersectorial en AP	Cobertura (%) de centros de salud que disponen de guías de recursos locales en promoción y prevención	Elaboración propia
	Cobertura (%) de centros de salud que disponen de mapa de recursos comunitarios para promover la actividad física por CCAA	Elaboración propia
Ámbito local		
	Nº Municipios adheridos a la Estrategia	
	Nº Municipios con mapa online de recursos comunitarios para la promoción de la salud y la prevención	
	% Municipios adheridos a la Estrategia	
	% Municipios con mapa online de recursos comunitarios para la promoción de la salud y la prevención	
	% población que habita en Municipios adheridos a la Estrategia	
	% población que habita en Municipios con mapa online de recursos comunitarios para la promoción de la salud y la prevención	
Capacitación a profesionales		
Consejo motivacional integral	% profesionales efectores de las intervenciones capacitados en entrevista/consejo motivacional integral	Sistema propio
Tabaco	% profesionales efectores de las intervenciones (sanitarios, docentes y otros) formados en prevención y deshabituación del consumo de tabaco	Sistema propio

Anexos

Anexo 1. Poblaciones priorizadas

Los menores de 15 años

Datos generales de la población menor de 15 años

La población entre 0-14 años supera ligeramente los 7 millones de personas en España, correspondiendo al 15,1% de la población total, según datos del Censo de Poblaciones y Viviendas 2011.¹⁵² Su distribución por edad y por sexo es bastante homogénea. Las CCAA y ciudades autónomas con mayor porcentaje de población de estas edades son: Melilla, Ceuta, Región de Murcia, Andalucía, Cataluña y Castilla La Mancha.

Los niños en España viven mayoritariamente con su padre y su madre,¹⁵³ si bien existe un número importante de familias monoparentales, 548.600 según el último dato publicado.¹⁵⁴

Dado que uno de los entornos que se abordan en esta Estrategia es el entorno educativo, es de interés analizar las tasas de escolarización de esta población. La tasa neta de escolarización en todas las enseñanzas para la población menor de 15 años es del 97,6%. Respecto a la población escolarizada en los primeros años de vida, se puede ver en la tabla 20 que las tasas netas de escolarización aumentan con la edad, siendo muy similares en ambos sexos.

Tabla 20: Tasas netas de escolarización en Educación Infantil.

Tasas netas de escolarización en Educación Infantil. Ambos sexos	Todas las enseñanzas (%)	Educación Infantil (%)	Educación Especial (%)
Menos de 1 año	9,7	9,7	-
De 1 año	31,8	31,8	0
De 2 años	49,8	49,8	0
De 3 años	95,2	95,1	0,1
De 4 años	97	96,8	0,2

Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Las condiciones de vida y posición socioeconómica de las familias determina el nivel de salud de los niños. Existen pruebas suficientes de la repercusión de factores sociales en la salud de los niños más pobres y desfavorecidos. Además, la mayoría de problemas de salud infantil están asociados a un gradiente social, de forma que a medida que disminuye la posición socioeconómica del hogar los niños presentan peor salud.³

Según los últimos datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund, UNICEF), en España más de uno de cada cuatro menores de 18 años viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza, lo que supone 2,2 millones de menores en 2010, observándose además una tendencia creciente de la pobreza infantil y de los niños que viven en hogares con un nivel de pobreza alta.(que viven en hogares con un nivel de ingresos inferior al 40% de la mediana).¹⁵⁵

Salud de la población menor de 15 años

Según los resultados de la ENSE 2011, el 54,7% de la población entre 0 y 4 años presentan un muy buen estado de salud percibida en los últimos 12 meses y el 36,8% de los tutores refiere que el estado de salud del niño o niña es bueno. Estas cifras son bastante semejantes en la población de 5 a 14 años (55,4% y 38,5% respectivamente), y en los dos grupos de población son similares en ambos sexos.¹⁵⁶

Los niños menores de 15 años que presentan alguna limitación o discapacidad son 138.700, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008.¹⁵³ Según la ENSE 2011, respecto a las limitaciones para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses, el 0,99% de la población infantil entre 0-4 años está limitado gravemente, y el 6,33% está limitado pero no de manera grave. En la población entre 5 y 14 años, estas cifras son ligeramente menores (0,53% y 5,68% respectivamente).¹⁵⁷

Respecto a los problemas crónicos o de larga evolución de la población infantil, se observa que los dos más prevalentes, según datos de la ENSE 2011, son la alergia crónica y el asma. Los cuatro más prevalentes se encuentran en la tabla 21. Respecto a su distribución por sexo, los cuatro problemas son ligeramente más prevalentes en niños que en niñas.

Tabla 21: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses más prevalentes de los preguntados en la ENS en población infantil, diagnosticados por un médico.

	Alergia crónica	Asma	Trastornos conducta (incluye hiperactividad)	Trastornos mentales (depresión, ansiedad, etc.)
Total	10,0	5,2	2,2	1,0
De 0 a 4 años	4,8	4,4	0,5	0,3
De 5 a 9 años	10,6	5,7	2,7	0,9
De 10 a 14 años	14,7	5,5	3,4	1,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

La salud mental de la población de 4 a 14 años, medida en la ENSE 2011 mediante un instrumento que permite detectar casos probables de trastornos mentales y del comportamiento, destaca la percepción por parte de los padres de una mayor presencia de hiperactividad, respecto al resto de signos y/o síntomas relacionados con los trastornos mentales infantiles estudiados en cinco escalas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros y conducta pro-social). Por otro lado, se valora muy positivamente la conducta pro-social.¹⁵⁶

A su vez, respecto a la exposición de la población infantil al humo del tabaco en el hogar, existe aún un porcentaje de niños y niñas que están expuestos, siendo mayor este dato en la población de 5 a 14 años (exposición durante más de 5 horas al día 0,8% frente a 0,6% en los de 0 a 4 años).

Según datos de 2011, en cuanto a las tasas de mortalidad, en menores de 1 año la tasa por todas las causas es de 318,8 por 100.000 habitantes y, por causas, las mayores tasas las representan las afecciones originadas en periodo perinatal y las malformaciones congénitas. De 1 a 4 años la tasa por todas las causas es de 16,5 por 100.000 habitantes, y por causas, las mayores tasas las representan, por orden, las

malformaciones congénitas, las causas externas y los tumores. De 5 a 9 años la tasa por todas las causas es de 8,8 por 100.000 habitantes y, por causas, las mayores tasas las representan, por orden, los tumores, las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, y las causas externas. De 10 a 14 años la tasa por todas las causas es de 11 por 100.000 habitantes y, por causas, las mayores tasas las representan, por orden, los tumores, las causas externas y las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

Importancia de intervenir en la población menor de 15 años

Intervenir en promoción de la salud y en prevención en la población menor de 15 años supone un elemento clave en la mejora de la salud a lo largo de todo el curso de vida. En estas edades se estructuran elementos esenciales para la salud que tienen influencia posteriormente en la edad adulta. A su vez, una buena salud durante la infancia y adolescencia mejora el desarrollo personal, educativo y social.

En lo que respecta a la promoción de la salud y la prevención, se pueden identificar diferentes etapas dentro de esta población:

Primera infancia (desde el periodo prenatal hasta los 8 años)

La primera infancia es la fase de desarrollo más importante de todo el curso de vida. Durante los primeros años de edad, se estructuran las bases fundamentales de un individuo, como el lenguaje, los hábitos y habilidades sociales, las capacidades cognitivas y el buen desarrollo emocional o psíquico; por ello, los primeros años de vida son los más significativos en la formación de toda persona.¹⁵⁸

Una perspectiva que abarque la totalidad del curso de vida es fundamental, ya que el desarrollo comienza antes del nacimiento, cuando la salud del feto depende fundamentalmente de la salud y el bienestar de su madre.

Intervenir desde la etapa del embarazo es importante debido a que existen múltiples beneficios, como la prevención de malformaciones congénitas, del bajo peso al nacer o de la prematuridad. Así, por ejemplo, la prevención de malformaciones congénitas, disminuyendo sus causas evitables, reduciría la discapacidad.¹⁵⁹

Alimentación saludable y embarazo

Los cambios culturales de las últimas décadas han influido de manera determinante en la vivencia de la maternidad, tanto como la misma estructura familiar. En dichos cambios se incluyen los hábitos, estilos de vida y políticas sanitarias que han determinado la mejora en el estado de salud de la población.

Uno de los factores más influyentes en el descenso de la morbi-mortalidad materno-infantil, es el estado más saludable de la mujer. Además, durante la etapa preconcepcional y el embarazo, la mujer presenta una mayor motivación para la adquisición y práctica de estilos de vida saludables, que van a repercutir positivamente en su salud y la de su futuro hijo.¹⁵⁹

Durante la gestación, el mantenimiento de una adecuada alimentación se convierte en un factor clave para la salud de la madre y del hijo. La ganancia ponderal materna

durante el embarazo tiene notable influencia sobre el peso del recién nacido, así como sobre su salud al nacimiento y para el resto de su vida y los resultados del embarazo varían también en función del estado nutricional preconcepcional materno.¹⁶⁰

Un menor o mayor peso al nacer parecen incrementar el riesgo de padecer enfermedades en la etapa adulta, como son algunos de los diferentes componentes del síndrome metabólico (resistencia insulínica, diabetes, hipertensión, hiperlipemia), patología cardiovascular y otras enfermedades endocrinológicas. Este riesgo aumenta especialmente en hijos con bajo peso para la edad gestacional nacidos de madres desnutridas. Por otro lado, la obesidad es una patología cada vez más prevalente en España en todos los grupos de edad¹⁶¹ y se asocia también a mayores complicaciones durante el embarazo, mayor riesgo de diabetes gestacional, macrosomía, defectos congénitos, y obesidad en la descendencia y en el mantenimiento del peso excesivo en el postparto.¹⁶²

Durante el embarazo es necesario ingerir una dieta equilibrada, en la que tienen que estar presentes alimentos ricos en proteínas (animales como las carnes y, vegetales como las legumbres) la leche y sus derivados, verduras, frutas y asegurar el gasto energético con hidratos de carbono.¹⁶³

Actividad física y embarazo

En las mujeres embarazadas el iniciar o continuar una actividad física moderada durante el embarazo no está asociado con efectos negativos sobre el embarazo o sobre su hijo^{164,165,166,167,168}.

La actividad física puede corregir problemas comúnmente asociados al embarazo, como son: excesivo aumento de peso, hinchazón en manos y pies, calambres musculares, varices, insomnio, fatiga y estreñimiento, además de poder mejorar la postura, la circulación, reducir el dolor de espalda, mejorar el estado de ánimo, ayudar a relajarse y reducir el estrés, a promover un mejor sueño y a mejorar la calidad de vida percibida de las embarazadas^{165,169,170,171,172,167,173}. También contribuye a aumentar el tono muscular, la fuerza y la resistencia^{169,171}. En mujeres sanas embarazadas tiene un papel importante en la reducción de la incidencia de complicaciones como la preeclampsia, la diabetes gestacional y el parto prematuro, y puede ayudar en el posparto para facilitar la recuperación de la madre.^{165,167,169}

La mujer embarazada puede realizar de forma segura 30 minutos o más de actividad física de intensidad moderada casi todos, o todos, los días de la semana^{174,175,168}. Esta actividad física se puede mantener mientras la mujer embarazada sana se sienta cómoda¹⁶⁵. En ocasiones a medida que avanza el embarazo o si los profesionales sanitarios lo consideran oportuno el tipo de actividad física o su intensidad puede variar.¹⁶⁵

Tabaco y embarazo

Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre¹⁷⁶. El fumar durante el embarazo está asociado al embarazo ectópico¹⁷⁷, aborto espontáneo¹⁷⁸, placenta abrupta¹⁷⁹, placenta previa¹⁸⁰, malformaciones congénitas¹⁸¹, nacimiento muy pretérmino (<33 sem)^{182,183},

nacimiento prematuro^{183,184}, tamaño pequeño para la edad gestacional¹⁷⁷, menor peso al nacer¹⁷⁷, alumbramiento de un mortinato^{185,186,187}, apnea neonatal¹⁸⁸, síndrome de muerte súbita¹⁸⁹, síndrome de hiperactividad y déficit de atención¹⁹⁰, síntomas de trastornos en la conducta¹⁹¹, obesidad en el adulto^{192,193}, hipertensión arterial, diabetes y diabetes gestacional.^{177,193} Los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos. Por otra parte, el consumo de tabaco de uso oral snus en la madre embarazada se asocia a preeclampsia¹⁹⁴, parto prematuro^{194,195,196,197}, bajo peso al nacer^{195,196}, nacimiento de feto muerto^{195,196} y apnea neonatal.¹⁸⁸

Igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental este contaminado por humo del tabaco, de manera que la exposición pasiva de la mujer embarazada se asocia con menor peso al nacer^{177,198,199,200}, tamaño pequeño para la edad gestacional¹⁷⁷, aborto espontáneo¹⁷⁸, anomalías congénitas^{200,201} y alumbramiento de mortinato^{200,201}. La exposición posnatal del bebé al humo de tabaco ambiental se asocia al síndrome de muerte súbita¹⁹⁸ y en niños esta exposición se asocia a la disminución de la función pulmonar, enfermedades del oído medio, mayor riesgo de síntomas respiratorios y asma, mayor incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior y meningitis bacteriana^{199,200,201,202}.

En España, Martínez-Frías ML y col hallaron entre 1995 y 2002, una proporción de 30,31% de mujeres que fumaron durante el embarazo²⁰³, siendo esta proporción mayor entre las menores de 20 años (40,84%). También es preocupante el hallazgo de que las fumadoras consumieron otras drogas junto con alcohol con una frecuencia 21 veces superior a la del grupo que no fumaba. Dado que según los autores, en España sólo aproximadamente un 19% de las gestantes dejaron de fumar durante el embarazo y que de ellas, según la literatura, entre un 60 y 90% vuelven a fumar tras el parto^{204,205,206,207}, hay un gran potencial para aumentar el impacto en los costes de salud a largo plazo.

Alcohol y embarazo

El embarazo es una etapa donde la mujer y su futuro hijo son especialmente vulnerables a diversos tóxicos, entre los que encontramos el consumo de alcohol, un embarazo saludable incluye evitar su consumo. Hay que informar a las mujeres embarazadas o que estén planeando un embarazo que beber alcohol puede afectar negativamente al embarazo y al desarrollo fetal. La única opción es dejar totalmente de beber, ya que no existe una cantidad segura de alcohol ni un momento seguro para su consumo durante el embarazo^{170,165,208,209}.

La ingesta de alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal y parto pretermo^{210,166,173,209}. En cuanto a la afectación fetal, ésta se produce al atravesar el alcohol la placenta, provocando que las concentraciones de alcohol en sangre fetal sean similares en la madre y el feto.^{164,165,211,208,173}

No siempre los niños que se exponen al alcohol tienen afectación, ni ésta es en el mismo grado²⁰⁹. Este grado de afectación de los niños depende de diferentes factores: la etapa de desarrollo fetal en el momento de la ingesta, el patrón y la cantidad de consumo, factores de riesgo socioconductuales de la madre (edad materna, años de consumo de alcohol, bajo nivel socioeconómico, raza, diferencias genéticas, historia de

policonsumo, etc.)²¹⁰. El rango de afectación del espectro alcohólico fetal va desde cuadros de hiperactividad y falta de atención hasta alteraciones tan graves como las que se producen en el síndrome alcohólico fetal (SAF), manifestación más severa de este espectro^{208,209}. El consumo de alcohol bien de forma continua o de forma intermitente puede provocar el SAF^{212,213,214,170}. El SAF es la primera causa prevenible de defectos congénitos y deficiencia mental. Es importante recordar que estas alteraciones que se producen en el desarrollo son irreversibles, y que no se dispone de un tratamiento efectivo, la única forma de evitarlas es mediante la prevención.²⁰⁸

Bienestar emocional y embarazo

Desde el momento que comienza un embarazo, de forma planificada como no, la mujer embarazada experimenta una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que varían a lo largo de todo el embarazo, como medida de adaptación a los cambios propios y de su entorno que van a ocurrir en un periodo cercano.

La salud emocional es siempre importante y más aún durante un período como es el embarazo en el que la mujer es más vulnerable al estrés, por ello hay que tener claro que cuando uno se siente bien es más fácil combatir el estrés, mantener relaciones y disfrutar de la vida²¹⁵. Durante el embarazo, el futuro hijo se encuentra expuesto a lo que su madre experimenta, los sonidos, el aire que respira, los alimentos que come y claro está las emociones que siente^{216,217}. En cuanto a este futuro hijo las experiencias positivas de vinculación y cuidados pueden sentar las bases de una salud mental positiva.^{218,215,216}

La preparación psicológica durante el embarazo implica un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adaptación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que suponen la llegada del niño a la familia, donde deben crear el espacio físico y el espacio psicológico para la venida del nuevo hijo.^{219,220}

Prematuridad

La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso a servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Por otra parte, los hijos de madres fumadoras pesan por término medio al nacer entre 150 y 250 gr menos que aquellos recién nacidos cuyas madres no fuman. Existe además una relación dosis-respuesta, cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos, mayor es la tasa de recién nacidos de bajo peso al nacer.

La prematuridad tiene un coste psicológico, familiar, social y laboral difícil de cuantificar en términos económicos, además de un coste económico para el sistema de salud, que inicialmente se puede situar en algo más de 1.200 euros diarios hasta el momento del alta hospitalaria, pero que continuará a lo largo de toda su vida debido a

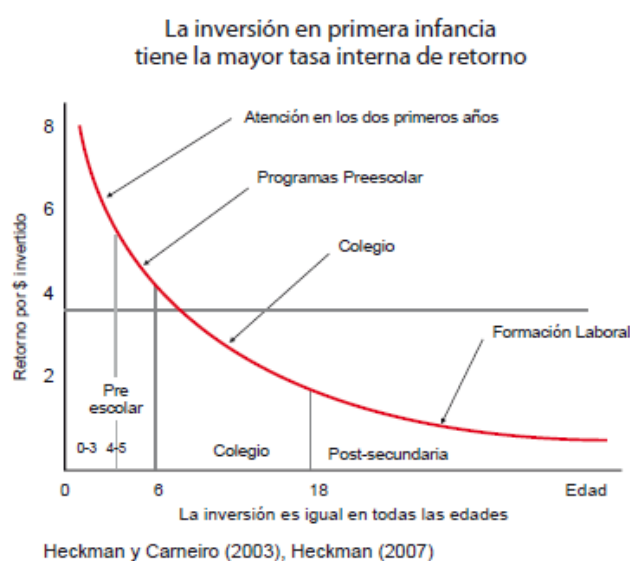
las posibles secuelas que puede acarrear y cuyo coste para el sistema sanitario es elevado.

Teniendo en cuenta los principales determinantes y factores abordados en esta Estrategia, es imprescindible trabajar en la promoción de estilos de vida saludables y conseguir los objetivos de consumo cero de tabaco y de alcohol, una adecuada alimentación durante el embarazo y la promoción de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida.

Tras el nacimiento, se debe prestar una atención especial a los *primeros años de vida* ya que son muy importantes para el desarrollo neurológico, que proporciona las bases para las capacidades cognitivas futuras de los niños y el desarrollo de competencias no cognitivas como la atención, la motivación, el autocontrol, o la sociabilidad, que contribuirán a garantizar que cada niño o niña se integre como parte productiva de la sociedad.²²¹

Diversos estudios e investigaciones²²² han comprobado que las inversiones en la primera infancia mejoran el desarrollo, contribuyen a eliminar la pobreza, mejoran el aprendizaje escolar y son las que tienen la mayor tasa de retorno.²²³ Se debe tener en cuenta que cuanto más tarde se haga la inversión para corregir las desventajas, más cara resultará la misma.²²² Así, las intervenciones en la primera infancia no sólo tienen el coste beneficio más alto, sino también la tasa más alta de retorno por cada unidad monetaria invertida.²²⁴

Figura 21: Tasa interna de retorno de la inversión en capital humano.



Nota: La línea horizontal es la línea de coste oportunidad de la inversión; todos aquellos programas que queden por encima de dicha línea debe tener prioridad de financiación dada su rentabilidad. Los programas de alta calidad que abordan desde el nacimiento a los 5 años producen un mayor beneficio por dólar invertido que la educación en la escuela primaria y secundaria y más tarde la formación laboral.

La importancia de promover entornos seguros y saludables y un abordaje integral que abarque todos los ámbitos del desarrollo

El desarrollo cerebral y biológico durante los primeros años depende en gran medida del entorno. Estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas de los primeros años de vida y que sus efectos son permanentes²²⁵. Para ello, como se ha mencionado anteriormente, la

madre y el niño necesitan atención antes y durante el embarazo, en el parto, y en los primeros días y años de vida y vivir en un entorno seguro, saludable, protector, acogedor y receptivo que favorezca su desarrollo.²²⁶

Los enfoques integrales intersectoriales que abordan todos los aspectos relacionados con el desarrollo y el bienestar y tienen en cuenta los entornos de vida son los que mejor funcionan para el Desarrollo de la Primera Infancia (DPI)¹⁵⁸. Las intervenciones deben abarcar, por tanto, los distintos ámbitos y contextos del desarrollo infantil: familiar, comunitario, educativo o sanitario, entre otros. En este sentido, la educación de calidad en los primeros años constituye por sí misma un potente protector de la salud, por lo que los programas educativos y las escuelas de preescolar desempeñan un papel esencial en el desarrollo de capacidades.

El impacto de los primeros años en la equidad de la población

Respecto a la equidad en salud, existe evidencia internacional²²⁷ de que las desigualdades en la etapa de desarrollo temprano infantil determinan las desigualdades en la vida adulta, y en consecuencia contribuyen a la creación de un círculo de desventaja intergeneracional. En este sentido, la educación de calidad en la infancia y la adolescencia, y especialmente en la etapa preescolar, se perfila, además, como un instrumento clave en la reducción de desigualdades.

Población entre 9 y 14 años

Mejorar la salud y promover estilos de vida saludables en la población infantil y adolescente presenta también diversos beneficios que repercutirán en todo el curso de vida. En línea y continuidad con los beneficios de la primera infancia, una buena salud y un estilo de vida saludable favorecen el desarrollo personal y educativo de esta población, mejorando por tanto determinantes sociales de la salud como la educación o los factores psicosociales. En el caso de la actividad física, ser activo físicamente durante la infancia y adolescencia no sólo es importante para la salud de los niños y niñas en ese momento, sino también para mantener buena salud durante todo el curso de vida. Por ejemplo, puede ayudar a que los niños y adolescentes mantengan un peso corporal óptimo, y por tanto reduzcan el riesgo de obesidad en la edad adulta; o puede mejorar el desarrollo de la masa ósea, pudiendo reducir el riesgo posterior de osteoporosis.^{52,54}

A su vez, la adquisición de estilos de vida saludables durante estas edades puede influir en la continuidad de los mismos durante la vida adulta. Así, por ejemplo, los hábitos en actividad física establecidos durante la infancia y adolescencia favorecen su mantenimiento durante la edad adulta; y los niños y niñas que se sienten seguros de sus habilidades físicas y de sus cuerpos y que han tenido experiencias positivas en actividad física, son más propensos a ser activos durante la edad adulta.^{52,54}

Respecto al consumo de tabaco, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2010 refleja que la edad media de inicio del consumo de tabaco en población de 14 a 18 años fue de 13,5 años, mientras que la edad medio de inicio de consumo de tabaco diario fue 14,3 años.^{89,60}

Como se ha visto previamente, el consumo de alcohol también se inicia en edades similares, alrededor de los 13,7 años. Por tanto, respecto a la prevención en el consumo de alcohol y tabaco, esta edad es de vital importancia para prevenir el consumo o retrasar el inicio del mismo.

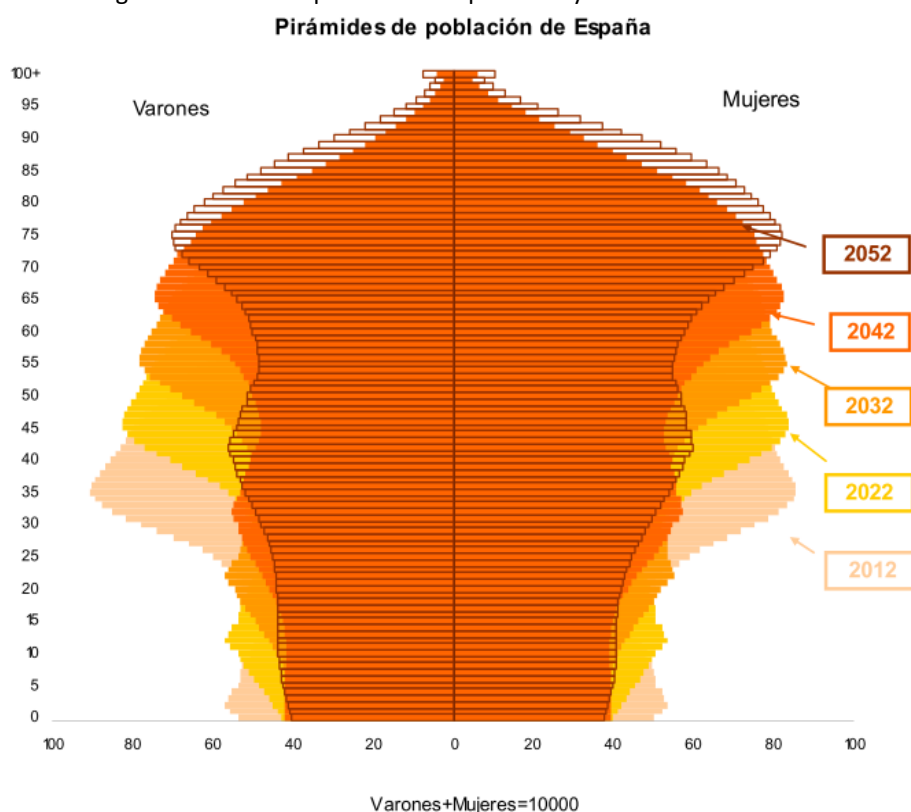
El bienestar emocional y social de la población infantil y juvenil es importante por sí mismo, porque afecta a la salud física, tanto en la infancia como en la edad adulta, y puede determinar su rendimiento académico, influyendo por tanto el bienestar económico y social a largo plazo. Una buena salud psicológica, social y emocional puede proteger a los niños y niñas, así como a los jóvenes, frente a problemas emocionales y conductuales, violencia, crimen, embarazos en la adolescencia y consumo de drogas y alcohol.^{228,229}

Los mayores de 50 años

El envejecimiento de la población

Actualmente en nuestro país hay cerca de 16 millones de personas por encima de los 50 años de edad (7,4 millones de mujeres y 8,6 millones de hombres). El 50% de ellas tiene más de 64 años y se estima que para el año 2020 esta población alcanzará los 9,4 millones. Las proyecciones de población sitúan la tasa de dependencia en torno al 58% en 2020 y del 100% en 2050 (es decir, por cada persona en edad de trabajar habrá otra potencialmente dependiente por ser menor de 16 años o mayor de 64). Según las previsiones, el segmento de población que más aumenta en los próximos años es el de mayores de 80 años que, en España, pasarán de los 2,4 millones en 2012 a los 6,2 millones en 2050, fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento”.²³⁰

Figura 22: Pirámide poblacional España. Proyecciones 2012-2052.



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012.

Costes asociados

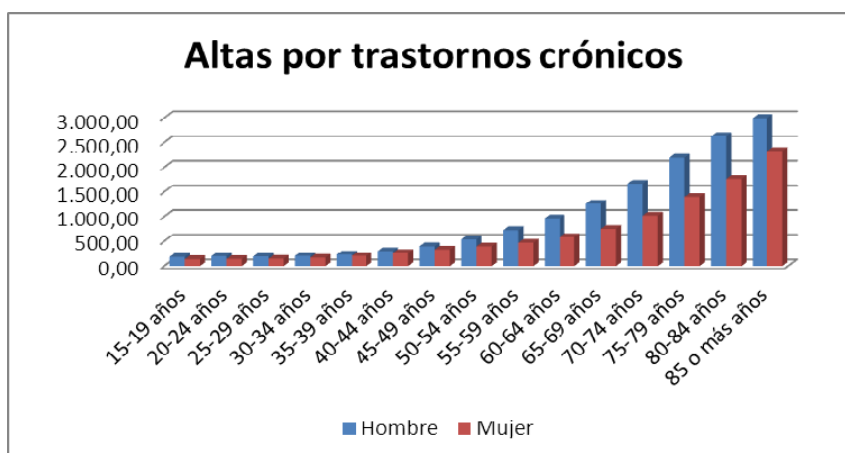
El envejecimiento mundial es un triunfo pero también un desafío, ya que va a provocar importantes cambios sociales y políticos e impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles y, en concreto, a los sistemas sanitarios. La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), estima una media de crecimiento del gasto público asociado al envejecimiento, en sanidad y cuidados de larga duración, de unos 3,5 puntos de PIB para 2050.²³¹ A nivel de la UE, se estima un crecimiento del gasto sanitario de 1,5 puntos del PIB (1,2 en el caso del gasto de cuidados de larga duración) para 2060 en la UE.²³² Según esta misma estimación, en España estas cifras se situarían en 1,6 y 0,9 puntos más del PIB, respectivamente. Estas proyecciones estiman que el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario público se podría reducir a la mitad si el crecimiento en la esperanza de vida en buena salud fuese proporcional al crecimiento de la esperanza de vida media.

El estado de salud

A partir de los 50 años se acelera la prevalencia de numerosos factores de riesgo y trastornos crónicos, así como el riesgo de comorbilidad.²³³

La carga de enfermedad en la población mayor de 50 años está protagonizada por las enfermedades crónicas. Así los primeros puestos en causas de mortalidad los ocupan las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y las enfermedades respiratorias, lo que coincide con la población general, aunque sus tasas son más elevadas.²³⁴ El patrón de morbilidad atendida a nivel hospitalario también muestra cómo el protagonismo de las enfermedades crónicas se acentúa a partir de los 50 años (ver figura 23).

Figura 23: Altas por trastornos crónicos seleccionados (casos/100.000 habitantes). CMBD 2011.



A edades avanzadas, el patrón de morbilidad se modifica de manera que van cobrando relevancia las enfermedades o problemas de salud que son las principales causas de dependencia, como las enfermedades neurológicas (fundamentalmente el binomio ictus-demencia), la artrosis y las deficiencias sensoriales de vista y oído.²³⁵

El verdadero reto es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. La discapacidad es un creciente problema mundial, que aumenta con la edad. Según el informe mundial sobre la discapacidad de 2011, la prevalencia estimada entre los mayores de 60 años de discapacidad moderada-grave se sitúa entorno al

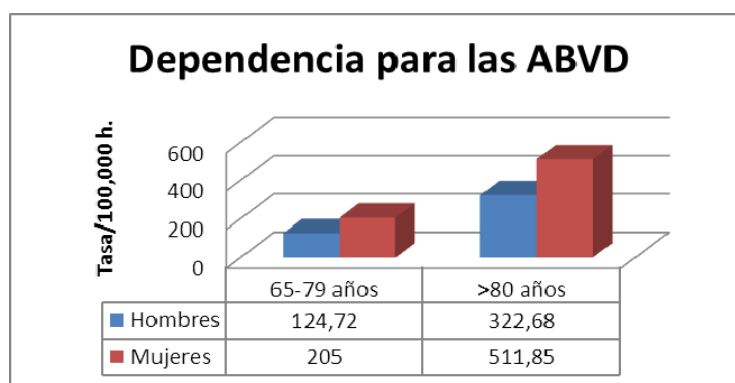
60%.²³⁶ Los datos de nuestro país muestran una tasa de discapacidad en población mayor de 64 años de 302,6/1.000 habitantes, 348,9/1.000 h. en las mujeres y 240,7/1.000 h. en hombres, con un gasto público estimado en 2011 de 8.000 millones de euros (un 0,74% del PIB).²³⁷

La enfermedad, y no la edad, es la principal causa de dependencia, aunque ésta se concentre en los mayores de 65 años y, especialmente, en los mayores de 80 años. La dependencia es el resultado de combinar los cambios fisiológicos asociados a la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos intercurrentes, todo ello influido por el entorno psicosocial.

En nuestro país, las cifras de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) oscilan, para la población mayor de 65 años, entre el 15 y el 25%. Cuando se refieren a los mayores de 75 estas cifras se elevan hasta el 25 y el 35% con una clara diferencia entre sexos: tres de cada cuatro personas dependientes son mujeres. En la ENSE 2011, el 11,5% de los hombres y el 16% de las mujeres mayores de 65 años referían tener graves limitaciones para las actividades cotidianas, cifras que ascendían al 22,5% y 30,7%, respectivamente en los mayores de 85 años.

Además de esta diferencia de género, existe un gradiente social evidente en cuando a la prevalencia de situaciones de dependencia en esta población. Así, por ejemplo, las cifras de la última ENSE, muestran un aumento progresivo del porcentaje de personas dependientes mayores de 65 años según se desciende en el nivel socioeconómico, medido en función de la clase social, con un rango que varía entre el 32,45% en la clase social más favorecida (clase I) y el 56,3% en la más desfavorecida (clase VI).

Figura 24: Dependencia para ABVD población mayor de 65 años. [Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008. MSSSI e INE].



Las demencias

Las demencias se han convertido en una auténtica epidemia a nivel mundial, con unas cifras de prevalencia que se duplicarán cada 20 años, alcanzando los 10 millones de personas en 2030 en la región europea occidental.^{238,239} En España se estima que en 2012 había en torno a 610.000 pacientes, con un coste estimado de 18.000 millones de euros, sumando costes directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos.²⁴⁰ Diversos estudios sitúan el coste anual directo por paciente entorno a los 27.000 euros.^{241,242}

Las caídas

Una causa importante de discapacidad en las personas mayores son las lesiones no intencionales (accidentes). Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año.²⁴³ Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias; más de un 70% tuvieron consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad presentaron secuelas posteriormente.²⁴⁴ Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas suponen el inicio de la discapacidad en el anciano y suponen uno de los condicionantes de la fragilidad.²⁴⁵

En España, las lesiones no intencionales que sufren las personas de 65 y más años suponen un coste total de 424 millones de euros/año por costes directos e indirectos.²⁴⁴

La fragilidad

La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad pues es ésta la que determina la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. La valoración funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud y un buen predictor de morbilidad y mortalidad.²⁴⁶ Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad, que se define como un aumento de la vulnerabilidad por una reducción de la capacidad de adaptación de los distintos sistemas del organismo, y es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo.

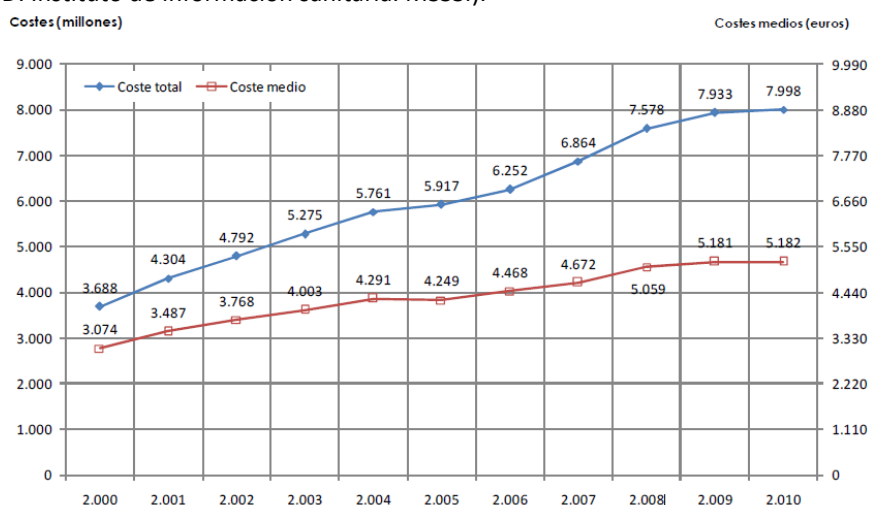
La fragilidad es un rasgo biológico continuo entre el envejecimiento exitoso y la gran dependencia. Su prevalencia, según diferentes estudios se sitúa entre el 8,4 y el 27% de la población mayor de 64 años y se estima que en España hay cerca de dos millones y medio de personas mayores de 65 años que son frágiles o presentan algún tipo de discapacidad.^{247,248}

Prevenir la discapacidad, detectando y actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar antes y es susceptible de intervención. Para reducir la fragilidad hay que actuar sobre sus principales factores de riesgo a lo largo de todo el curso de vida del individuo, principalmente sobre la inactividad, que condiciona el estado cardiovascular, la resistencia insulínica, el deterioro cognitivo y musculoesquelético (sarcopenia), así como la depresión. Las intervenciones dirigidas a fomentar la actividad física en población mayor han demostrado ser eficaces en cuanto a movilidad y funcionalidad.²⁴⁹ Para otro tipo de intervenciones como las nutricionales o farmacológicas las pruebas no son concluyentes.²⁵⁰

Costes asociados al uso de servicios sanitarios

La mayor parte del consumo de recursos sanitarios y sociales que a lo largo de la vida realiza una persona, se concentra en la fase final de la misma. Las personas mayores constituyen más del 40% de la demanda hospitalaria en el SNS, y los costes asociados a su atención sufren un continuo aumento (ver figura 19). La frecuentación hospitalaria en el grupo de edad de 65 años y más, para el año 2010, duplica a la de la población general, y su promedio de estancia en el hospital supera casi en 2 días a la del conjunto de la población atendida.⁴⁰

Figura 25: Evolución del coste total y costes medios. Pacientes 65 y más años. Hospitales SNS 2000-2010. (CMBD. Instituto de información sanitaria. MSSSI).



El envejecimiento activo

Éste es un término acuñado por la OMS a finales de los años 90 y que puede ayudar a afrontar muchos de los retos del envejecimiento. Se define como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este concepto engloba el de envejecimiento saludable, que se traduciría como envejecimiento en buena salud, y comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, física y cognitiva.²⁵¹ Este es un concepto de gran importancia estratégica, que aglutina numerosas medidas adoptadas a nivel internacional y supranacional, como el “Partenariado europeo para el envejecimiento activo y saludable” (EIP on AHA), actualmente en marcha a nivel de la UE y con el que las intervenciones seleccionadas en esta Estrategia están totalmente alineadas.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios corporales que pueden contribuir al desarrollo de una serie de patologías que disminuyen la salud y la calidad de vida de los ancianos. La alimentación adecuada y la práctica de actividad física pueden desempeñar un papel fundamental en estos cambios y en su evolución manteniendo una composición corporal saludable e incluso revirtiendo cambios corporales de personas sedentarias y las patologías asociadas²⁵².

El objetivo de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud en esta población es prevenir el deterioro funcional para que se mantenga el mayor nivel de independencia el máximo de tiempo posible. Los aspectos clave a abordar son la promoción de la reserva cognitiva, el bienestar mental-emocional y la prevención de la fragilidad mediante intervenciones integrales.

La prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas unido al proceso global de envejecimiento, aconseja que los esfuerzos en promoción y prevención se intensifiquen a partir de los 50 años de edad y, de hecho, así se refleja en las estrategias sobre envejecimiento saludable.²⁸

Anexo 2. Composición de los Comités

COMITÉ INSTITUCIONAL

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Coordinación: Subdirección General de Promoción Salud y Epidemiología

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia

Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión

AESAN

Instituto Nacional de Consumo

Dirección General de Servicios para la familia y la infancia

Subdirección General de infancia

Subdirección General de programas sociales

Dirección General para el Plan Nacional sobre Drogas

IMSERSO

Comunidades Autónomas e INGESA

COMITÉ CIENTÍFICO-TÉCNICO

Sociedades Científicas:

semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

SESPAS (Sociedad Española de Administración Sanitaria)

AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)

SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia)

SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología)

SEMEG (Sociedad Española de Medicina Geriátrica)

AES (Asociación Española de Economía de la Salud)

SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria)

FAECAP (Federación Española de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria)

AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria)

Sociedades consultoras:

AEP (Sociedad Española de Pediatría)
SEPS (Sociedad Española de Pediatría Social)
SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna)
SEC (Sociedad Española de Cardiología)
SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)
CNPT (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo)
SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición)
SEN (Sociedad Española de Neurología)
AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
SEMER (Sociedad Española de Médicos de Residencias Geriátricas)
SEEGG (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica)
SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria)
AETSYS (Asociación Española de Trabajo Social y Salud)
AEF (Asociación Española de Fisioterapeutas)
AEPCP (Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología)
ANIS (Asociación Nacional de Informadores de la Salud).
ADEPS/ FUNDADEPS.
SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
Asociación Española de Matronas.
Federación Española de Medicina del Deporte.
SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física)
SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés)

Anexo 3. Fuentes para la búsqueda bibliográfica e identificación de intervenciones

1. Búsqueda de documentos de las siguientes instituciones y organismos: buscar documentos sobre el factor/población/entorno en cada una de estas instituciones u organismos, a partir de sus páginas web.

A continuación se presenta el listado de instituciones y organismos que se considera esencial incluir en la revisión de bibliografía de todos los factores/poblaciones/entornos que se analicen.

INSTITUCIONES U ORGANISMOS INTERNACIONALES
OMS http://www.who.int/en/ Ciertos documentos no están traducidos al español ni están disponibles en la interfaz en español, por lo que se recomienda buscar en la interfaz en inglés.
OMS-Europa http://www.euro.who.int/en/home Ciertos documentos no están traducidos al español ni están disponibles en la interfaz en español, por lo que se recomienda buscar en la interfaz en inglés.
Comisión Europea, DG SANCO http://ec.europa.eu/health/index_en.htm
Cochrane Public Health Group http://ph.cochrane.org/

INSTITUCIONES NACIONALES CLAVE DE OTROS PAÍSES
UK Department of Health http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) http://www.nice.org.uk/
Center for Disease Prevention and Control (CDC) http://www.cdc.gov/ Incluye la guía "CDC Guide to Community Preventive Services" www.thecommunityguide.org
US Preventive Services Task Force http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
Public Health Agency of Canada http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php
Canadian Task Force on Preventive Health Care http://canadiantaskforce.ca/guidelines/all-guidelines
Department of Health and Ageing, Australia http://www.health.gov.au/ Australian Institute of Health and Welfare http://www.aihw.gov.au/home/ Government of Western Australia, Department of Health, Public Health http://www.public.health.wa.gov.au/
Ministry of Health, New Zealand http://www.health.govt.nz/
Ministry of Health, Finland http://www.stm.fi/en/frontpage
International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) http://www.iuhpe.org/
Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé http://www.inpes.sante.fr/default.asp

2. Metabuscadores:

OMS-EU Health Evidence Network (HEN) http://data.euro.who.int/HEN/Search/HenSearch.aspx Busca en la OMS y también en agencias de evaluación de tecnologías y en instituciones como DGSANCO, OCDE, UNFAPA, NICE, ECDC, banco mundial y otras. Se busca por temas predefinidos o por texto libre.
OMS-CHOICE http://www.who.int/choice/en/ Documentos sobre coste-efectividad de intervenciones por temas y regiones de la OMS. En Europa Occidental hay de alcohol, tabaco y salud mental.
NHS EVIDENCE http://www.evidence.nhs.uk/ Página del NHS Inglés gestionada por NICE, que busca evidencias en diferentes publicaciones primarias y agencias de evaluación de tecnologías, también algunos documentos de instituciones, guías clínicas y otros tipos de documentos también de la parte social.
Center for Reviews and Dissemination (CRD) http://www.york.ac.uk/inst/crd/index_databases.htm Es parte del National Institute for Health Research (NIHR) y es un departamento de la University of York. Tiene una base de datos de revisiones sistemáticas, evaluaciones de tecnologías sanitarias, evaluaciones económicas, etc.
AuNETS (Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) http://aunets.isciii.es/web/guest/acceso_informes_evaluacion Buscador de informes de las agencias y unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de España
Biblioteca virtual en salud de España (BVS-España) http://bvsalud.isciii.es/php/index.php Proyecto conjunto de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del ISCIII, con otras bibliotecas iberoamericanas y la OPS. Búsqueda en diferentes fuentes (se puede escoger idioma sólo en Español), como IBECS, MEDLINE, etc (incluye búsqueda en SCIELO, que es un buscador de revistas españolas con criterios de calidad y a texto completo). También se puede seleccionar buscar en las bases de Cochrane, Web of Knowledge, CDC en español, Salud-EU, National Institutes of Health, GuiaSalud, etc. También en blogs de salud o en bibliotecas virtuales de CCAA.
NREPP SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (U.S. Department of Health and Human Services) http://www.nrepp.samhsa.gov/
MICA, Missouri Department of Health and Senior Services http://health.mo.gov/data/interventionmica/
Canadian best practices portal. http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/ Portal de la agencia de salud pública de Canadá que recoge buenas prácticas en promoción de la salud y prevención de enf. Crónicas que han pasado un filtro de calidad establecido.
Health Evidence. http://www.healthevidence.org/default.aspx Metabuscador de la agencia de salud pública de Canadá y la Universidad de McMaster sobre revisiones sistemáticas que evalúan la efectividad de intervenciones en salud pública, seleccionadas y gradadas en función de criterios de calidad preestablecidos.
Cochrane Library. http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html Portal de la Colaboración Cochrane que permite acceso a todas sus revisiones e incluye búsqueda en las siguientes bases de datos: • Cochrane database of systematic reviews • Cochrane Central Register of Controlled Trials • Cochrane Methodology Register • Database of Abstracts of Reviews of Effects • Health Technology Assessment Database • NHS Economic Evaluation Database • About The Cochrane Collaboration

Anexo 4. Ficha de identificación de buenas prácticas

Identificación de buenas prácticas de promoción y prevención en las CC.AA.

Criterios mínimos para su identificación:

1. Intervención **basada en la evidencia** con **efectividad** demostrada.
2. Intervención **implementada** durante al menos 1 año.
3. La intervención debe contar con **registros fiables y datos mínimos** suficientes que permitan la evaluación de sus resultados.
4. La **financiación** a corto y medio plazo, debe estar recogida en la planificación de la intervención.

FICHA DE RECOGIDA

TÍTULO INTERVENCIÓN	
OBJETIVOS	
CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN	¿Está la intervención enmarcada en una Política, Estrategia, Programa, etc. más general? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?
RESUMEN (Máximo 200 palabras)	Resumen de en qué consiste la intervención y cómo cumple los criterios de calidad
POBLACIÓN DIANA	☐ Universal ☐ Selectiva: ☐ Infancia ☐ Adolescencia ☐ Adultos ☐ Mayores ☐ Mujeres/Hombres ☐ Otros.....
COBERTURA	Nº estimados personas población diana: Nº estimado personas cubiertas:
FACTORES ABORDADOS	☐ Alimentación ☐ Tabaco ☐ Alcohol ☐ Actividad física ☐ Bienestar mental ☐ Lesiones/violencia
ENFOQUES INTEGRADOS	☐ Intersectorialidad ☐ Entornos saludables ☐ Participación y acción comunitaria ☐ Desarrollo habilidades personales ☐ Equidad ☐ Promoción y prevención en el sistema asistencial
ÁREA DE INFLUENCIA	☐ Regional ☐ Provincial ☐ Municipal
SISTEMA DE MONITORIZACIÓN	☐ Sí ☐ No
EVALUACIÓN	☐ Sí ☐ No Fecha última evaluación
PÁGINA WEB / OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS	

Anexo 5. Formularios de selección y baremación de intervenciones

I. Intervenciones en las CCAA

Título de la intervención	CCAA
Población	Entorno/s
(menores de 15 años /mayores de 50 años)	(escuela/sistema de salud/familiar/comunitario(municipio)/institucional (residencias,etc)/otros)

A. Criterios de inclusión

Criterios	Se cumple	NO se cumple
Adecuación: la intervención se adapta al ámbito de acción de la Estrategia (se cumplen todos los sub-criterios siguientes)		
La intervención se sitúa en el ámbito de la promoción de la salud y/o prevención primaria de la enfermedad y las lesiones.		
La intervención incluye a las poblaciones diana de la Estrategia (menores de 15 años o mayores de 50), o está específicamente dirigida a alguna de ellas.		
La intervención aborda alguno de los factores contemplados en el planteamiento de la Estrategia (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, estrés, seguridad-lesiones).		
Pertinencia: los objetivos de la intervención se corresponden con las necesidades y características de la población diana a la que se dirige, o bien con una norma reguladora.		
Evaluabilidad: existen las condiciones óptimas para permitir la evaluación de los resultados de la intervención (se cumple alguno de los sub-criterios)		
La intervención cuenta con fuentes y datos mínimos suficientes		
Se especifican los recursos organizativos, estructurales y económicos empleados		
Basado en el mejor conocimiento disponible: Intervención basada en la evidencia científica, con eficacia/efectividad demostrada.		
Intervención implementada durante, al menos, un año.		

Si la intervención cumple todos los criterios de inclusión, se procederá a la priorización.

B. Formulario de priorización

(Marque sólo el criterio que se cumple)

Evaluación-efectividad: Se valorará la existencia de evaluación de la intervención y sus resultados en condiciones reales.	Se cumple
La cobertura de la intervención alcanza más del 50% de la población diana estimada	
La intervención está evaluada con indicadores asociados a los objetivos planteados.	
Existe evaluación de resultados finales, y no únicamente de proceso	
La evaluación demuestra la efectividad de la intervención (demuestra una mejora significativa del estado de salud mediante un aumento en indicador/es relativos al nivel de salud o factores protectores, o bien mediante un descenso en factores de riesgo).	
Eficiencia: consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.	Se cumple
La evaluación económica demuestra que la intervención es eficiente (supone un ahorro o un gasto dentro del rango considerado como socialmente aceptable para una intervención en salud).	
Equidad: Incorpora objetivos específicos de reducción de desigualdades en salud. Se valorará la incorporación de diferentes ejes de equidad (género, nivel socio económico, nivel de estudios, etnia, ámbito rural-urbano, grupos desfavorecidos...), así como la apertura a la participación de la población y el trabajo intersectorial.	Se cumple
El análisis de situación incorpora una perspectiva de equidad [como mínimo, los datos están desagregados, por sexo, edad y nivel socio-económico (basado en la ocupación, en nivel de estudios, situación laboral o nivel de renta)].	
Existen acciones concretas para abordar desigualdades en salud detectadas en el análisis de situación.	
Existen acciones positivas dirigidas a grupos vulnerables o con necesidades diferenciadas detectados en la fase de análisis de situación con perspectiva de equidad.	
Existe un abordaje de género explicitado en el planteamiento y ejecución de la intervención.	
Existen acciones concretas de trabajo con sectores diferentes al sector salud (trabajo intersectorial).	
Existen iniciativas concretas para incorporar la participación de la población diana.	
Factibilidad: posibilidad de transferencia (puede servir como modelo de aplicación en otros contextos) y condiciones para la sostenibilidad.	Se cumple
Están disponibles los recursos organizativos-estructurales y/o económicos óptimos para la implementación y mantenimiento de las acciones propuestas en algunos territorios.	
Existen los recursos organizativos-estructurales para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Existen los recursos económicos para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Adecuación estratégica: alineación de la intervención con las principales estrategias nacionales/supranacionales.	Se cumple
Las acciones se enmarcan o están en línea con las estrategias nacionales que afectan directamente al ámbito en cuestión (p.e. estrategias en salud del SNS).	
Las acciones están en línea con las estrategias supranacionales (UE, OMS...) que afectan directamente al ámbito en cuestión.	
Integralidad: Se abordan dos o más factores de riesgo o determinantes de la salud de forma conjunta.	Se cumple
Existen acciones para abordar al menos dos de los factores contemplados en la Estrategia (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, estrés, seguridad-lesiones).	
Existen acciones concretas que abordan de forma integral factores promotores de salud o habilidades de vida.	
Existen sinergias entre diferentes áreas funcionales y/o niveles de implementación	
Aspectos éticos	Se cumple
La intervención contempla los potenciales conflictos de interés de todos los agentes implicados en la misma.	

Puntuación final

Título intervención:							
Intervención multifactorial interdisciplinar para anciano frágil							
CALIDAD EVIDENC.	EFICIENCIA	EQUIDAD	FACTIBILIDAD	ADECUACIÓN	INTEGRALIDAD	ASPECTOS ÉTICOS	TOTAL (SUMA) Máx 30 puntos
Alta: 6 p. Media: 4p Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 2 p. No:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 3 p. Baja: 1p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 1 p. No:0p.	

II. Intervenciones detectadas en la bibliografía

Intervención (Título y resumen)	Referencia/s
	(ref. bibliográfica/web)
Población	Entorno/s
(menores de 15 años /mayores de 50 años)	(escuela/sistema de salud/familiar/comunitario(municipio)/institucional (residencias,etc)/otros)

A. Criterios de inclusión

Criterios	Se cumple	NO se cumple
Adecuación: la intervención se adapta al ámbito de acción de la Estrategia (se cumplen todos los sub-criterios siguientes)		
La intervención se sitúa en el ámbito de la promoción de la salud y/o prevención primaria de la enfermedad y las lesiones.		
La intervención incluye a las poblaciones diana de la Estrategia (menores de 15 años o mayores de 50), o está específicamente dirigida a alguna de ellas.		
La intervención aborda alguno de los factores contemplados en el planteamiento de la Estrategia (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, estrés, seguridad-lesiones).		
Pertinencia: los objetivos de la intervención se corresponden con las necesidades y características de la población diana a la que se dirige, o bien con una norma reguladora. La intervención responde a las principales necesidades de la población detectadas en las fuentes publicadas sobre carga de enfermedad y/o salud percibida.		
Basado en el mejor conocimiento disponible: Intervención basada en la evidencia científica, con eficacia/efectividad demostrada. Los resultados de la intervención en función de las pruebas científicas publicadas sugieren en conjunto un efecto positivo, o bien las intervenciones/recomendaciones están recogidas en publicaciones de organismos supranacionales de reconocido prestigio		
Calidad: se cumplen ciertos requisitos mínimos de calidad de los estudios		
Las conclusiones presentadas en los estudios se basan en los resultados obtenidos y tienen en cuenta las posibles limitaciones de los mismos.		
No existen limitaciones o sesgos que afecten la validez de los estudios.		
Los resultados de los estudios son generalizables a la población y el contexto que interesa.		

Si la intervención cumple todos los criterios de inclusión, se procederá a la priorización.

B. Formulario de priorización

(Marque sólo el criterio que se cumple)

Calidad de la evidencia disponible: se valorará la evidencia científica de eficacia en base a la literatura publicada y referenciada.	Se cumple
Existen al menos un estudio de alta calidad, con puntuaciones en el primer nivel de evidencia según el sistema de gradación utilizado por la fuente (A, I, etc.) que demuestra la eficacia de la intervención. (En ausencia de gradación, se considerarán la revisión sistemática, metanálisis y/o ensayo clínico aleatorizado).	
Existen al menos un estudio de calidad, con puntuaciones el segundo nivel según el sistema de gradación utilizado por la fuente (B, II, etc.) que demuestra la eficacia de la intervención. (En ausencia de gradación, se considerarán estudios observacionales con grupo control).	
Existen varios estudios de calidad (niveles de evidencia 1ª o 2ª) que arrojan resultados consistentes en cuanto al sentido y la magnitud del efecto.	
Eficiencia: consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.	Se cumple
La evaluación económica demuestra que la intervención es eficiente (supone un ahorro o un gasto dentro del rango considerado como socialmente aceptable para una intervención en salud).	
Equidad: Incorpora objetivos específicos de reducción de desigualdades en salud. Se valorará la incorporación de diferentes ejes de equidad (género, nivel socio económico, nivel de estudios, etnia, ámbito rural-urbano, grupos desfavorecidos...), así como la apertura a la participación de la población y el trabajo intersectorial.	Se cumple
El análisis de situación incorpora una perspectiva de equidad [como mínimo, los datos están desagregados, por sexo, edad y nivel socio-económico (basado en la ocupación, en nivel de estudios, situación laboral o nivel de renta)].	
Existen acciones concretas para abordar desigualdades en salud detectadas en el análisis de situación.	
Existen acciones positivas dirigidas a grupos vulnerables o con necesidades diferenciadas detectados en la fase de análisis de situación con perspectiva de equidad.	
Existe un abordaje de género explicitado en el planteamiento y ejecución de la intervención.	
Existen acciones concretas de trabajo con sectores diferentes al sector salud (trabajo intersectorial).	
Existen iniciativas concretas para incorporar la participación de la población diana.	
Factibilidad: posibilidad de transferencia (puede servir como modelo de aplicación en otros contextos) y condiciones para la sostenibilidad.	Se cumple
Están disponibles los recursos organizativos-estructurales y/o económicos óptimos para la implementación y mantenimiento de las acciones propuestas en algunos territorios.	
Existen los recursos organizativos-estructurales para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Existen los recursos económicos para la extensión de la intervención a todo el territorio.	
Adecuación estratégica: alineación de la intervención con las principales estrategias nacionales/supranacionales.	Se cumple
Las acciones se enmarcan o están en línea con las estrategias nacionales que afectan directamente al ámbito en cuestión (p.e. estrategias en salud del SNS).	
Las acciones están en línea con las estrategias supranacionales (UE, OMS...) que afectan directamente al ámbito en cuestión.	
Integralidad: Se abordan dos o más factores de riesgo o determinantes de forma conjunta.	Se cumple
Existen acciones para abordar al menos dos de los factores contemplados en la Estrategia (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, estrés, seguridad-lesiones).	
Existen acciones concretas que abordan de forma integral factores promotores de salud o habilidades de vida.	
Existen sinergias entre diferentes áreas funcionales y/o niveles de implementación	
Aspectos éticos	Se cumple
Los estudios contemplan los potenciales conflictos de interés de todos los agentes implicados en el desarrollo de la intervención.	

Puntuación final

Título intervención:							
Intervención multifactorial interdisciplinar para anciano frágil							
CALIDAD EVIDENC.	EFICIENCIA	EQUIDAD	FACTIBILIDAD	ADECUACIÓN	INTEGRALIDAD	ASPECTOS ÉTICOS	TOTAL (SUMA)
Alta: 6 p. Media: 4p Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 2 p. No:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Alta: 3 p. Baja: 1p. Nulo:0p.	Alta: 6 p. Media: 4p. Baja: 2p. Nulo:0p.	Sí: 1 p. No:0p.	Máx 30 puntos

Anexo 6. Guías de baremación

I. Guía de baremación para intervenciones en CCAA

Evaluación-efectividad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen 3 ó 4 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Eficiencia (6,6%)	
<u>Cumplimiento:</u> se cumple el sub-criterio	2 puntos
<u>No Cumplimiento:</u> no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos
Equidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen 5 ó 6 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 3 ó 4 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> se cumplen 1 ó 2 sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Factibilidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Adecuación estratégica (10%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 2 sub-criterios	3 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	1 punto
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Integralidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto:</u> se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio:</u> se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo:</u> sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo:</u> no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Aspectos éticos (3,3%)	
<u>Cumplimiento:</u> se cumple el sub-criterio	1 punto
<u>No Cumplimiento:</u> no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos

II. Guía de baremación para intervenciones detectadas en la bibliografía

Calidad de la evidencia disponible (20%)	
<u>Cumplimiento Alto</u> : se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio</u> : se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo</u> : sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 punto
<u>Cumplimiento Nulo</u> : no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Eficiencia (6,6%)	
<u>Cumplimiento</u> : se cumple el sub-criterio	2 puntos
<u>No Cumplimiento</u> : no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos
Equidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto</u> : se cumplen 5 ó 6 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio</u> : se cumplen 3 ó 4 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo</u> : se cumplen 1 ó 2 sub-criterios	2 punto
<u>Cumplimiento Nulo</u> : no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Factibilidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto</u> : se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio</u> : se cumplen 2 sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo</u> : sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 punto
<u>Cumplimiento Nulo</u> : no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Adecuación estratégica (10%)	
<u>Cumplimiento Alto</u> : se cumplen los 2 sub-criterios	3 puntos
<u>Cumplimiento Bajo</u> : sólo se cumple uno de los sub-criterios	1 punto
<u>Cumplimiento Nulo</u> : no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Integralidad (20%)	
<u>Cumplimiento Alto</u> : se cumplen los 3 sub-criterios	6 puntos
<u>Cumplimiento Medio</u> : se cumplen 2 de los sub-criterios	4 puntos
<u>Cumplimiento Bajo</u> : sólo se cumple uno de los sub-criterios	2 puntos
<u>Cumplimiento Nulo</u> : no se cumple ningún sub-criterio	0 puntos
Aspectos éticos (3,3%)	
<u>Cumplimiento</u> : se cumple el sub-criterio	1 punto
<u>No Cumplimiento</u> : no se cumple el sub-criterio/ no consta	0 puntos

Anexo 7: Modelo de ficha de intervención tipo

FICHA DE DESARROLLO DE INTERVENCIONES PRIORIZADAS

ID: Intervención tipo		TÍTULO:	
RESUMEN Y AGRUPACIÓN DE FICHAS DEL PROCESO DE PRIORIZACIÓN			
Intervenciones que agrupa:			
Entorno/s			
Integralidad/ Multicomponente			
QUÉ			
Objetivos			
Características principales			
Indicadores			
CÓMO			
Actividades/factores clave			
Recursos clave			
Herramientas e instrumentos			
Barreras/Facilitadores implementación: <i>Estructurales, organizativas, de recursos, de cambio conducta</i>	Barreras estructurales	Facilitadores estructurales	
	<u>Existentes</u>	<u>Existentes</u>	
	<u>Potenciales</u>	<u>Potenciales</u>	
	Barreras organizativas	Facilitadores organizativos	
	<u>Existentes</u>	<u>Existentes</u>	
	<u>Potenciales</u>	<u>Potenciales</u>	
	Barreras para cambio individual	Facilitadores para cambio individual	
	<u>Existentes</u>	<u>Existentes</u>	
<u>Potenciales</u>	<u>Potenciales</u>		
Estructura de costes			
QUIÉN			
Responsables			
Población diana			
Efectores			
Alianzas: Agentes implicados en niveles y sectores			
CUÁNDO			
Cronograma			

Anexo 8. Listado de intervenciones individuales detectadas en la primera fase

*Se presentan únicamente aquellas que cumplen criterios de inclusión y cuya población diana está dentro de los grupos priorizados para la Estrategia.

Población menor de 15 años

ENTORNO COMUNITARIO/FAMILIAR (A1)

CCAA/Bibliografía	Nº ORDEN	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
BIBLIOGRAFIA	A1-1	CERCADO PERIMETRAL DE PISCINAS	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	A1-2	DEJAR DE FUMAR A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	A1-3	FORMA JOVEN	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	A1-4	HABLA CON ELLOS, GUÍAS PARA PADRES	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO/FAMILIAR
BIBLIOGRAFIA	A1-5	INTERV. EN COMUNIDAD PARA USO ADECUADO SIST. RETENCIÓN INFANTIL	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	A1-6	INTERVENCIONES EN EL ENTORNO SOBRE ACTIV FISICA	AMBOS	COMUNITARIO
P. VASCO	A1-7	MUNICIPIOS SIN HUMO DE TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	A1-8	PASEOS SALUDABLES	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	A1-9	PLAN DE PRIORIDADES SANITARIAS-TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	A1-10	PLAN DE TRASTORNOS ADICTIVOS DE GALICIA	AMBOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	A1-11	PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS A TRAVÉS DE TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN	AMBOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	A1-12	PROGRAMA COMUNITARIO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE EL COLECTIVO JUVENIL	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
CANARIAS	A1-13	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (PROGRAMA PIPO)	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
CATALUÑA	A1-14	PROGRAMA SALUD EN LOS BARRIOS	AMBOS	COMUNITARIO
CATALUÑA	A1-15	PROYECTO AMED DE ESTABLECIMIENTOS PROMOTORES DE ALIMENTACIÓN MEDITERRÁNEA (AMED)	AMBOS	COMUNITARIO
CANARIAS	A1-16	PROYECTO DELTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	A1-17	VIGILANCIA DE LA NORMATIVA VIGENTE SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE EDAD	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
GALICIA	A1-18	VIGILANCIA NORMATIVA VENTA, SUMINISTRO, CONSUMO Y PUBLICIDAD TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	A1-19	ESCALERAS ES SALUD	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	A1-20	RUTAS PARA LA VIDA SANA (RVS)	AMBOS	COMUNITARIO
EXTREMADURA	A1-21	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA-PREVENTIVA CON MENORES “ PANDORA” SANCIONADOS POR TENENCIA ILICITA DE SUSTANCIAS	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO/FAMILIAR
EXTREMADURA	A1-22	RED EXTREMEÑA DE CIUDADES SALUDABLES Y SOSTENIBLES. PROGRAMA DE CIUDADES SALUDABLES Y SOSTENIBLES	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	A1-23	CAMPAÑAS AF CON INTERV COMUNITARIAS	MENORES 15 AÑOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	A1-24	PAFAE (PLAN PARA PROMOCION ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACION EQUILIBRADA)	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	A1-25	ACCION LOCAL EN SALUD	AMBOS	COMUNITARIO

ENTORNO EDUCATIVO (A2)

CCAA/Bibliografía	Nº ORDEN	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
MADRID	A2-1	"ADOLESCENTES SIN TABACO"	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
MADRID	A2-2	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL DEL MENÚ ESCOLAR	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-3	AULA ITINERANTE DE TABACO – COMUNITAT VALENCIANA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
GALICIA	A2-4	CLASES SIN HUMO	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
MADRID	A2-5	CLASES SIN HUMO	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
LA RIOJA	A2-6	CLASES Y FAMILIAS SIN HUMO	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-7	CONCURSO “PROYECTO EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO”– COMUNITAT VALENCIANA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
MADRID	A2-8	DESAYUNOS SALUDABLES "1º DESAYUNA, DESPUÉS ¡CÓMETE EL DÍA!"	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BIBLIOGRAFIA	A2-9	ESCOLARES MULTICOMPONENTE	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
MURCIA	A2-10	PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2005-2010	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-11	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO Y SUS PRINCIPALES SECUELAS (PRELAT) – COMUNITAT VALENCIANA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
LA RIOJA	A2-12	PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
LA RIOJA	A2-13	PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS:tabaco, alcohol y cannabis	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
LA RIOJA	A2-14	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SANA/EQUILIBRADA EN EL MEDIO EDUCATIVO Y FAMILIAR.	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
LA RIOJA	A2-15	PROGRAMA DE DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL A TRAVÉS DEL CINE Y EL VIDEO (DVD)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ARAGON	A2-16	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PRIMARIA Y SECUNDARIA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-17	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL (PIES)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CANARIAS	A2-18	PROGRAMA DE SALUD ORAL PARA ESCOLARES DE EDUCACIÓN INFANTIL “CEPILLÍN, CEPILLÁN”	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BIBLIOGRAFIA	A2-19	PROGRAMA FAST (FAMILIES AND SCHOOL TOGETHER)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CANARIAS	A2-20	PROGRAMA INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO EN ENSEÑANZA SECUNDARIA (ITES)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BALEARES	A2-21	PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA EN EL ENTORNO ESCOLAR	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BIBLIOGRAFIA	A2-23	PROMOVER LA ACTIVIDAD FISICA EN CENTROS PREESCOLARES	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ARAGON	A2-24	RED ARAGONESA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (RAEPS)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-25	REVISION COMEDORES ESCOLARES	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BIBLIOGRAFIA	A2-26	SEGURIDAD VIAL EN LA ESCUELA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
BIBLIOGRAFIA	A2-27	TRANSPORTE ACTIVO AL COLEGIO	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ANDALUCIA	A2-28	COMEDORES SALUDABLES	AMBOS	EDUCATIVO
ASTURIAS	A2-29	ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ANDALUCIA	A2-30	PASE (PROGRAMA DE ALIMENTACION SALUDABLE EN LA ESCUELA)	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ASTURIAS	A2-31	PROGRAMA NI OGROS NI PRINCESAS	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ANDALUCIA	A2-32	PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ASTURIAS	A2-33	PROGRAMA YO CUENTO, TU PINTAS, ELLA SUMA	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
EXTREMADURA	A2-34	ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
EXTREMADURA	A2-35	PROGRAMA EDUCATIVO “5 AL DÍA”	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
EXTREMADURA	A2-36	PROGRAMA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS “ CONSTRUYE TU MUNDO”	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ASTURIAS	A2-37	COMEDORES ESCOLARES ASTURIAS	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
VALENCIA	A2-38	PROMOCION SALUD BUCODENTAL CENTROS DOCENTES	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ANDALUCIA	A2-39	EVALUACION COMEDORES ECOLARES	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
ANDALUCIA	A2-40	A NO FUMAR ME APUNTO	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CASTILLA - LEON	A2-41	CONSTRUYENDO SALUD	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CASTILLA - LEON	A2-42	DISCOVER	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CASTILLA - LEON	A2-43	GALILEI	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO
CASTILLA - LEON	A2-44	¿VIVIR EL MOMENTO?	MENORES 15 AÑOS	EDUCATIVO

ENTORNO SANITARIO (A3)

CCAA/ Bibliografía	Nº ORDEN	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
BIBLIOGRAFIA	A3-1	ABORDAJE CLINICO CONSUMO TABACO EN ADOLESCENTE	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-2	CONSEJO SANITARIO PARA PREVENCION LESIONES POR TRÁFICO	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-3	CRIBADO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
GALICIA	A3-4	FORMACIÓN EN TABAQUISMO A PROFESIONALES SANITARIOS	AMBOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-5	FORMACION PROFESIONALES SANITARIOS EN LACTANCIA	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
CATALUÑA	A3-6	PROGRAMAS ATENCIÓN PRIMARIA SIN HUMO, EMBARAZO SIN HUMO, HOSPITALES SIN HUMO	AMBOS	SANITARIO
MURCIA	A3-7	RED DE CENTROS SANITARIOS LIBRES DE TABACO DE LA REGIÓN DE MURCIA	AMBOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-8	TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA DESHABITUACIÓN TABAQUICA EN LA EMBARAZADA	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-9	CRIBADO E INTERV BREVE ALCOHOL MENORES	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-10	CONSEJO ALCOHOL EMBARAZO	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	A3-11	PROGRAMA TRIPLE P- POSITIVE PARENTING PROGRAM	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
VALENCIA	A3-12	PROMOCION LACTANCIA MATERNA	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
VALENCIA	A3-13	NIÑ@S EN MOVIMIENTO	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO
VALENCIA	A3-14	PSSI	MENORES 15 AÑOS	SANITARIO

Población mayor de 50 años

INTERVENCIONES A PRIORIZAR EN POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS. ENTORNO COMUNITARIO/FAMILIAR (B1)				
CCAA/ Bibliografía	Nº ORDEN	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
LA RIOJA	B1-1	DEJAR DE FUMAR A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-2	ESTIMULACION COGNITIVA INESPECIFICA	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
CANARIAS	B1-3	EVALUACIÓN NORMATIVA SOBRE TABAQUISMO	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-4	INTERV EN EL ENTORNO SOBRE ACTIV FISICA	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-5	INTERVENCIONES PREVENTIVAS A DOMICILIO ANCIANOS	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO/FAMILIAR
BIBLIOGRAFIA	B1-6	INTERVENCIONES PREVENTIVAS A DOMICILIO ANCIANOS(2)	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO/FAMILIAR
CANARIAS	B1-7	LOS CÍRCULOS DE LA VIDA (LCDLV)	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
P VASCO	B1-8	MUNICIPIOS SIN HUMO DE TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	B1-9	PASEOS SALUDABLES	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	B1-10	PLAN DE PRIORIDADES SANITARIAS-TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	B1-11	PLAN DE TRASTORNOS ADICTIVOS DE GALICIA	AMBOS	COMUNITARIO
CATALUÑA	B1-12	PROGRAMA SALUD EN LOS BARRIOS	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-13	PROGRAMAS PARA PROMOVER CAMINAR	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
CATALUÑA	B1-14	PROYECTO AMED DE ESTABLECIMIENTOS PROMOTORES DE ALIMENTACIÓN MEDITERRÁNEA (AMED)	AMBOS	COMUNITARIO
CANARIAS	B1-15	PROYECTO DELTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA	AMBOS	COMUNITARIO
P VASCO	B1-16	TIPI-TAPA (PASO A PASO). ACTIVIDAD FÍSICA (AF) EN LOS MAYORES DE GIPUZKOA	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
GALICIA	B1-17	VIGILANCIA NORMATIVA VENTA, SUMINISTRO, CONSUMO Y PUBLICIDAD TABACO	AMBOS	COMUNITARIO
GALICIA	B1-18	XENTE CON VIDA	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-19	ESCALERAS ES SALUD	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-20	RUTAS PARA LA VIDA SANA (RVS)	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-21	POR UN MILLON DE PASOS	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
EXTREMADURA	B1-22	RED EXTREMEÑA DE CIUDADES SALUDABLES Y SOSTENIBLES. PROGRAMA DE CIUDADES SALUDABLES Y SOSTENIBLES	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-23	PAFAE (PLAN PARA PROMOCION ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACION EQUILIBRADA)	AMBOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-24	PROGRAMAS PROMOVER BICI	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-25	PROGRAMAS DE EJERCICIO FISICO	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
BIBLIOGRAFIA	B1-26	CAMPAÑAS MASIVAS MEDIOS ACT FISICA	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
LA RIOJA	B1-27	PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS A TRAVÉS DE TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN	AMBOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-28	QUITLINE	MAYORES 50 AÑOS	COMUNITARIO
ANDALUCIA	B1-29	ACCION LOCAL EN SALUD	AMBOS	COMUNITARIO

ENTORNO SANITARIO (B2)

CCAA/ Bibliografía	Nº ORDEN	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
BIBLIOGRAFIA	B2-1	ABORDAJE CLINICO CONSUMO TABACO EN MAYORES 50 AÑOS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-2	CONSEJO ACTIV FISICA ATENCION PRIMARIA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-3	CRIBADO E INTERV. BREVE ALCOHOL EN AT. PRIMARIA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
GALICIA	B2-4	FORMACIÓN EN TABAQUISMO A PROFESIONALES SANITARIOS	AMBOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-5	INTERVENCION INTERDISCIPLINAR ANCIANO FRAGIL	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-6	INTERVENCION MULTIFACTORIAL ANCIANO FRAGIL	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-7	INTERVENCIONES COMPLEJAS EN ANCIANOS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-8	INTERVENCIONES MULTIFACTORIALES PARA PREVENCIÓN CAIDAS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
P. VASCO	B2-9	OFERTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
CATALUÑA	B2-10	PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD (PAFES)	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-11	PREVENCIÓN CAIDAS CON VITAMINA D	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
LA RIOJA	B2-12	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
CATALUÑA	B2-13	PROGRAMAS ATENCIÓN PRIMARIA SIN HUMO, EMBARAZO SIN HUMO, HOSPITALES SIN HUMO	AMBOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-14	PROGRAMAS DE EJERCICIO PARA MEJORAR BIENESTAR MENTAL EN MAYORES	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
GALICIA	B2-15	PROYECTO DE PRESCRIPCIÓN BÁSICA DE EJERCICIO FÍSICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
MADRID	B2-16	RED DE CENTROS DE SALUD SIN HUMO	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
MURCIA	B2-17	RED DE CENTROS SANITARIOS LIBRES DE TABACO DE LA REGIÓN DE MURCIA	AMBOS	SANITARIO
BALEARES	B2-18	RUTAS SALUDABLES	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
MADRID	B2-19	TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
MADRID	B2-20	TALLERES METODOLOGÍA CONSEJO EFICAZ INDIVIDUAL SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
ANDALUCIA	B2-21	COMEDORES SALUDABLES	AMBOS	SANITARIO
ANDALUCIA	B2-22	CONSEJO DIETETICO EN ATENCION PRIMARIA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-23	INTERVENCIONES MULTIFACTORIALES PARA PREVENCIÓN CAIDAS (2)	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-24	EJERCICIO PREVENCIÓN CAIDAS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-25	REVISIÓN MEDICACIÓN PARA PREVENCIÓN CAIDAS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
NAVARRA	B2-26	PROGRAMA DE AYUDA A DEJAR DE FUMAR (PAF)	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-27	ADHERENCIA CONSEJOS DIETA CRONICAS	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-28	CONSEJO BREVE ESTILO VIDA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	B2-29	INTERV CONDUCTUALES ACTIV FISICA	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO
ANDALUCIA	B2-30	RASSLH	MAYORES 50 AÑOS	SANITARIO

Anexo 9. Listado de intervenciones individuales detectadas en segunda fase

CCAA/ Bibliografía	NOMBRE	POBLACIÓN	ENTORNO
ASTURIAS	ESCUELA DE SALUD DE TINEO	GENERAL	COMUNITARIO
ASTURIAS	PROYECTO DE ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL AL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA	MAYORES	SANITARIO/COMUNITARIO
MURCIA	PROGRAMA ACTIVA: PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA JUNTO CON RECURSOS COMUNITARIOS	GENERAL	SANITARIO/COMUNITARIO
MURCIA	PROGRAMA ARGOS: DIAGNÓSTICO Y CONSEJO SOBRE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL Y EMBARAZADAS	GENERAL	SANITARIO
MURCIA	FORMACIÓN SOBRE CONSEJOS EFICACES EN ESTILOS DE VIDA	GENERAL	SANITARIO
NAVARRA	FORMACIÓN INTEGRAL EN CONSEJO SOBRE ESTILOS DE VIDA A PROFESIONALES	GENERAL	SANITARIO
ANDALUCÍA	PROGRAMA “APEGO”	MENORES DE 15 AÑOS	COMUNITARIO/FAMILIAR
ANDALUCÍA	EXAMEN DE SALUD A MAYORES DE 65 AÑOS	MAYORES DE 65 AÑOS	SANITARIO
ANDALUCÍA	GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (GRUSE)	MAYORES	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	FORMACIÓN EN METODOLOGÍA PARA DAR UN CONSEJO DE SALUD PARA PROFESIONALES SANITARIOS (semFyc)	GENERAL	SANITARIO
BIBLIOGRAFIA	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA ADOLESCENTES Y PADRES DE ADOLESCENTES (SEPEAP)	MENORES DE 15 AÑOS	SANITARIO
ALCOHOL	PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES	MENORES DE 15 AÑOS	SANITARIO
PAÍS VASCO	PROYECTO “PRESCRIBE VIDA SALUDABLE”	GENERAL	SANITARIO
MURCIA	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL DE MOLINA DE SEGURA (Premio NAOS)	MENORES DE 15 AÑOS	EDUCATIVO
CASTILLA LA MANCHA	PROGRAMA MOVI: PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA LOS ESCOLARES	MENORES DE 15 AÑOS	EDUCATIVO
EXTREMADURA	EL EJERCICIO TE CUIDA (Premio NAOS)	GENERAL	COMUNITARIO

Anexo 10. Intervenciones tipo

Tras el primer proceso de agrupación e integración, se diseñaron las siguientes intervenciones tipo, que agrupan muchas de las experiencias detectadas a nivel de las CCAA, así como información bibliográfica (ver listado completo de intervenciones individuales en anexo 4):

AF1. Prescripción actividad física en atención primaria + coordinación recursos comunitarios

Consiste fundamentalmente en una valoración por parte de los profesionales de AP de la actividad física realizada por los pacientes y promoción un plan de acción personalizado y negociado para iniciar o incrementar la actividad física, prescribiendo una receta verde con recomendaciones individualizadas y recursos locales disponibles en el barrio/zona de salud. Además, contempla la potenciación de recursos comunitarios locales para la promoción de la actividad física. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Consejo Actividad Física en Atención Primaria (B2-2). La literatura recoge evidencia en adultos, requiere adaptación para grupo de menores.
- 2- Interv. de la bibliografía: Programas para promover caminar (B1-13).
- 3- Interv. de CCAA 1 (Andalucía): Rutas para la vida sana (A1-20 y B1-20).
- 4- Interv. de CCAA 3 (País Vasco): Tipi tapa. Actividad física en los mayores de Guipúzkoa (B1-16).
- 5- Interv. de CCAA 4 (Cataluña): PAFES: Plan de actividad física, deporte y salud (B2-10).
- 6- Interv. de CCAA 5 (Galicia): Proyecto de Prescripción básica de ejercicio físico en AP (B2-15).
- 7- Interv. de CCAA 6 (Baleares): Rutas saludables (B2-18).
- 8- Interv. de CCAA 7(C. Valenciana): Niñ@s en movimiento(A3-13).
- 9- Interv. de CCAA 8 (Andalucía): Por un millón de pasos (B1-21).

AF2. Intervenciones en el entorno urbano para promover la actividad física como transporte u ocio

Contempla diversas intervenciones comunitarias en el entorno urbano para potenciar la actividad física, mediante acciones en espacios públicos abiertos, edificios y transporte y movilidad, e integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía 1: Intervenciones entorno urbano para promover la actividad física (B1-4 y A1-6).
- 2- Interv. de la bibliografía: Programas para promover caminar (B1-13).
- 3- Interv. de la bibliografía: Programas para promover ir en bici (B1-24).
- 4- Interv. de la bibliografía: Transporte activo a la escuela y rutas seguras (A2-27).
- 5- Interv. de CCAA 1 (Andalucía): Escaleras es salud (A1-19).
- 6- Interv. de CCAA 2 (La Rioja): Paseos Saludables (A1-8 y B1-9).

AF3. Información y difusión sobre recomendaciones de actividad física por grupos de edad

Consiste en realizar recomendaciones de actividad física por grupos de edad, desarrollando para ello diferentes estrategias de difusión apropiadas para alcanzar a toda la población diana. La elaboración de recomendaciones se basa en las recomendaciones existentes a nivel internacional (OMS, NHS, Canadá, etc.), que serán adaptadas a la realidad poblacional de nuestro entorno. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Campañas en medios de comunicación para promover la actividad física entre niños y adolescentes con intervenciones comunitarias (A1-23).
- 2- Interv. de la bibliografía: Campañas masivas para promover la actividad física (B1-26).

AF4. Promoción de la actividad física en la infancia (0-5 años) a través del entorno educativo y familiar

Supone realizar recomendaciones e intervenciones concretas para la promoción de la actividad física en población de 0-5 años en el ámbito educativo, familiar y comunitario, ya que los entornos familiar y educativo (centros de educación infantil) son clave para la promoción de la actividad física de 0-5 años, existe evidencia científica de que toda la inversión en los primeros de años tendrá a largo plazo resultados positivos en la salud y existe un vacío en promoción de la actividad física en este grupo de edad. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Intervenciones para promover la actividad física en centros preescolares (A2 -23).
- 2- Esta intervención debe complementarse con promoción de la actividad física en el entorno familiar y comunitario (en la intervención de la bibliografía A2-23 se recoge la necesidad de promocionar la AF en este grupo de edad en el entorno familiar y comunitario).

ALC1. Cribado e intervención breve de alcohol a mujeres embarazadas y durante la lactancia

A toda mujer que planifica quedarse embarazada o está embarazada se le informará sobre los riesgos de consumir alcohol y que la mejor opción, durante el embarazo y la lactancia, es consumo 0. Además, se le hará cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve, si se considera pertinente. A las mujeres embarazadas con consumos nocivos se les remitirá a los programas y servicios apropiados. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Intervención de la bibliografía: Consejo y, si se considera oportuno, cribado e intervención breve a mujeres embarazadas y lactantes. (A3-10).

ALC2. Cribado e intervención breve (ib), en bebedores de riesgo y nocivo de alcohol, en AP

Consiste en la implantación del cribado y, si se considera oportuno IB, en la actividad cotidiana de los profesionales sanitarios de AP (médicos y enfermeras); con el fin de Prevenir los daños relacionados con el consumo de alcohol en personas mayores de 50 años, en bebedores de riesgo y nocivos de alcohol. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- Intervención de la bibliografía: Cribado e intervención breve alcohol en Atención Primaria. Código B2-3.

AN1. Intervenciones multifactoriales en mayores

Esta intervención parte de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), realizada por el entorno sanitario y/o social. De ella deriva un plan de cuidados y seguimiento individualizado, en el que se incorporan las preferencias y objetivos pactados con la persona mayor. Necesita un profesional “gestor de caso” que realice las valoraciones y seguimiento del plan de atención, así como un equipo coordinador-decisor multidisciplinar con sanitarios-servicios sociales. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: intervenciones complejas en ancianos (B2-7).
- 2- Interv. de la bibliografía: intervención interdisciplinar anciano frágil (B2-5).
- 3- Interv. de la bibliografía: intervención multifactorial anciano frágil (B2-6).
- 4- Interv. de la bibliografía: intervenciones preventivas a domicilio ancianos (B1-5).
- 5- Interv. de la bibliografía: intervenciones preventivas a domicilio ancianos (2) (B1-6).

BE1. Programas de parentalidad positiva

Consiste esencialmente en establecer recursos de formación y capacitación a padres en formato de talleres experienciales, en los que se abarcan diversos campos de interés tanto para las familias como para la sociedad: fomento de la corresponsabilidad doméstica y de la educación de los hijos, desarrollo de hábitos de alimentación saludables, prevención del consumo de drogas, fomento de la lectura y de los hábitos de estudio, prevención del abandono y del fracaso escolar, utilización adecuada del tiempo libre..., integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Triple P-Positive Parenting Program (A3-11).

Intervenciones detectadas tras revisar las existentes en las CCAA:

- 2- Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales, Martínez-González (2009), publicado por el Ministerio de Sanidad.
- 3- Crecer Felices en Familia: Un programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil, Junta de Castilla y León. M^a José Rodrigo López, Maíquez, Byrne, Rodríguez, Martín, Rodríguez y Pérez (2008).

D1. Consejo sobre alimentación saludable en consulta de AP

Consejo sobre alimentación saludable en las consultas de atención primaria, junto a consejo sobre actividad física y tiempo de ocio activo. Se incorporarán el consejo sobre estilos de vida saludables (alimentación saludable, actividad física, juegos y ocio

del niño), en los controles de salud de todos los niños y niñas que acuden al sistema público en Consulta de Pediatría. Además incorpora el cribado, basado en el seguimiento del peso y detección precoz del sobrepeso. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Cribado de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes – código A3-3.
- 2- Interv. de CCAA (Valenciana A3-14): Prevención del sobrepeso y obesidad y Detección de sobrepeso y obesidad en niños/as y adolescentes en el Programa de Supervisión de la salud Infantil (PSSI).
- 3- Interv. de CCAA (Andalucía B2-22-S) Consejo dietético en atención primaria.
- 4- Interv. B2-27S Intervenciones para mejorar la adherencia de los consejos sobre dieta para prevenir enfermedades crónicas.
- 5- Interv. B2-28S Consejos breves de estilos de vida. Alimentación en Atención Primaria.

D2. Promoción de alimentación saludable en entorno comunitario

Intervención comunitaria de apoyo y refuerzo a información y educación en entorno escolar y al consejo individual sanitario. Integra a las familias y los agentes intervinientes en el proceso de la alimentación y propone actividades realizadas en restaurantes, mercados y sector primario alimentario, como talleres de información sobre composición de alimentos, lectura e interpretación de etiquetados, alimentos autóctonos o la necesidad especial de disminuir consumo de sal, bebidas azucaradas y grasas trans y saturadas. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de CCAA 1 (BALEARES): L`escola al mercat (nueva: A2-46).
Basada en intervención de ASTURIAS iniciada hace 25 años.
- 2- Interv. de CCAA 2 (LA RIOJA): Alim sana, acti escolares y familiares código A2-14.
- 3- Interv. de CCAA 3 (ASTURIAS): Al sana y de producción ecológica código A2-37.

LES1. Evaluación e intervención multifactorial para la prevención de caídas en las personas mayores

En esta intervención, los profesionales de AP evaluarán de la persona mayor de 65 años para identificar aquellas con riesgo de caídas. Además, realizarán una intervención individualizada dirigida a personas mayores con caídas recurrentes o evaluadas como de riesgo aumentado, adaptada a la los factores de riesgo identificados. Se trata de una intervención individualizada, aunque se tendrá en cuenta el enfoque comunitario: la autonomía, las relaciones de las personas, los entornos próximos, las redes sociales..., integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de la bibliografía: Evaluación e intervención multifactorial para la prevención de caídas en las personas mayores de 65 años (B2-8 y B2-23).

LES2. Consejo e intervención para la prevención de lesiones en infancia y adolescencia

Intervención propuesta por la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Características principales: los profesionales de AP (pediatras y enfermeras/os):

- Evaluarán dentro del Programa de Salud infantil el entorno doméstico en términos de seguridad, indagarán en habilidades y riesgos intrafamiliares para prevenir accidentes domésticos.
- Realizarán recomendaciones concretas e individualizadas para un entorno doméstico seguro y de prevención de accidentes de tráfico.
- En las revisiones del programa de salud infantil y en las ocasiones propicias para ello, como es la atención por un accidente infantil, se recomienda aconsejar a los padres la instalación de equipamientos de seguridad (protectores de enchufes, alarmas contra incendios, vallas en escaleras, limitación de la temperatura del agua caliente) y la adopción de cuidados o precauciones (almacenamiento seguro de tóxicos y objetos punzantes, supervisión del lactante o niño) para convertir su casa en un hogar seguro.
- En las revisiones de salud de salud del primer año de vida debe desaconsejarse el uso de andadores.
- El pediatra y la enfermera debe aconsejar la instalación de vallas en las piscinas privadas cuando haya niños en su entorno.
- Los padres deben tener acceso inmediato al número de teléfono del Servicio de Información Toxicológica: 91 562 04 20.
- El establecimiento de programas nacionales o autonómicos de visitas domiciliarias a familias de riesgo social es un recurso que mejora las condiciones de éstas en temas preventivos de diversa índole (prevención del maltrato infantil, mejoras en las habilidades de los padres, disminución de la demanda de atención urgente), entre ellos destaca la prevención de accidentes infantiles en el hogar.
- El pediatra y la enfermera de atención primaria ofrecerán consejo sobre el uso de “sistemas de retención infantil” en el coche, uso de casco en bicicletas y ciclomotores, y educación vial en todas las revisiones del Programa de Salud Infantil y en las ocasiones propicias, como es el caso de atención por lesiones.
- Las campañas de ámbito comunitario han demostrado eficacia. El personal de atención primaria debe participar en las actuaciones de este tipo que se elaboran en la comunidad.

TAB1. Intervención multicomponente en prevención y control del consumo de tabaco

Se trata de una intervención sociosanitaria, con base local y alcance regional, e implica un esfuerzo colaborativo entre diferentes agentes sociales, sanitarios y educativos para generar un contexto social favorable a la prevención y abandono del consumo de tabaco. El componente sanitario incluye la red de centros de salud sin humo, otros centros sanitarios (centros de atención a conductas adictivas, colegios profesionales de farmacia y dentistas) y el servicio telefónico de información sobre tabaquismo y tratamiento de personas fumadoras (“quitline”), facilitando la atención a aquellas personas con mayores problemas de vulnerabilidad o de accesibilidad a los centros de salud. El componente comunitario persigue implicar a otros agentes locales (agentes sociales municipales, centros deportivos, clubes de jubilados y otros) en la realización de actividades de cribado de deshabituación tabáquica, consejo breve y derivación a los centros de salud. El componente educativo abarca a toda la comunidad educativa e incluye apoyo para la deshabituación tabáquica. Integra las siguientes intervenciones individuales:

- 1- Interv. de CCAA País Vasco: Municipios sin humo de tabaco (A1-7 y B1-8).
- 2- Interv. de CCAA Madrid: Red de Centros de Salud sin Humo (B2-16).
- 3- Interv. de CCAA Navarra: Programa de Ayuda a dejar de Fumar (PAF) (B2-26).
- 4- Interv. de País Vasco: Oferta de deshabituación tabáquica (B2-9).
- 5- Interv. de Cataluña: Programa Atención Primaria sin humo (B2-13 y A3-6).
- 6- Interv. de La Rioja: Programa de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de salud (B2-12).
- 7- Interv. de la bibliografía: Abordaje clínico del consumo de tabaco en el adolescente (A3-8).
- 8- Interv. de la bibliografía: Abordaje clínico del consumo de tabaco en mayores de 50 años (B2-1).
- 9- Interv. de la bibliografía: Tratamiento psicosocial de deshabituación tabáquica en la embarazada (A3-1).
- 10- Interv. de Madrid: Talleres de metodología consejo eficaz individual sobre estilos de vida saludable, B2-20.
- 11- Interv. de Madrid: Talleres de educación para la salud grupal en Centros de Atención Primaria (B2-19).
- 12- Interv. de Galicia: Formación sobre tabaquismo a los profesionales sanitarios (B2-4 y A3-4).
- 13- Interv. de Andalucía: Quitline (Servicio de información sobre tabaquismo y tratamiento de personas fumadoras) (B1-28).
- 14- Interv. de CCAA Andalucía: A no fumar me apunto (A2-40).
- 15- Interv. de CCAA Canarias: Programa de Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza Secundaria (ITES) (A2-20).
- 16- Interv. de CCAA Madrid: Protegiéndote (A2-45).
- 17- Interv. de semFyC: Formación en metodología para dar un consejo de salud para profesionales sanitarios.
- 18- Interv. de CCAA de Murcia: Formación en Consejos eficaces de estilos de vida.

Anexo 11. Composición Comité Intersectorial

La composición preliminar del Comité Intersectorial será la siguiente:

Ministerio de Economía y Competitividad:

Instituto de Salud Carlos III (Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación)

Ministerio Educación, cultura y deporte:

Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades (Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial - Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF)
Consejo Superior de Deportes (CSD)
Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD)

Ministerio de Fomento:

Dirección General de Arquitectura, Vivienda y Suelo: Subdirección General de Urbanismo

Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente:

Sección relacionada con productos Alimentarios (alcohol, productos agrícolas y ganaderos)
Secretaría de Estado de Medio Ambiente: Oficina Española de Cambio Climático y Dirección General de Calidad, Evaluación Ambiental y Medio Natural

Ministerio del Interior:

Policía nacional: vigilancia control regulaciones, violencia....
Dirección General de Tráfico (DGT)

CONSULTORES:

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)
Red Española de Ciudades Saludables
Ministerio de Industria, Energía y Turismo (Secretaría de Estado de Energía: Subdirección General de Planificación Energética y Seguimiento)
Red Española de Universidades Saludables

Anexo 12. Bases y principios metodológicos

En la elaboración de la estrategia y, como apoyo el proceso de implementación, se contemplan como bases y principios metodológicos el enfoque ecológico, los modelos y teorías de cambio de conductas o el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi para la integración de la equidad en las intervenciones, así como determinados marcos de planificación (entre otros, el modelo PRECEDE-PROCEED), que se describen a continuación.

La evidencia científica en salud pública no se basa en la habitual jerarquía empleada en el ámbito bio-sanitario, donde el ensayo clínico aleatorizado se considera el máximo paradigma de calidad. Para responder a cuestiones de salud pública, no siempre es posible, pertinente ni ético realizar este tipo de investigación. Esto es así porque el análisis de las intervenciones o políticas deben tener en cuenta un amplio abanico de aspectos y complejidades, interacciones entre diferentes efectos, etc. Cuestiones como aspectos contextuales, valores y consideraciones para la práctica, requieren otro tipo de metodologías del ámbito de las ciencias sociales y del comportamiento, como investigación cualitativa, encuestas, análisis económicos y estudios de “mapeo” de la práctica. Es lo que se denomina evidencia “sensible al contexto”.^{253,254}

Enfoque ecológico

El enfoque ecológico establece la importancia de los factores individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarios y de los relacionados con las políticas públicas, debido a su efecto en los cambios de conducta individuales y en la salud. Establece estos 5 factores como niveles de actuación o de influencia. Estos niveles están interrelacionados, y las acciones en cada uno de ellos se pueden sobreponer y los programas que trabajen a uno de los niveles pueden conseguir potenciar los resultados de los otros.^{255,256}

Este enfoque ecológico muestra las ventajas de las intervenciones multinivel, y su efectividad puede ser mayor, ya que las comunidades están formadas por individuos que interaccionan entre sí y en un contexto particular.^{255,256}

Modelos y teorías de cambio de conducta

Tras la identificación de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad basadas en la evidencia, para mejorar su efectividad a la hora de planificar su implementación pueden ser de utilidad determinadas herramientas como las teorías de cambios de conducta.

Existen diferentes teorías sobre cómo cambiar conductas individuales. De éstas, se detallan a continuación cuatro teorías aplicadas comúnmente en salud:

1. **Modelo de creencias de salud**^{255,257}: es el marco teórico en cambios de conducta relacionada con la salud más conocido y más usado, y puede ser de utilidad en la planificación de acciones. Es una teoría que descansa sobre dos variables, que en salud corresponden al deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud), y a la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud). De

acuerdo a este modelo, las percepciones de un individuo determinan su conducta. Las dimensiones del modelo serían:

- a. La susceptibilidad percibida: percepción subjetiva de cada individuo sobre la posibilidad de desarrollar una enfermedad determinada.
- b. La gravedad percibida: creencias sobre la gravedad de desarrollar una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez desarrollada, contemplando sus consecuencias médico-clínicas y sociales.
- c. Los beneficios percibidos: creencias del sujeto respecto a la efectividad de la acción recomendada para reducir el riesgo.
- d. Las barreras percibidas: aspectos negativos percibidos por el individuo de la acción recomendada para reducir el riesgo, como los costes tangibles o los psicológicos, o que sea doloroso.

Además de estos atributos, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos o estrategias para desencadenar el proceso de toma de decisiones, conocidos como claves para la acción. A su vez, también se ha hecho hincapié en la auto-eficacia, es decir, la confianza en uno mismo sobre la habilidad de llevar a cabo una acción

2. **Modelo transteórico o de etapas de cambio**^{255,256}: este modelo sugiere que los individuos se mueven a lo largo de cinco etapas, y que el cambio de conducta es un proceso:

- a. Pre-contemplación: no existe intención de cambiar la conducta en un futuro previsible (medido normalmente como los siguientes 6 meses). El individuo no es consciente del riesgo o niega las consecuencias del riesgo.
- b. Contemplación: se es consciente de la existencia de un problema y se piensa en abordarlo, pero aún no se ha realizado ningún compromiso para actuar.
- c. Preparación: existe intención de actuar en un futuro cercano (medido normalmente como dentro del siguiente mes) y es posible que haya tomado ya alguna acción.
- d. Acción: modificación de la conducta o del entorno para abordar un problema. El cambio es relativamente reciente (medido normalmente como los últimos 6 meses).
- e. Mantenimiento: se trabaja para mantener la conducta en un periodo largo de tiempo (más de 6 meses).

Intervenciones basadas en estas etapas han demostrado ser más efectivas que las genéricas, por ejemplo en la elaboración de materiales de educación para la salud.

3. **Teoría de la Acción Razonada / Teoría de la Conducta Planificada**^{256,258}: ambas teorías están asociadas, y exponen la existencia de factores relacionados con valores y expectativas que explican la conducta. Examinan las relaciones entre las creencias, las actitudes, las intenciones y la conducta. Se asume que la intención es el determinante más importante de la conducta. Según estos modelos, la intención en una conducta concreta está influenciada por:

- a. La actitud de la persona hacia llevar a cabo esa conducta.

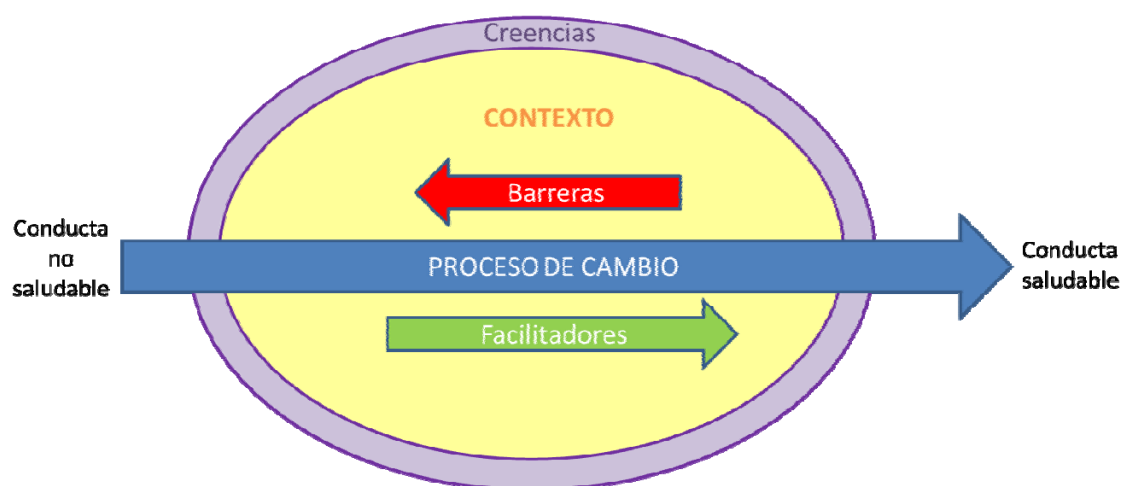
- b. La norma subjetiva: las creencias que la persona tiene sobre qué pensarán sobre esa conducta las personas que valora como importantes. Estos modelos asumen que otros factores, como la cultura o el entorno, influyen a través de los constructos²⁵⁹ del modelo.

La Teoría de la Conducta Planificada es una adaptación posterior de la Teoría de la Acción Razonada en la que se añade un constructo: el control percibido sobre esa conducta. Este constructo se refiere a las creencias que tienen las personas sobre su capacidad para controlar una conducta concreta.

4. **Teoría Social Cognitiva**²⁵⁸: se basa en la relación entre conducta, entorno (o ambiente) y factores personales; fenómeno denominado determinismo recíproco. Esta teoría se focaliza en los factores personales y del entorno o ambiente que influyen en la conducta. Para el cambio de conductas, esta teoría incluye cuatro componentes:
- a. Componente informativo para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias de una conducta.
 - b. Componente dirigido a proveer los medios para el cambio: habilidades para iniciar la acción.
 - c. Componente para capacitar en la perseverancia del uso de habilidades en situaciones difíciles.
 - d. Componente de apoyo social para abordar factores en el entorno que apoyen el cambio.

Teniendo en consideración estas teorías, la planificación e implementación de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad debería tener en cuenta los atributos relacionados con el proceso de cambio de conductas y las diferentes etapas en las que la población pueda encontrarse dentro de este proceso, y adaptar sus acciones al contexto que viva cada población. Las intervenciones deberían contener el máximo de elementos para impulsar el proceso de cambio, modificar creencias, minimizar las barreras y potenciar los facilitadores.

Figura 26: Elementos del proceso de cambio de conducta.



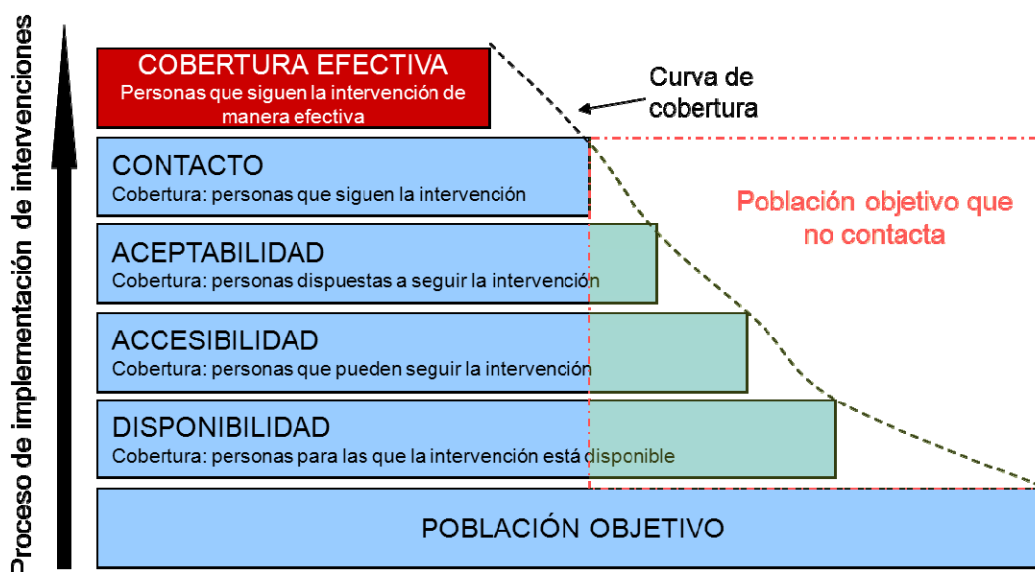
Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi para la integración de la equidad en las intervenciones

Desde el punto de vista de la equidad en salud, que es uno de los principios rectores de la estrategia, es importante identificar y caracterizar a los grupos poblacionales que no se benefician o se benefician menos de una intervención o no están accediendo a un determinado programa o servicio. Analizar las barreras y dificultades que están condicionando este acceso diferencial, y desarrollar intervenciones para reducir situaciones de inequidad en salud es un requisito no solo de equidad sino también de efectividad.

El modelo Tanahashi es un modelo para evaluar la cobertura efectiva de los programas o servicios de salud. En el proceso de acceso a los programas o servicios de salud se identifican cinco etapas o peldaños distintos. En cada uno de los peldaños existen barreras y facilitadores de acceso y es posible ir perdiendo parte de la población objetivo si las barreras existentes predominan sobre los facilitadores. A partir de este diagrama y de la suma de cobertura de los peldaños, se puede construir una curva de cobertura efectiva del servicio o programa de salud.

En la figura 27 se presenta el modelo adaptado a nivel de intervenciones a fin de reflexionar sobre su implementación y los pasos en los cuales puede ir perdiéndose población y por lo tanto cobertura.

Figura 27: Modelo de cobertura de Tanahashi adaptado.



Fuente: Adaptado de Tanahashi T, 1978

Definiciones de las cinco dimensiones o peldaños:

Dimensión	Definición	Factores asociados
Disponibilidad	Relación entre el volumen y tipo de recursos existentes para la intervención, programa o servicio, y los que necesita la población diana para lograr los objetivos que están previstos	Inexistencia de la intervención o sus equivalentes en un, determinado marco geográfico, insuficiencia a inadecuación de recursos humanos o económicos, equipamiento infraestructura...etc.
Accesibilidad	Factores que obstaculizan o facilitan que los individuos o poblaciones diana logren acceder a una intervención	<u>Física</u> : distancia, existencia de transporte, tiempo de transporte real, conectividad. <u>Financiera</u> : coste de transporte, gastos directos, gastos indirectos, pérdida de ganancia (ej: perder un día de trabajo) <u>Organizativa/Administrativa</u> : horarios de realización, requisitos administrativos para beneficiarse, modalidad de acceso, accesibilidad lingüística.
Aceptabilidad	Factores que obstaculizan o facilitan que la población diana o grupos sociales específicos acepten la intervención ofrecida, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que se beneficien de ella.	Asociados a factores sociales, culturales e históricos, religiosos, redes sociales, creencias, normas y valores existentes. Calidad del trato. Por ejemplo, los adolescentes necesitan privacidad, anonimato y autonomía para aceptar los servicios de salud sexual Para conocer estos factores habitualmente hay que preguntar a la propia población diana
Contacto o utilización de servicio	Factores que determinan el cumplimiento de los objetivos de la intervención, programa o servicio. Tienen que ver específicamente con el “contacto” del individuo o grupo con el personal, servicio o programa, que realiza la intervención y condiciona la adherencia o el abandono	Implica analizar el proceso de oferta de la intervención, o entrega del servicio, por ejemplo la calidad, la efectividad, el tiempo de demora, etc.
Cobertura efectiva	La proporción de la población diana que se beneficia de la intervención, y alcanza unos estándares definidos en los objetivos de la intervención, del programa o servicio.	

Referencias:

- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1978, 56(2): 295-303.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Documento de trabajo. Aspectos Teóricos y Metodológicos para el trabajo en las 92 Comunas Vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Santiago de Chile 2009.
- 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.

Modelos de planificación

Existen múltiples marcos de planificación que han resultado útiles en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones con varios enfoques y entornos de intervención, entre otros:^{255,260}

- **Modelo PRECEDE-PROCEED**: basado en la necesidad de realizar un diagnóstico multidimensional para determinar de manera más efectiva qué factores influyen en la salud de una comunidad. Consta de 9 fases que incluyen diagnóstico social, diagnóstico epidemiológico, diagnóstico conductual y

ambiental, diagnóstico educativo y organizativo (donde se estudian los factores que afectan a la conducta), diagnóstico administrativo y organizacional, implementación, y los tres últimos corresponden a la evaluación de proceso, impacto y resultados.²⁶⁰

- **Enfoque planificado de salud comunitaria (PATCH):** diseñado para ofrecer un enfoque estructurado para el desarrollo de intervenciones comunitarias adaptadas a las características locales y sus necesidades. Tiene tres componentes principales: movilización, diagnóstico e intervención comunitarias.²⁶⁰
- **Enfoque multinivel de salud comunitaria (MATCH):** Similar a PATCH en lo que respecta a la involucración de la comunidad en la planificación e implementación de la intervención.²⁶⁰
- **Mapeo de intervenciones (Intervention Mapping):** se compone de seis pasos.^{261,262}
 1. Valoración de necesidades.
 2. Creación de una matriz de objetivos del cambio, para cada nivel ecológico de planificación, que combine objetivos de actuación con los determinantes para producir los objetivos de cambio.
 3. Selección de métodos y estrategias prácticas basados en la teoría, para cambiar los determinantes del comportamiento de la salud, el comportamiento de los agentes del entorno y cambiar factores organizativos, comunitarios y sociales para modificar el entorno.
 4. Diseño y organización del programa.
 5. Plan de implementación.
 6. Plan de evaluación.

Algunos principios clave en planificación que pueden extraerse de estos marcos son:²⁵⁵

- Los datos deben guiar el desarrollo de los programas.
- Participación de la comunidad.
- Abordar en la intervención más de un nivel del marco ecológico.
- La capacidad de la comunidad en promoción de la salud debe ser potenciada.
- La evaluación debe enfatizar el feedback (también a la comunidad) y la mejora del programa.

Brownson et al destacan que los diferentes marcos de planificación permiten identificar unos pasos en el diseño de una intervención de salud pública:²⁵⁵

1. Desarrollar alianzas con organizaciones, agencias y miembros de la comunidad apropiados para la intervención.
2. Revisar datos de salud y determinar los factores que contribuyen a la salud.
3. Realizar un análisis completo de la comunidad.
4. Revisar la literatura científica para identificar programas y políticas.
5. Analizar viabilidad y capacidad de adaptación de la intervención con aquellos agentes relacionados y afectados con la intervención, para identificar potenciales barreras y facilitadores.
6. Seleccionar y adaptar la intervención o programa.
7. Obtener apoyo en el entorno en el que se va a llevar a cabo la intervención.

8. Desarrollar un modelo lógico de intervención, especificando objetivos y acciones.
9. Desarrollar el plan de evaluación.
10. Desarrollar el plan de trabajo y cronograma.
11. Analizar las necesidades de recursos.
12. Identificar y formar a los trabajadores.
13. Pilotar la intervención y la evaluación.
14. Monitorizar y evaluar el programa.
15. Utilizar los resultados de la evaluación para modificar la intervención acorde a los mismos.

Referencias

- ¹ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).
- ² Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>).
- ³ Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud, reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (Consultado el 29/06/2011). http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
- ⁴ World Health Assembly (2009a). World Health Assembly resolution WHA62.14 on Reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
- ⁵ World Health Assembly (2012). World Health Assembly resolution WHA65.8, Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. World Health Organization http://www.who.int/sdhconference/background/A65_R8-en.pdf
- ⁶ World Health Organization. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, 21 de octubre de 2011. Río de Janeiro, 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- ⁷ European Commission. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU". Brussels: European Commission; 2009 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf
- ⁸ Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Disease, 19-20 Sept 2011. New York, NY, United Nations, 2011 (DocA/66/L.1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1).
- ⁹ Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ¹⁰ Proyecto de plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-sp.pdf)
- ¹¹ Convenio marco de la OMS para el control del tabaco (resolución WHA56.1); Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario, actividad física y salud (resolución WHA57.17); Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13).
- ¹² Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS, Geneva 2012. (Doc EB130.R11. http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf)
- ¹³ Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-sp.pdf)
- ¹⁴ Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (doc EUR/RC61/12, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf).
- ¹⁵ "Vienna Declaration on Nutrition and Non-communicable Diseases in the Context of Health 2020", outcome of the WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Non-communicable Diseases in the Context of Health 2020 Vienna 4–5 July 2013.
- ¹⁶ "Ashgabat Declaration on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases in the Context of Health 2020", outcome of the WHO European Ministerial Conference on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases in the Context of Health 2020. Ashgabat 3–4 December 2013.
- ¹⁷ Reflection process: Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems. Council of the European Union. Brussels, 2012. (http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/reflection_process/documents/index_en.htm).
- ¹⁸ White Paper on a "Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues" COM(2007) 279.
- ¹⁹ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on "An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm" COM(2006) 625.

- ²⁰ Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco.
- ²¹ Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco.
- ²² Pacto europeo para la salud mental y el bienestar.
(http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf).
- ²³ The Madrid International Plan of Action on Ageing. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2002.
- ²⁴ Regional implementation strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2002
(<http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=bRh2R09UA6g%3d&tabid=330>).
- ²⁵ <http://www.who.int/ageing/es/index.html>
- ²⁶ World Health Assembly resolution WHA65.3 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing. Geneva, World Health Organization, 2012
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-en.pdf).
- ²⁷ Declaración de Río. Rio de Janeiro Longevity Forum. Octubre 2013. Disponible en: http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2013/11/RIO-DECLARATION-FINAL_English-FINAL.pdf.
- ²⁸ Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. OMS-Eur 2012
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.
- ²⁹ Resolución del Parlamento Europeo, de 6 de febrero de 2013, sobre la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable (2012/2258(INI)). Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Brussels, European Commission, 2011. Disponible en: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steeringgroup/implementation_plan.pdf.
- ³⁰ Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf.
- ³¹ Presidencia Española de la UE 2010: Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/presidenciaUE.htm.
- ³² Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Swift T. Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: health equity training process in Spain. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 9 (Case studies). Geneva, World Health Organization, 2013.
- ³³ Movimiento natural de la población e indicadores demográficos básicos. INE 2012
- ³⁴ Indicadores clave del SNS. Instituto de información sanitaria. MSSSI (BD 20 Agosto 2013).
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
- ³⁵ Eurostat health indicators(acceso 13_09_13 en
[http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&he](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920)
[ight=450&width=920](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920)).
- ³⁶ EUR/RC61/12 Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011
(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2011/eurrc6112-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
- ³⁷ R. Gènova-Maleras, E. Álvarez-Martín, C. Morant-Ginestar, N. Fernández de Larrea-Baz, F. Catalá-López, Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: An updated and policy-oriented overview, Public Health, Volume 126, Issue 12, December 2012, Pages 1024-1031
- ³⁸ Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic

Forum.(http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).

³⁹ OCDE. "The future of healthcare in Europe", The Economist Intelligence Unit Limited 2011. Disponible en: (http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIU-Janssen%20Healthcare_Web%20version.pdf)

⁴⁰ Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. CMBD – Año 2010[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

⁴¹ Suhrcke M, et al. Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E y McKee M. Caring for people with chronic conditions. European observatory on health systems and policies. EU, OMS et al 2008

⁴² Busse, R, et al. Tackling chronic diseases in Europe. European observatory on health systems and policies. EU, OMS et al 2010.

⁴³ Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2224–60. Disponible en: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>

⁴⁴ Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. Prev Med 2007 Feb;44(2):124–8.

⁴⁵ Ford ES, Bergmann MM, Kroger J, Schienkiewicz A, Weikert C, Boeing H. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. Arch Intern Med 2009 Aug 10;169(15):1355–62.

⁴⁶ Banegas José R., Rodríguez-Artalejo Fernando, Graciani Auxiliadora. INTERACCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2002 Feb [citado 2013 Sep 19] ; 76(1): 01-05. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100001&lng=es.

⁴⁷ Majid Ezzati, PhD, Stephen Vander Hoorn, MSc, Anthony Rodgers, FAFPHM, Alan D Lopez, PhD, Colin D Mathers, PhD, Christopher JL Murray, MD, the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. The Lancet, Volume 362, Issue 9380, 26 July 2003, Pages 271–280. [citado 2013 Sep 19] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13968-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13968-2)

⁴⁸ Respuesta a la DGSANCO sobre el proceso de consulta en enfermedades crónicas. European Union Health Forum. 2012. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/hpf_response_consultation_cd_en.pdf.

⁴⁹ WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.

⁵¹ EU Working Group Sport and Health. EU Physical Activity Guidelines. Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/sport/documents/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf

⁵² Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Educación. Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspa%20nol.pdf>

⁵³ Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease in life expectancy. Lancet 2012; 380: 219–29.

⁵⁴ Department of Health. Physical Activity, Health Improvement and Prevention. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. 2004.

⁵⁵ US Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Disponible en: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx#toc>

⁵⁶ Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. Br J Sports Med 2009; 43(1):1–2.

- ⁵⁷ American College of Sports Medicine. Position Stand. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2001;43(7):1334-1359.
- ⁵⁸ WHO Regional Office for Europe. Steps to health: A European Framework to Promote Physical Activity for Health. World Health Organization, 2007.
- ⁵⁹ Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37: 540-542.
- ⁶⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
- ⁶¹ Los hábitos deportivos de la población escolar española: Estudio. CSD. 2011. Disponible en https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descargas.action?f_codigo=14797&codigoOpcion=3
- ⁶² Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can J Appl Physiol* 2004; 29(1):90-115.
- ⁶³ Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shephard RJ. The economic burden of physical inactivity in Canada. *Can J Appl Physiol* 2000;163(11):1435-40.
- ⁶⁴ Atlas Sport Consulting. Estudio del impacto económico de la práctica deportiva en el gasto sanitario. Congreso Internacional sobre Actividad Física y Salud. 2006.
- ⁶⁵ Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO 2004.
- ⁶⁶ Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the context of health 2020. WHO. Ministerial Conference Vienna 4-5 julio 2013.
- ⁶⁷ Estrategia de cardiopatía isquémica SNS 2009. MSSSI.
- ⁶⁸ Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. J R Banegas et al *Rev San Hig Púb* 1993, Val. 67, No. 6
- ⁶⁹ Retelny VS, Neuendorf A, Roth JL. (2008). Nutrition protocols for the prevention of cardiovascular disease. *Nutr Clin Pract* 23 (5):468-76.
- ⁷⁰ Ascherio A. (2002). Epidemiologic studies on dietary fats and coronary heart disease. *Am J Med* 113 Suppl 9B:9S-12S.
- ⁷¹ Dauchet L, Czernichow S, Bertrais S et al. (2006). Fruits and vegetables intake in the SU.VI.MAX study and systolic blood pressure change. *Arch Mal Coeur Vaiss* 99: 669-73
- ⁷² He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. (2007). Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens* 21: 717-28.
- ⁷³ Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez JA, Martínez-González MA; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279-90.
- ⁷⁴ De Lorgeril M, Salen P. (2012). New insights into the health effects of dietary saturated and omega-6 and omega-3 polyunsaturated fatty acids. *BCM Med* 10:50.
- ⁷⁵ Muñoz-Pareja M, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations--a cross-sectional study. *PLoS One*. 2012;7(6):e39454.
- ⁷⁶ Estrategia de Diabetes del SNS.2012.
- ⁷⁷ WCRF, 1997; Key *et al.*, 2002; WHO-FAO, 2003; Riboli, E., 2003.
- ⁷⁸ Estrategia del cáncer del SNS. 2006.
- ⁷⁹ ENS 2011-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
- ⁸⁰ 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. Disponible en: <http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/web/documentos/seccion/estudios.shtml>
- ⁸¹ Encuesta Europea de Salud en España 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf

- ⁸² León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012 Oct;142(10):1843-50.
- ⁸³ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Disponible en: http://www.aesan.mssi.gob.es/AESAN/web/notas_prensa/consumo_espanoles_sal.shtml.
- ⁸⁴ Panel de consumo alimentario del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Disponible en: <http://www.magrama.gob.es/es/prensa/noticias/el-consumo-alimentario-en-los-hogares-espanoles-crece-un-5,9-en-el-mes-de-julio-de-2013/tcm7-296061-16>.
- ⁸⁵ Libro blanco "Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas" Asociación de economía de la salud y Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). 2003.
- ⁸⁶ Prevención de los problemas derivados del alcohol. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ⁸⁷ Encuesta Nacional de Salud 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ⁸⁸ Soler-Vila H, Galán I, Valencia-Martín JL, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Binge Drinking in Spain, 2008-2010. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Oct 24. [Epub ahead of print].
- ⁸⁹ Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2010. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf.
- ⁹⁰ Ganar Salud con la Juventud 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ⁹¹ Alcohol. Informes de la Comisión Clínica. PNSD. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- ⁹² Wech-Carre E (2005) The neurodevelopmental consequences of prenatal alcohol exposure. *Advances in Neonatal Care* 5:217-7.
- ⁹³ Gray R & Herderson (2006) Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure. Report to the Oxfors: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- ⁹⁴ Alcohol in Europe A public health perspective. European Commission. Health & Consumer Protection Directorate General. 2006.
- ⁹⁵ García-Sempere, A; Portella, E. Los estudios de coste del alcoholismo: Alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones* 2002; 14 (suple 1): 141-153.
- ⁹⁶ Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011. Advertencia sobre los peligros del tabaco. Organización Mundial de la Salud, 2011.
- ⁹⁷ Parkin DM. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011 Dec 6;105 Suppl 2:S6-S13.
- ⁹⁸ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General (2004).
- ⁹⁹ Regidor E, Gutiérrez, Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
- ¹⁰⁰ López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control*. 2007 Dec;16(6):373-7.
- ¹⁰¹ Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011 Feb 12;136(3):97-102.
- ¹⁰² Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados. Secretaría General de la Comisión Europea, Bruselas, 20 de Diciembre 2012.
- ¹⁰³ Commission Staff Working Document. Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments (2009/C 296/02).
- ¹⁰⁴ Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012.
- ¹⁰⁵ Jarvis A. A study on liability and the health costs of smoking. DG SANCO (2008/C6/046) Updated Final Report. GHK, University of Exeter and the Public Health Advocacy Institute. April 2012.
- ¹⁰⁶ Camarrelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC; grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013 Mar 16;140(6):272.e1-272.e12.
- ¹⁰⁷ Vitikainen K., Pekurinen M., Kiiskinen U., Mikkola H. (2006). Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Helsinki: Stakesin raportteja 1/2006. [Viitattu: 29.8.2008]. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra1-2006.pdf>. Referenciado en Commission Staff. Working Document. Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments (2009/C 296/02): 15.

¹⁰⁸ Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Comité nacional para la Prevención del tabaquismo, Abril 2009.

¹⁰⁹ López MJ, Fernández E, Pérez-Ríos M, Martínez-Sánchez JM, Schiaffino A, Galán I, Moncada A, Fu M, Montes A, Saltó E, Nebot M. Impact of the 2011 Spanish smoking ban in hospitality venues: indoor secondhand smoke exposure and influence of outdoor smoking. *Nicotine Tob Res.* 2013 May;15(5):992-6.

¹¹⁰ Agüero F, Dégano IR, Subirana I, Grau M, Zamora A, Sala J, Ramos R, Treserras R, Marrugat J, Elosua R. Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: the REGICOR Study. *PLoS One.* 2013;8(1):e53722.

¹¹¹ Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, Gandarillas A, Ortiz H. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health.* 2007 Aug 30;7:224.

¹¹² WHO. Strengthening mental health promotion, Ginebra 2001.

¹¹³ Jané-Llopis, Anderson (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. Disponible en : <http://www.imhpa.net>.

¹¹⁴ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm.

¹¹⁵ Sierra JC, Ortega V, Zubeidat. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Mal-Estar Subj.* Marzo 2003 Vol3 n.1.

¹¹⁶ McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med.* 1993;153:2093-2101.

¹¹⁷ Grupo de salud mental del PAPPs. MC Fernández Alonso et al. Prevención de los trastornos de salud mental. *Aten Primaria.* 2012;44 Supl 1:52-56

¹¹⁸ Vives Iglesias AE. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología de la salud.* Noviembre 2007.

¹¹⁹ Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2008 April 1; 51(13): 1237-1246.

¹²⁰ Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. *JACC Vol 45, nº 5, March 1, 2005:637-51.*

¹²¹ Scully D, Kremer J, Meade MM, Graham R, Dudgeon K. Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med* 1998;32:111-120.

¹²² Oliver G, Wardle J, Gibson L. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine* 62:853-865(2000).

¹²³ Van den Berg AE, Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP. Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science&Medicine* 70 (2010) 1203-1210.

¹²⁴ Mitchell, R. and Shaw, R. (2008) Health impacts of the John Muir Award. Glasgow: University of Glasgow.

¹²⁵ The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701.

¹²⁶ Antoni MH, Lutgendorf SK, Cole SW, Dhabhar FS, Sephton SE, Mc Donald PG et al. The influence of bio-behavioural factors on tumor biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer* 2006; 6(3):240-248.

¹²⁷ National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Fact Sheet Psychological Stress and Cancer: Questions and Answers; [revisada el 29 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress>.

¹²⁸ Tilan J, Kitlinska J. Sympathetic Neurotransmitters and Tumor Angiogenesis- Link between Stress and Cancer Progression.

- ¹²⁹ M Novak, L Björck, K W Giang, C Heden-Stahl, LWilhelmsen and A Rosengren. Research: Epidemiology. Perceived stress and incidence of type 2 diabetes: a 35-year follow-up study of middle-aged Swedish men. *Diabetic medicine* Vol 30, nº 1, Jan 2012:e8-e16.
- ¹³⁰ Encuesta Nacional de Salud 2006 y 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.
- ¹³¹ Cano-Vindel A. Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*. 2011, 17(1), 75-97.
- ¹³² Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del MSSSI.
- *Para el año 2012 sólo se dispone de datos para el periodo Enero-Junio. Se ha hecho una estimación del consumo multiplicándolo por 2.
- ¹³³ Dato obtenido a partir del "Listado de agrupaciones homogéneas de medicamentos y precios menores" de julio 2012 de acuerdo con lo previsto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- ¹³⁴ Return on Investment for Mental Health Promotion: Parenting Programs and Early Child Development. Universidad de Alberta, Canadá, 2012. Disponible en: [http://www.ihe.ca/documents/Revised%20Economic%20Model%20of%20Early%20Investment%20Final%20Report%20January%202012%20\(1\).pdf](http://www.ihe.ca/documents/Revised%20Economic%20Model%20of%20Early%20Investment%20Final%20Report%20January%202012%20(1).pdf)
- ¹³⁵ Mental Health Network. NHS Confederation. Long-term health gains. Briefing. April 2012 Issue 237.
- ¹³⁶ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
- ¹³⁷ The global burden of disease: 2004 update.
- ¹³⁸ Instituto Nacional de Estadística.
- ¹³⁹ Anuario estadístico de accidentes. DGT.
- ¹⁴⁰ Encuesta Nacional de Salud de España.
- ¹⁴¹ Programa de Prevención de Lesiones: Detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. Instituto Nacional de Consumo.
- ¹⁴² Principales cifras de siniestralidad vial 2011.
- ¹⁴³ European Report of Child Injury Prevention. World Health Organization 2008.
- ¹⁴⁴ Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- ¹⁴⁵ Lesiones Medulares y Traumatismos craneoencefálicos. España 2000-2008 MSSSI.
- ¹⁴⁶ Portal GuíaSalud. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>.
- ¹⁴⁷ Programas PAPPs y PACAP. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud PAPPs. Barcelona semFYC 2013. Acceso 3-9-2013. Disponible en: <http://www.papps.org/>. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria PACAP. Barcelona semFYC 2013. Acceso 3-9-2013. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/>.
- ¹⁴⁸ Programas de promoción del desarrollo positivo del adolescente como "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes", publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y disponible "on line" en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/adolescentes.htm>.
- ¹⁴⁹ Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad (Adoptada por el Comité de Ministros el 13 de diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los Delegados de los Ministros). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/recomendacion.pdf> y <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>.
- ¹⁵⁰ 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: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm.
- ¹⁵¹ Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social 2009. Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo.
- ¹⁵² Instituto Nacional de Estadística, Censo de Poblaciones y Viviendas 2011. Consultado en www.ine.es

- ¹⁵³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf.
- ¹⁵⁴ Instituto de la Mujer. Explotación específica de la Encuesta de Población Activa, INE. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/familiaHogares/famMonoparentales/2011/FamMonoNumHij.xl>.
- ¹⁵⁵ González-Bueno G, Bello A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. UNICEF España, 2012.
- ¹⁵⁶ Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Estado de salud, valores porcentuales. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.pdf.
- ¹⁵⁷ Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Consultado en: www.ine.es.
- ¹⁵⁸ Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilibrador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. 2007. http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf.
- ¹⁵⁹ Guía para la prevención de defectos congénitos. MSSSI. 2006 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/malformCongenitas.pdf>.
- ¹⁶⁰ American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J Am Diet Assoc 2002; 102: 1479-1490.
- ¹⁶¹ Soriguer F, Rojo-Martínez G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catala M, Merelo MJ, Beltrán M, Tinahones FJ. Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. Eur J Epidemiol 2004; 19(1):33-40.
- ¹⁶² Galtier-Dereure F, Boegener C, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. Am J Clin Nutr 2000; 71: 1242S-1248S.
- ¹⁶³ Emilia Bailón Muñoz y M^a Angeles Rodríguez Rozalén. Hábitos de vida y gestación, Guía para la prevención de defectos congénitos, 76-88. M^a de Sanidad y Consumo 2006.
- ¹⁶⁴ Australian Health Ministers' Advisory Council. *Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care*. Australian Government Department of health and Ageing. Canberra. 2012. <http://www.health.gov.au/antenatal>
- ¹⁶⁵ NHS. NHS choice Your health, your choices. *Exercise in pregnancy- Pregnancy and baby guide*. [En línea] [Citado el: 11 de septiembre de 2013.] <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/pregnancy-exercise.aspx#close>.
- ¹⁶⁶ Nice clinical guidelines. CG62 Antenatal care. [En línea] 2008 (revisado 2010). [Citado el: 11 de Septiembre de 2013.] <http://www.publications.nice.org.uk/antenatal-care-cg62/guidance#lifestyle-considerations>.
- ¹⁶⁷ Setting standards to improve women's health. Exercise in pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG. 2006, Vol. Statement No 4.
- ¹⁶⁸ Casajús, José Antonio y Vicente-Rodríguez, Germán. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet. s.l.: Consejo Superior de Deportes. Subdirección general de deporte y salud. Presidencia del Gobierno. Diciembre 2011.
- ¹⁶⁹ Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. Melzel, K, y otros, y otros. 6, 2010, Sports Med., Vol. 40, págs. 493-507.
- ¹⁷⁰ Public Health Agency of Canada. The Sensible Guide to a Healthy Pregnancy. [En línea] 2011. [Citado el: 8 de septiembre de 2013.]. Disponible en: www.healthycanadians.ca/pregnancy.
- ¹⁷¹ Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. Montoya Arizabeta, AV, y otros, y otros. 4, 2010, J. Physiother, Vol. 56, págs. 253-258.
- ¹⁷² Living in Toronto. Physical activity. [En línea] Febrero de 2010. [Citado el: 11 de Septiembre de 2013.] http://www.toronto.ca/health/pa_index.htm#006.
- ¹⁷³ Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Para una maternidad saludable. Nueve meses para compartir. s.l.: Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria., 2012.
- ¹⁷⁴ Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Artal, R y O'Toole, M. 1, 2003, Br. J. Sports Med., Vol. 37, págs. 6-12.
- ¹⁷⁵ Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Pate, RR, y otros, y otros. 5, 1995, JAMA, Vol. 273, págs. 402-407.

- ¹⁷⁶ Grupo de Trabajo "Tabaco y Mujer" de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. Guía de Práctica Clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- ¹⁷⁷ Rogers JM. Tobacco and pregnancy. *Reprod Toxicol*. 2009 Sep;28(2):152-60.
- ¹⁷⁸ George L, Granath F, Johansson AL, Annerén G, Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*. 2006 Sep;17(5):500-5.
- ¹⁷⁹ Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol*. 1999 Apr;93(4):622-8.
- ¹⁸⁰ Chelmow D, Andrew DE, Baker ER. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet Gynecol*. 1996 May;87(5 Pt 1):703-6.
- ¹⁸¹ Shi M, Wehby GL, Murray JC. Review on genetic variants and maternal smoking in the etiology of oral clefts and other birth defects. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2008 Mar;84(1):16-29.
- ¹⁸² Kyrklund-Blomberg NB, Cnattingius S. Preterm birth and maternal smoking: risks related to gestational age and onset of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1998 Oct;179(4):1051-5.
- ¹⁸³ Nabet C, Lelong N, Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity: results of the EUROPOP study. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(10):715-21.
- ¹⁸⁴ Kyrklund-Blomberg NB, Granath F, Cnattingius S. Maternal smoking and causes of very preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 Jun;84(6):572-7.
- ¹⁸⁵ Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Hum Dev*. 2007 Nov;83(11):713-20.
- ¹⁸⁶ Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol*. 2001 Aug 15;154(4):322-7.
- ¹⁸⁷ Högberg L, Cnattingius S. The influence of maternal smoking habits on the risk of subsequent stillbirth: is there a causal relation? *BJOG*. 2007 Jun;114(6):699-704.
- ¹⁸⁸ Gunnerbeck A, Wikström AK, Bonamy AK, Wickström R, Cnattingius S. Relationship of maternal snuff use and cigarette smoking with neonatal apnea. *Pediatrics*. 2011 Sep;128(3):503-9.
- ¹⁸⁹ Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health*. 2006 Apr-Jun;21(2):81-103.
- ¹⁹⁰ Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*. 2003 Jun;160(6):1028-40.
- ¹⁹¹ Gatzke-Kopp LM, Beauchaine TP. Direct and passive prenatal nicotine exposure and the development of externalizing psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007 Dec;38(4):255-69.
- ¹⁹² Haghighi A, Schwartz DH, Abrahamowicz M, Leonard GT, Perron M, Richer L, Veillette S, Gaudet D, Paus T, Pausova Z. Prenatal Exposure to Maternal Cigarette Smoking, Amygdala Volume, and Fat Intake in Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2012
- ¹⁹³ Cupul-Uicab LA, Skjaerven R, Haug K, Melve KK, Engel SM, Longnecker MP. In utero exposure to maternal tobacco smoke and subsequent obesity, hypertension, and gestational diabetes among women in the MoBa cohort. *Environ Health Perspect*. 2012 Mar;120(3):355-60.
- ¹⁹⁴ England LJ, Levine RJ, Mills JL, Klebanoff MA, Yu KF, Cnattingius S. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Oct;189(4):939-43.
- ¹⁹⁵ Wikström AK, Cnattingius S, Stephansson O. Maternal use of Swedish snuff (snus) and risk of stillbirth. *Epidemiology*. 2010 Nov;21(6):772-8.
- ¹⁹⁶ Wikström AK, Cnattingius S, Galanti MR, Kieler H, Stephansson O. Effect of Swedish snuff (snus) on preterm birth. *BJOG*. 2010 Jul;117(8):1005-10.
- ¹⁹⁷ Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Influence of smoking and snuff cessation on risk of preterm birth. *Eur J Epidemiol*. 2012 Apr;27(4):297-304.
- ¹⁹⁸ The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. — [Atlanta, Ga.]: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, [2006]: 242-243.
- ¹⁹⁹ Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP, 2010.

- ²⁰⁰ Nieuwenhuijsen MJ, Dadvand P, Grellier J, Martinez D, Vrijheid M. Environmental risk factors of pregnancy outcomes: a summary of recent meta-analyses of epidemiological studies. *Environ Health*. 2013 Jan 15;12(1):6.
- ²⁰¹ Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 Apr;127(4):734-41.
- ²⁰² ASH Scotland: Tobacco use and pregnancy. September 2012. Disponible en: <http://www.ashscotland.org.uk/media/3837/Tobaccoandpregnancy.pdf>. Accedido en febrero 2013.
- ²⁰³ Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E; Grupo Periférico del ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc)*. 2005 Jan 29;124(3):86-92.
- ²⁰⁴ Medical-Care Expenditures Attributable to Cigarette Smoking During Pregnancy -- United States, 1995. *MMWR* November 07, 1997 / 46(44);1048-1050. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049800.htm>. Accedido en febrero 2013.
- ²⁰⁵ Mullen PD, Richardson MA, Quinn VP, Ershoff DH. Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *Am J Health Promot*. 1997 May-Jun;11(5):323-30.
- ²⁰⁶ Floyd RL, Rimer BK, Giovino GA, Mullen PD, Sullivan SE. A review of smoking in pregnancy: effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Annu Rev Public Health*. 1993; 14:379-411.
- ²⁰⁷ Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health*. 1990;80:541-544.
- ²⁰⁸ Alcohol, embarazo y alteraciones infantiles. Guerri, C y Rubio, V. 2-8 de Junio de 2006, JANO, Vol. 1611, págs. 29-33.
- ²⁰⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Alcohol durante el Embarazo. 2007.
- ²¹⁰ Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology and developmental outcomes. O'Leary, CM. 2004, *J Paediatr Child Health*, Vol. 40, págs. 2-7.
- ²¹¹ Alcolea Flores, Silvia y Mohamed Mohamed, Dina. *Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona*. s.l.: INGESA, 2011.
- ²¹² Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: introducing the 4-digit diagnostic code. Astley, SF y Clarren, SK. 4, 2000, *Alcohol*, Vol. 35, págs. 276-284.
- ²¹³ A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. Hoyme, HE, y otros, y otros. 2000, *Pediatrics*, Vol. 115, págs. 39-47.
- ²¹⁴ Les enfants des parents alcooliques: anomalies observées a propos de 127 cas. Lemoine, P, y otros, y otros. 1968: s.n., *Quest Medical*, Vol. 25, págs. 476-482.
- ²¹⁵ Australia Government. Health Direct Australia. Pregnancy, birth and baby. *Your physical and emotional wellbeing*. [En línea] 12 de 2012. [Citado el: 4 de 11 de 2013]. Disponible en: <http://www.pregnancybirthbaby.org.au/your-physical-and-emotional-wellbeing>.
- ²¹⁶ Government of Western Australia. Department of health. Women & Newborn Health Service - Western Australia. *Emotional Health for Parents*. [En línea] [Citado el: 5 de 11 de 2013.] http://www.wnhs.health.wa.gov.au/health/emotional_health/becoming_parent.htm.
- ²¹⁷ Government of Western Australia. Department of Health. *Becoming a Parent. Emotional Health and Wellbeing*. 2009.
- ²¹⁸ NHS. Health Scotland. Scottish Government. Maternal and Early Years. *The importance of pregnancy and parenting for positive mental health*. [En línea] 24 de 9 de 2010. [Citado el: 4 de 11 de 2013.] <http://www.maternal-and-early-years.org.uk/the-importance-of-pregnancy-and-parenting-for-positive-mental-health>.
- ²¹⁹ El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé prematuro de bajo peso. García Villanova, F, y otros, y otros. 2, 2013, *Clínica Contemporánea*, Vol. 4, págs. 171-183.
- ²²⁰ Abordaje psicoanalítico del primer embarazo. Pichardo Urrutia, A.C. y Góngora Lastra, C.M. 2, Abril-Junio de 2013, *Acta Médica Grupo Ángeles*, Vol. 11.
- ²²¹ Heckman, J. The Economics of Inequality: The Value of Early Childhood Education. *J American Educator*, 2011; 35(1): 31-35, 47. Disponible en: <http://www.aft.org/pdfs/americaneducator/spring2011/Heckman.pdf>.
- ²²² Woodhead M, Oates J. La primera infancia en perspectiva. Programas eficaces para la primera infancia. Disponible en: http://www.bernardvanleer.org/Programas_eficaces_para_la_primera_infancia.
- ²²³ Tasa interna de retorno o tasa interna de rentabilidad (TIR) es la rentabilidad promedio (geométrico) de una inversión. Es aquella tasa que, aplicada a un flujo futuro de fondos, hace que el valor actual neto sea igual a cero.

- ²²⁴ Heckman J, Tremblay R. The Case for Investing in Early Childhood. A Snapshot of Research. The Smith Family Research & Development. 2006. Disponible en: http://www.thesmithfamily.com.au/webdata/resources/files/Heckman_Tramblay_Snapshot_April_2006_B4F68.pdf.
- ²²⁵ CDSS. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. OMS. 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
- ²²⁶ Heckman, J, Stixrud J, Urzua S. The Effects Of Cognitive and Noncognitive Abilities On Labor Market Outcomes and Social Behavior. *Journal of Labor Economics*, 2006, 24: 411-482. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w12006>.
- ²²⁷ The Marmot Review (2010) Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=ix+xbz6nHs>.
- ²²⁸ NICE. Social and emotional wellbeing in primary education. NICE Public Health Guidance, 2008.
- ²²⁹ NICE. Social and emotional wellbeing in secondary education. NICE Public Health Guidance, 2009.
- ²³⁰ Proyecciones de población a largo plazo 2012-2052. INE 2012.
- ²³¹ Oxley H. Policies for healthy ageing: an overview. Health committee. OCDE 2009. Disponible en: <http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282009%291&docLanguage=En>.
- ²³² The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060) Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf.
- ²³³ Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012, vol 380 (9836):37-43.
- ²³⁴ Las personas mayores en España 2010. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013.
- ²³⁵ Prevención de la dependencia en personas mayores. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- ²³⁶ Informe Mundial sobre la discapacidad. OMS, Ginebra, 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/index.html.
- ²³⁷ Gómez M., Hernández J., Martín EM. La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. *Presupuesto y Gasto Público* 66/2012: 127-148.
- ²³⁸ Dementia: a public health priority. World Health Organization, Geneva, 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012.
- ²³⁹ Ziegler-Graham K et al. Worldwide variation in the doubling time of Alzheimer's disease incidence rates. *Alzheimer's and Dementia*, 2008, 4 (5): 316-323.
- ²⁴⁰ Gustavsson et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsych.* (2011) 21, 718-779.
- ²⁴¹ Boada, M., Pena-Casanova, J., Bermejo, F., Guillen, F., Hart, W.M., Espinosa, C., Rovira, J., 1999. Costs of health care resources of ambulatory-care patients diagnosed with Alzheimer's disease in Spain. *Med. Clin. (Barc.)* 113, 690-695.
- ²⁴² Coduras, A., Rabasa, I., Frank, A., Bermejo-Pareja, F., Lopez-Pousa, S., Lopez-Arrieta, J.M., Del, L.J., Leon, T., Rejas, J., 2010. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *J. Alzheimers Dis.* 19 (2), 601-615.
- ²⁴³ Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE guideline, Draft for consultation, January 2013.
- ²⁴⁴ FUNDACIÓN MAPFRE. Estudio de evaluación económica de la accidentabilidad de las personas mayores. 2008.
- ²⁴⁵ Abizanda P, Gomez-Pavon J, Martín Lesende I, Bazta'n JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc.)*. 2009;10.1016/j.medcli.2009.04.028 (on line).
- ²⁴⁶ Libro blanco del envejecimiento activo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- ²⁴⁷ García García, FJ; Larrión Zugasti, JL; Rodríguez Mañas, L. Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gac Sanit.* 2011; 25(Supl.2) :51-8.

- ²⁴⁸ The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. Garcia-Garcia FJ, Gutierrez Avila G, Alfaro-Acha A, Amor Andres MS, De Los Angeles De La Torre Lanza M, Escribano Aparicio MV, Humanes Aparicio S, Larrion Zugasti JL, Gomez-Serranillo Reus M, Rodriguez-Artalejo F, Rodriguez-Manas L; Toledo Study Group. *J Nutr Health Aging*. 2011 Dec;15(10):852-6.
- ²⁴⁹ NM de Vries, et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 11 (2012), pp. 136–149
- ²⁵⁰ Clegg A, et al. Frailty in older people. *Lancet seminar* vol. 381 (9868):752-762.
- ²⁵¹ Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002. (Traducción en: *Rev Esp Geriatr Geront* 2002;37(S2):74-105).
- ²⁵² Gomez-Cabello, A; Vicente Rodriguez, G; Vila-Maldonado, S; Casajús, J.A; Ara, I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición hospitalaria* 2012; 27(1): 22-30.
- ²⁵³ Methods for the development of NICE public health guidance (third edition). Sept 2012. http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingnicepublichealthguidance/publichealthguidanceprocessandmethodguides/public_health_guidance_process_and_method_guides.jsp.
- ²⁵⁴ Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services—Methods. Peter A. Briss, Stephanie Zaza, Marguerite Pappaioanou et al., *American Journal of Preventive Medicine*, Vol 18 No 1S, pp 35-43, Copyright 2000 by American Journal of Preventive Medicine.
- ²⁵⁵ Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN, True WR. *Evidence-Based Public Health*. 2nd ed. Oxford University Press; 2011.
- ²⁵⁶ National Cancer Institute. U.S. Department of Health and Human Services. *Theory at a Glance: a Guide for Health Promotion Practice*. National Cancer Institute. 2005.
- ²⁵⁷ Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 2003; 3(1): 91-109.
- ²⁵⁸ Kohler CL, Grimley D, Reynolds KD. Theoretical Approaches Guiding the Development and Implementation of Health Promotion Programs. En: Raczynski JM, DiClemente RJ, editores. *Handbook of Health Promotion and Disease Prevention*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
- ²⁵⁹ Definición de la Real Academia de la Lengua Española: Construcción teórica para resolver un problema científico determinado. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=constructo>.
- ²⁶⁰ Gilliland MJ, Taylor JE. Planning Community Health Interventions. En: Raczynski JM, DiClemente RJ, editores. *Handbook of Health Promotion and Disease Prevention*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
- ²⁶¹ Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Educ Behav* 1998; 25(5):545-63.
- ²⁶² Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, et al. Planificació de programes de promoció de la salut [Traducción de Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach. 3rd ed. Jossey-Bass. A Wiley Imprint (2011)]. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, 2011.