



UNIVERSIDAD DE
MURCIA



UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DEL MAR

II CURSO “GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS:
EL PRESUPUESTO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO”

Los indicadores de género presupuestarios en salud

Sra. Dña. Esther Castellanos Torres
Socióloga y Agente de Igualdad

II CURSO GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS:
EL PRESUPUESTO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

INDICADORES DE GÉNERO EN SALUD

Esther Castellanos Torres
Cehegín, 13 de Julio de 2010



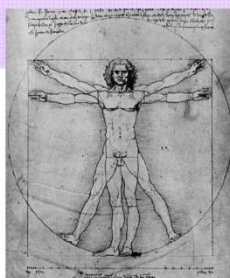
1. LA MIRADA
2. EL METODO
3. LA ACCION
4. EN EL TERRENO... MURCIA



1. LA MIRADA

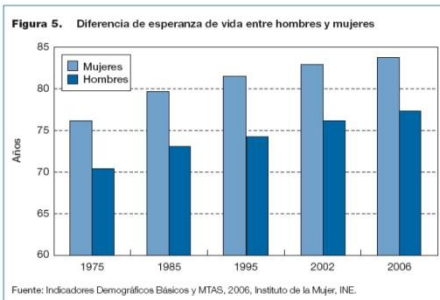
el **androcentrismo** en la Ciencia

- Identificación de lo masculino con lo humano en general
- Equiparación de todo lo humano con lo masculino: hacer de lo masculino la NORMA



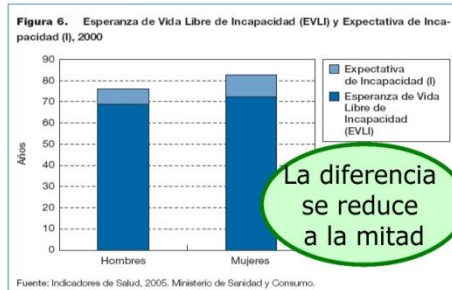
Fuente. Lucía Mazarrasa Alvear. Escuela Nacional de Sanidad - ISCIII





Esperanza de vida entre hombres y mujeres

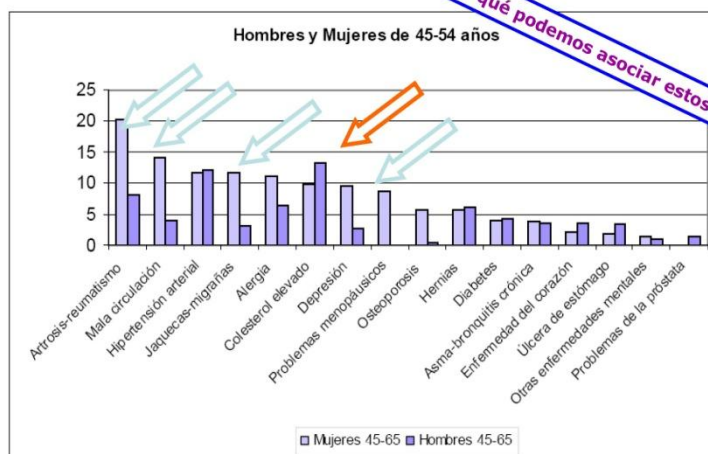
Esperanza de vida libre de incapacidad por sexos



La diferencia se reduce a la mitad

Fuente. Informe Salud y Género 2006

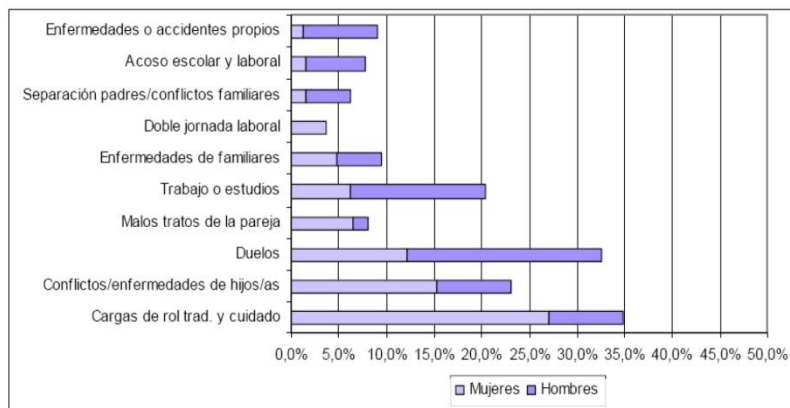
Figura 11. Enfermedades crónicas o de larga duración por grupos de edad de 45 a 54 y de 55 a 65 años.



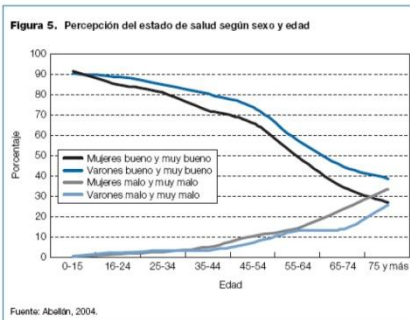
¿Con qué podemos asociar estos datos?

Fuente. Informe Salud y Género 2006

Figura 12a: Factores psicosociales asociados al dolor y alteraciones mentales en función del sexo.

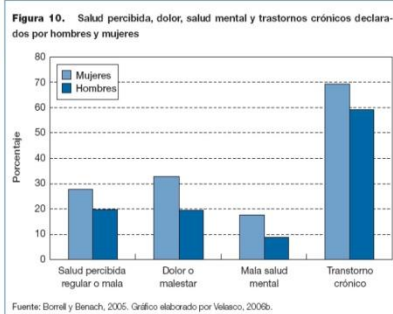


Fuente: Adaptación del Informe Salud y Género 2006



Percepción en el estado de salud por sexo y edad

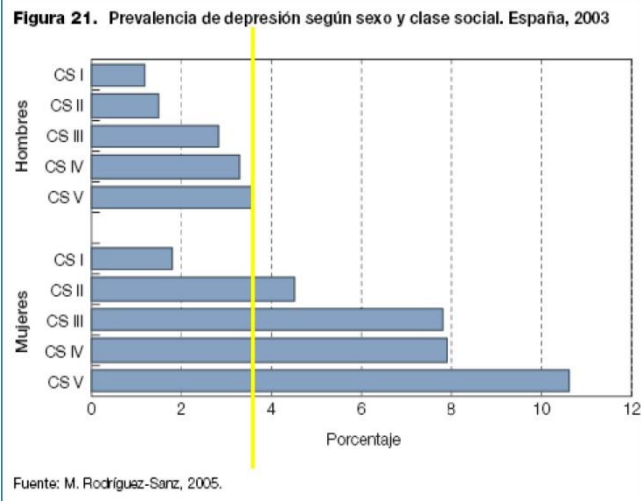
Salud percibida, dolor, salud mental y trastornos crónicos declarados por sexo



Fuente: Informe Salud y Género 2005

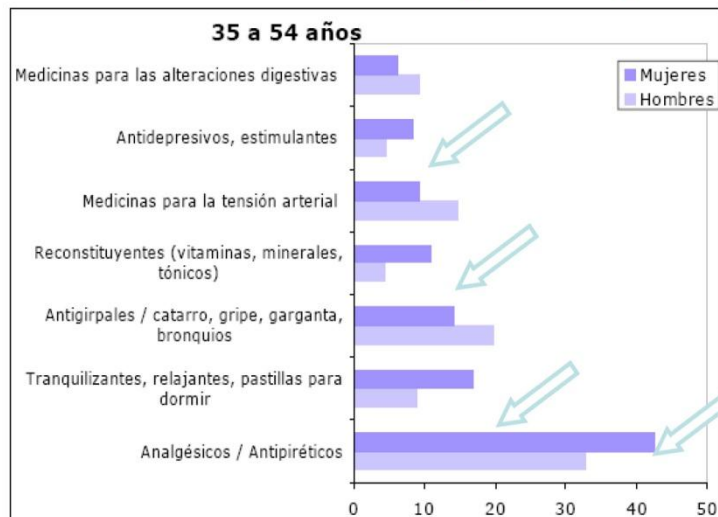


Prevalencia de depresión según sexo y clase social

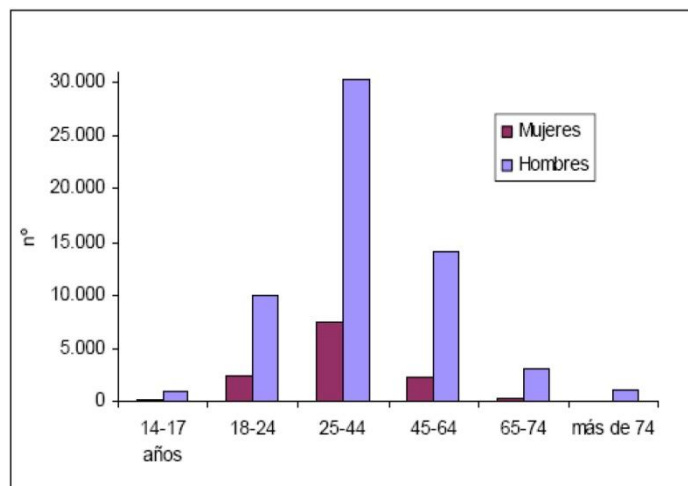


Fuente. Informe Salud y Género 2005

Medicamentos consumidos por edad y sexo

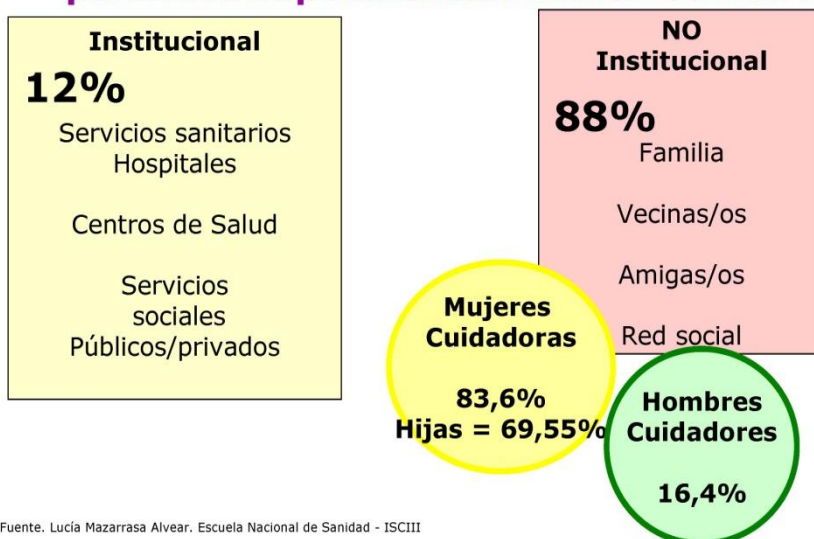


Número de colisiones de tráfico con víctimas, según la edad y el sexo de quien conduce



Fuente. Informe Salud y Género 2005

Tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes. Inmserso 2004



Fuente. Lucía Mazarrasa Alvear. Escuela Nacional de Sanidad - ISCIII



2. EL METODO

¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

RECOMENDACIÓN CM/Rec (2008) 1 del Comité de Ministros a los estados miembros en la inclusión de las diferencias de género en política sanitaria (Adoptada por el Comité de Ministros el 30 de enero 2008 en el 1016ª reunión de los Diputados de los Ministros)

Adopción de reglas comunes en el sector sanitario:



¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

Entre otras.....algunas Medidas específicas

- ▶ Producir informes regulares sobre el género en salud incluyendo análisis de género sistemáticos con base científica con el propósito de aumentar el conocimiento sobre la salud de las poblaciones e introducir conciencia de género en el sector sanitario;
- ▶ Asegurarse de que en los servicios de salud, así como en las intervenciones y programas sanitarios más relevantes, toda la rutina de recogida de información y sistemas de recogida esté desagregada por sexo de acuerdo con las prioridades sanitarias del país (ej. teniendo en cuenta patrones de mortalidad y morbilidad);





¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

...entre otras medidas:

- ▶ promover sistemas de información sensibles al género e indicadores de actuación con propósitos de contabilidad en el sistema sanitario;
- ▶ incluir información desagregada por sexo relacionada con otros determinantes sociales que interactúan con el género: ingresos, niveles de pobreza, participación en la fuerza de trabajo, educación, vivienda;
- ▶ promover el uso de indicadores sensibles al género (ej. la Organización Mundial de la Salud) en el proceso de recogida de información para los informes de salud nacionales;



¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres:

Artículo 27: *las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.*

- Promoción específica de la salud de las mujeres
- Fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre hombres y mujeres
- Consideración del acoso sexual y el acoso por razón de sexo
- Formación para detectar y atender situaciones de vg
- Presencia equilibrada de mujeres en puestos directivos
- Obtención y tratamiento de datos desagregados por sexo

Modificación de:

- **Ley general de sanidad**
- **Ley de cohesión y calidad del SNS**





¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

Artículo 20. Adecuación de las estadísticas y estudios.

Al objeto de hacer efectivas las disposiciones contenidas en esta Ley y que se garantice la integración de modo efectivo de la perspectiva de género en su actividad ordinaria, los poderes públicos, en la elaboración de sus estudios y estadísticas, deberán:

- a) Incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que lleven a cabo.
- b) Establecer e incluir en las operaciones estadísticas nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, su manifestación e interacción en la realidad que se vaya a analizar.
- c) Diseñar e introducir los indicadores y mecanismos necesarios que permitan el conocimiento de la incidencia de otras variables cuya concurrencia resulta generadora de situaciones de discriminación múltiple en los diferentes ámbitos de intervención.

¿Por qué incluir el enfoque de género en salud?

d) Realizar muestras lo suficientemente amplias como para que las diversas variables incluidas puedan ser explotadas y analizadas en función de la variable de sexo.

e) Explotar los datos de que disponen de modo que se puedan conocer las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos de intervención.

f) Revisar y, en su caso, adecuar las definiciones estadísticas existentes con objeto de contribuir al reconocimiento y valoración del trabajo de las mujeres y evitar la estereotipación negativa de determinados colectivos de mujeres.

Sólo excepcionalmente, y mediante informe motivado y aprobado por el órgano competente, podrá justificarse el incumplimiento de alguna de las obligaciones anteriormente especificadas.



SESGOS DE GÉNERO EN SALUD:

1.- CONSIDERAR A LAS MUJERES **IGUALES** QUE A LOS HOMBRES **CUANDO NO LO SON**. Ej.: Ensayos clínicos

2.- CONSIDERAR A LAS MUJERES **DIFERENTES** A LOS HOMBRES **CUANDO NO LO SON**. Ej.: Diagnósticos de enfermedades psicosomáticas; crianza

3.- CONTEMPLAR **SÓLO UNA FACETA DE LA SALUD** DE HOMBRES Y MUJERES. Ej.: Salud laboral

Fuente: Mar Rodríguez, Médica de familia. Red CAPS
M^a Teresa Ruiz Cantero. Grupo de Investigación en Salud Pública. Univ. de Alicante

Entonces...

1. *Análisis previos sobre desigualdades hombres/mujeres*
2. *Objetivos explícitos sobre reducción de desigualdades de género en salud*
3. *Datos desagregados por sexos*
4. *Medidas específicas para superar dificultades identificadas, en relación al fomento de la autonomía y al fomento de la participación*
5. *Posibilidad de acceso igualitario a los beneficios que se pretenden*
6. *Coherencia con las Leyes y/o Planes de Igualdad, en su ámbito competencial*
7. *Indicadores que permitan conocer la evolución de la situación de mujeres y hombres*

Entonces...

Diseñar indicadores, que permitan hacer un seguimiento de la política o programa llevado a cabo:

De realización:

para identificar las actuaciones van dirigidas a mujeres u hombres y cuantas son aparentemente comunes, es decir las que afectan de una forma igual a ambos sexos.

De impacto:

que permitan conocer cómo se benefician mujeres y hombres de las actuaciones programadas.

De inversión:

para conocer cual es el gasto realmente aplicado a la política de igualdad implantada.

3. LA ACCIÓN

¿Qué puede hacerse para ir cambiando estas situaciones de inequidad desde:

- las políticas de salud
- el conocimiento científico
- los servicios de salud??



**REPOLITIZAR
EL CONCEPTO DE SALUD
COMO UN DERECHO**



CLAVES PARA INCORPORAR EIG PRESUPUESTOS SALUD

Impulsar líneas de investigación que generen conocimiento sobre las relaciones entre salud, enfermedades y género (por ejemplo)

Asegurar la obtención y el tratamiento desagregado por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

En definitiva:

Proporcionar una atención sanitaria desde un modelo biosicosocial que considere los determinantes de género dirigida a:



CLAVES PARA INCORPORAR EIG PRESUPUESTOS SALUD

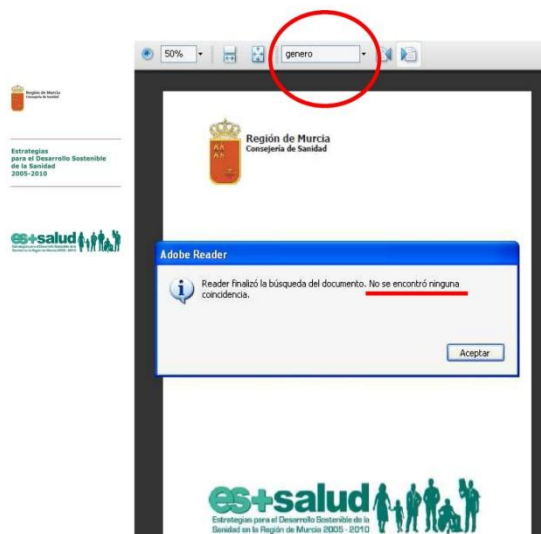
1. Evitar la medicalización del cuerpo de las mujeres en relación al parto, malestar, terapia hormonal sustitutiva, vacunación del Papiloma virus, mamografías, consumo de cirugía estética, técnicas de reproducción asistida: todo ello desvía recursos financieros, humanos y de investigación ante las necesidades y demandas de salud de las mujeres.
2. Visibilizar los problemas de salud de las mujeres relacionados con el cuidado a las personas dependientes a su cargo, la invalidez, los procesos de enfermedad degenerativa propias de la vejez; anorexia, obesidad, fibromialgia, y proporcionar servicios de atención acordes a la necesidad planteada.
3. Vigilar el impacto de la contaminación ambiental en la salud de las mujeres.



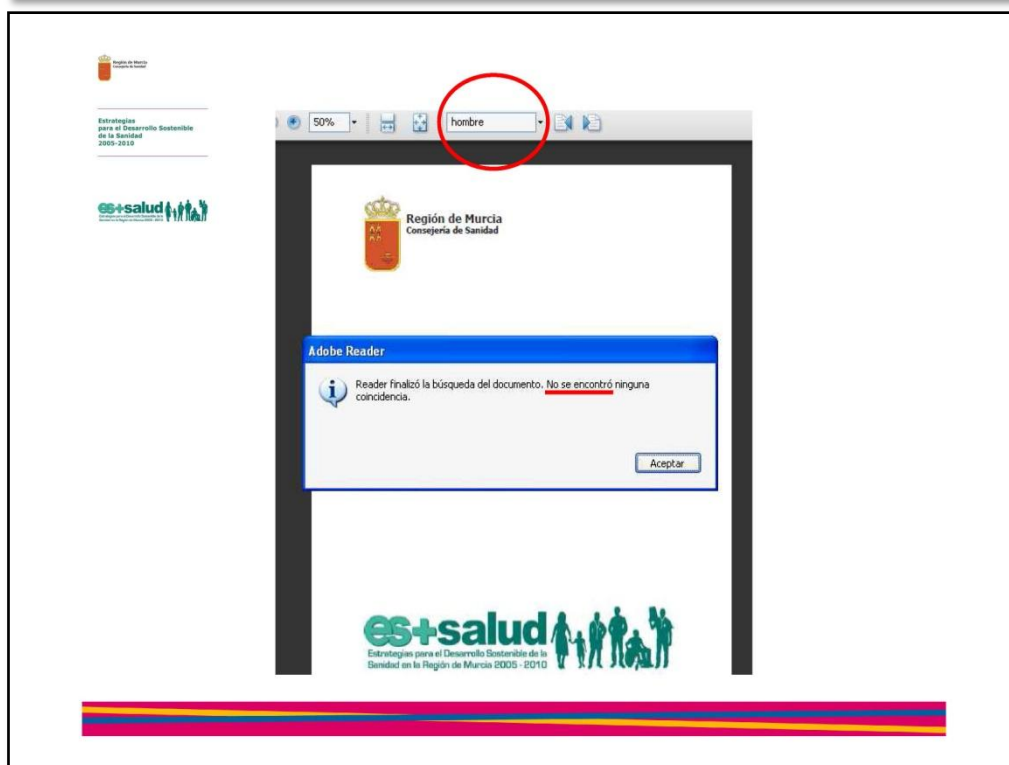
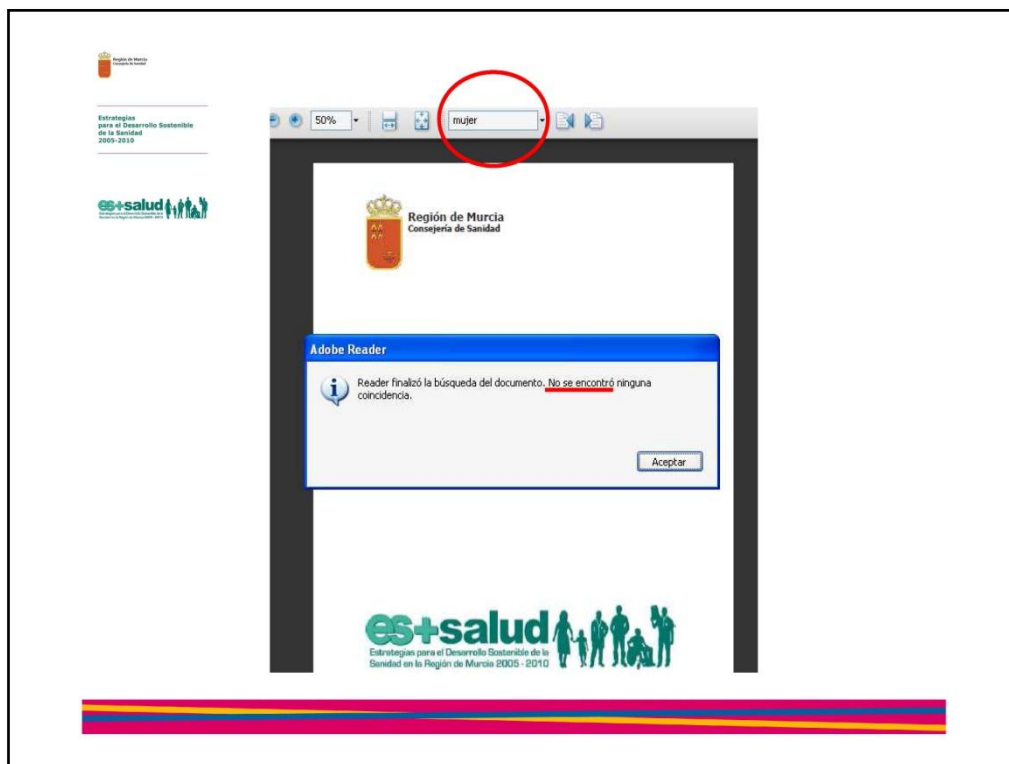
¿QUE CONSEGUIMOS? VISIBILIDAD, AUTONOMÍA, PARTICIPACIÓN



1. El reconocimiento del derecho a la salud como parte del conjunto de derechos humanos de las mujeres.
2. La índole de experiencias sexuales y reproductivas es fundamental en la conformación del estado de salud de las mujeres.
3. Comprender que sufrir, enfermar y morir por causas prevenibles son situaciones que pueden modificarse y evitarse.
4. Entender que la sociedad y la humanidad en su conjunto no pueden considerarse desarrolladas ni saludables si las mujeres continúan enfermando y muriendo por causas evitables.
5. Asignar y disponer de recursos adecuados y realizar acciones positivas destinadas a satisfacer las necesidades vitales de ellas.
6. Asegurar que se conviertan en sujetas de su salud y participen en la elaboración de políticas públicas y en la gestión de salud para su bienestar y no sólo para el bienestar de los demás.

4. EN EL TERRENO ... MURCIA



Estructuras
Vs
Personas







Estrategia para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2009-2010


Para alcanzar estos logros, la Consejería de Sanidad asume los siguientes compromisos con los ciudadanos para el año 2010:

- ✓ Demora cero para todas las consultas de Atención Primaria.
- ✓ Libre elección de médico de Atención Primaria en todas las Áreas de Salud.
- ✓ Existencia de un Plan de Acción al paciente con dependencia en todas las Áreas de Salud.
- ✓ Existencia de un Programa de acceso a pruebas diagnósticas en Atención Primaria en todas las Áreas de Salud.
- ✓ Desarrollo de la Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria.
- ✓ Ampliación de bandas horarias de Atención al Usuario en Atención Primaria, al menos, el 30% en horario de tarde.
- ✓ Incorporar la figura de consultor de especialidades, en al menos 3 de ellas, en el 80% de los Centros de Atención Primaria.
- ✓ La tasa de derivación del nivel de Primaria al de Especializada no excederá de 300 pacientes por mil habitantes.
- ✓ La demora media en Atención Especializada para el acceso a primera consulta no excederá de 15 días.
- ✓ La demora media en Atención Especializada para el acceso a pruebas complementarias no excederá de 20 días.
- ✓ La demora media en Atención Especializada en lista de espera quirúrgica no excederá 40 días.
- ✓ La estancia media por hospitalización se reducirá a 6 días.
- ✓ El 80% de la población tendrá cobertura de Hospitalización Domiciliaria.
- ✓ Libre elección de especialista en cada una de las Áreas de Salud.
- ✓ Acceso a segunda opinión en los casos establecidos en toda la red de Hospitales de la Región.
- ✓ Tiempo inferior a 15 días para el inicio del tratamiento del Cáncer una vez diagnosticado.
- ✓ El 80% de los procesos ambulatorizables se realizarán sin ingreso (en Hospital de día médico o quirúrgico).
- ✓ El 70% de las consultas del sistema regional de salud se resolverán en un acto único (consultas de alta resolución).
- ✓ La resolución de consultas sucesivas/consultas prioritarias de Atención Especializada será al menos de 1,5 consultas sucesivas por cada primera consulta.
- ✓ Existencia del Coordinador de Continuidad Asistencial y, al menos, 20 protocolos operativos de coordinación para las enfermedades más prevalentes, acorde con el Plan de Salud.


Quando el lenguaje invisibiliza la realidad




Estrategia para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2009-2010


Como consecuencia, la Consejería de Sanidad asume los siguientes compromisos con la sociedad para el año 2010:

- ✓ Todos los Contratos de Gestión establecidos con los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud incluirán objetivos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y Salud Pública.
- ✓ Integrar los Sistemas de Información en Salud Pública con las Aplicaciones Asistenciales.
- ✓ Desarrollar un Sistema de Alertas en Salud Pública.
- ✓ Desarrollar programas específicos sobre patologías crónicas en el ámbito del Área de Salud.
- ✓ Desarrollar programas de información y educación sanitaria sobre la utilización racional de los medicamentos.
- ✓ Elaboración de programas de integración social que potencien la responsabilidad social corporativa.
- ✓ El 90% de los Centros Sanitarios realizarán actividades que desarrollen una política del voluntariado en la Sanidad.
- ✓ Desarrollar actividades de promoción de estilos de vida saludable en educación primaria y secundaria.
- ✓ El presupuesto destinado a investigación y docencia se incrementará en un 25%.
- ✓ El 60% de proyectos de Investigación contarán con financiación externa al sistema sanitario de la Región.
- ✓ La satisfacción de los profesionales con la formación postgrado alcanzará una valoración mayor de 7,0 sobre un máximo de 10.
- ✓ El empleo estable creado desde el sector salud será del 3%.
- ✓ Todos los centros sanitarios tendrán implantados programas de minimización de residuos.
- ✓ Al menos 6 centros hospitalarios dispondrán de certificado de calidad en gestión medioambiental (ISO 14000-EMAS).
- ✓ Al menos el 3% de la energía consumida por los centros sanitarios procederá de fuentes renovables.
- ✓ El consumo energético por centro sanitario se reducirá al menos en un 10%.





Estrategia
para el Desarrollo Sostenible
de la Sanidad
2009-2010



Para desarrollar estas estrategias y alcanzar las metas planteadas, la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos con los profesionales para el año 2010**:

- ✓ Se incrementará en un 30% la plantilla con estabilidad laboral.
- ✓ Todos los centros sanitarios dispondrán de sistemas de evaluación de riesgos laborales.
- ✓ Al menos un 15% de la plantilla participará en cursos y actividades acreditadas.
- ✓ El 90% de los centros sanitarios dispondrán de planes de formación continuada.
- ✓ El 20% de los Equipos de Atención Primaria y de los servicios funcionarán como Unidades de Gestión Clínica.

Cuando la agregación de los datos
imposibilita
la actuación sobre la vida de mujeres y hombres



Estrategia
para el Desarrollo Sostenible
de la Sanidad
2009-2010



ESTRUCTURAS VS PERSONAS

Con la puesta en marcha de estas estrategias y líneas de actuación la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos con la sostenibilidad del sistema sanitario para el año 2010**:

- ✓ Implantar criterios racionales en la gestión de compras.
- ✓ Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos.
- ✓ Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables.
- ✓ Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.
- ✓ Reforzar el papel de las estructuras de Evaluación de Tecnologías.
- ✓ Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- ✓ Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Regional de Salud.
- ✓ Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios.

Con la puesta en marcha de estas iniciativas la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos con la calidad** de cara al año 2010:

- ✓ Todos los centros y organizaciones habrán establecido y realizado una evaluación EFQM bienal.
- ✓ Implantación de un sistema centralizado de captación y actualización de expectativas del paciente.
- ✓ Favorecer la práctica clínica sustentada en la Medicina Basada en la Evidencia y la implantación de Guías Clínicas de Área que afecten al 50% de los pacientes.
- ✓ Todos los centros dispondrán de al menos un proceso con certificación ISO.
- ✓ Todos los centros sanitarios medirán la percepción del paciente de forma sistemática.
- ✓ Todos los centros sanitarios medirán la percepción de los profesionales.
- ✓ El 80% de las organizaciones sanitarias habrán definido el mapa de procesos y tendrán implantada la gestión por procesos de forma sistematizada.
- ✓ El 20% del presupuesto de formación continuada estará dedicado a capacitación en calidad asistencial.
- ✓ El 10% de los profesionales estarán formados en herramientas de calidad.



Consejería de Sanidad Murcia

Estategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2009-2010

Para la puesta en marcha de estas iniciativas la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos de desarrollo corporativo** para el año 2010:

- ✓ Al menos el 75 % de las Áreas de Salud dispondrán de una gerencia única para la Atención Primaria y la Atención Especializada.
- ✓ Todos los directivos y mandos intermedios dispondrán de un Cuadro de Mando Integral para la gestión.
- ✓ Todo el gasto realizado en conciertos contará con informe anual de calidad de prestaciones.
- ✓ Todas las Áreas de Salud habrán implantado el modelo de atención socio-sanitaria que se defina.
- ✓ Existirá un plan de comunicación interno y un plan de comunicación externo.

Como consecuencia de todo ello, la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos relacionados con las tecnologías sanitarias** para el año 2010:

- ✓ Se definirán al menos 10 protocolos comunes para la utilización, explotación y mantenimiento de tecnologías e infraestructuras.
- ✓ El 80% del presupuesto en alta tecnología será gestionado a través de una Unidad de Innovación Tecnológica.
- ✓ Se habrá establecido una sistemática de evaluación de tecnologías.
- ✓ Se habrá desplegado un plan de mantenimiento de todas las instalaciones.
- ✓ Se habrá desplegado un plan de mantenimiento de electromedicina en todos los centros.

En este contexto y con el objeto de garantizar su logro, la Consejería de Sanidad asume los siguientes **compromisos con los sistemas de información** para el año 2010:

- ✓ Todos los Equipos de Atención Primaria dispondrán de historia clínica electrónica mediante la implantación de la aplicación informática OMI-AP.
- ✓ El 90% de servicios hospitalarios dispondrán de historia clínica electrónica implantada.
- ✓ Todos los centros sanitarios tendrán implantados sistemas informatizados corporativos de gestión de pacientes.
- ✓ Todos los centros sanitarios tendrán implantadas las soluciones departamentales informatizadas.
- ✓ Todas las implantaciones dispondrán de sistemas de garantía de calidad aplicados.

ESTRUCTURAS VS PERSONAS

PLAN SALUD 2010-2015

15

PROPÓSITOS DEL PLAN DE SALUD

/

- Mejorar la salud de la población aumentando la esperanza de vida y los años de vida libre de discapacidad.
- Reducir las desigualdades en salud prestando especial atención a poblaciones vulnerables.

Mejorar la salud. Este Plan de Salud pretende proporcionar a cada persona la oportunidad de gozar de buena salud durante el mayor tiempo posible de su vida, y que esta salud se acerque lo más posible al concepto de salud promovido desde la OMS de estado de completo bienestar físico, social y mental, y no sólo ausencia de enfermedad.

Reducir las desigualdades en salud. Si bien los principales indicadores de salud de la Región muestran resultados satisfactorios en muchos aspectos, existen diferencias sociales, tanto por nivel socioeconómico como por género y origen de la población, que condicionan diferencias también en el nivel de salud. Durante los próximos años es imprescindible reducir las diferencias

OBJETIVOS NIVEL DE SALUD

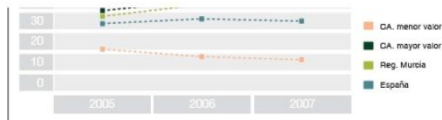
/

- Aumentar la esperanza de vida al nacer hasta los 82 años.
- Aumentar la esperanza de vida a los 65 años hasta los 20,1 años.
- Reducir la mortalidad infantil por debajo de 3,5/1.000 nacidos vivos y la mortalidad perinatal a cifras por debajo del 4,5/1.000 nacidos vivos.
- Mejorar la salud percibida de la población incrementando la percepción positiva del estado de salud de la población por encima del 70%.

—+x0

Por qué lo llaman género cuando lo que quieren decir es sexo

PLAN SALUD 2010 2015



Fuente: Indicadores clave del SNS, MSPS 2009

INTERVEN- CIONES DES- IGUALDADES EN SALUD

1- Reducir las desigualdades en salud, prestando especial atención a las desigualdades según género y posición socioeconómica, profundizando en el conocimiento de éstas:

- Disminuyendo el diferencial de género en los indicadores de salud.
- Incorporando el enfoque de género en las políticas sanitarias, en la formación continuada del personal sanitario, en los sistemas de información y en la investigación.
- Desarrollando iniciativas para la medición y el análisis de las desigualdades relacionadas con la salud.

- Reforzando las estrategias de intervención sobre los estilos de vida y sobre el entorno en colectivos vulnerables.
- Promoviendo la aplicación de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como herramienta para introducir la salud en las políticas no sanitarias.
- Impulsando la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para mejorar la atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social.

2- Prevenir la discapacidad y mejorar la asistencia a la dependencia para intentar minimizar su impacto sobre la población:

- Desarrollando políticas intersectoriales sobre las principales causas que generan discapacidad y desarrollando mecanismos integrados de asistencia.
- Mejorando la coordinación de los servicios entre las áreas de salud y protección social para la asistencia a las personas dependientes, implicando a las corporaciones locales.
- Evaluando las necesidades de asistencia socio-sanitaria y desarrollando un plan intersectorial para responder a las necesidades presentes y futuras.
- Reduciendo el impacto de cuidar a personas dependientes sobre la salud de los cuidadores.



PLAN SALUD 2010 2015



1.- Reducir las desigualdades en salud, prestando especial atención a las desigualdades según género y posición socioeconómica, profundizando en el conocimiento de éstas:

- Disminuyendo el diferencial de género en los indicadores de salud.
- Incorporando el enfoque de género en las políticas sanitarias, en la formación continuada del personal sanitario, en los sistemas de información y en la investigación.
- Desarrollando iniciativas para la medición y el



PLAN SALUD 2010 2015

15

PROÓSITOS DEL PLAN DE SALUD

OBJETIVOS NIVEL DE SALUD

- Mejorar la salud de la población aumentando la esperanza de vida y los años de vida libre de discapacidad.
- Reducir las desigualdades en salud prestando especial atención a poblaciones vulnerables.

Mejorar la salud. Este Plan de Salud pretende proporcionar a cada persona la oportunidad de gozar de buena salud durante el mayor tiempo posible de su vida, y que esta salud se acerque lo más posible al concepto de salud promovido desde la OMS de estado de completo bienestar físico, social y mental, y no sólo ausencia de enfermedad.

Reducir las desigualdades en salud. Si bien los principales indicadores de salud de la Región muestran resultados satisfactorios en muchos aspectos, existen diferencias sociales, tanto por nivel socioeconómico como por género y origen de la población, que condicionan diferencias también en el nivel de salud. Durante los próximos años es imprescindible reducir las diferencias existentes en la esperanza de vida, percepción del estado de salud y mortalidad infantil.

- Aumentar la esperanza de vida al nacer hasta los 82 años.
- Aumentar la esperanza de vida a los 65 años hasta los 20,1 años.
- Reducir la mortalidad infantil por debajo de 3,5/1.000 nacidos vivos y la mortalidad perinatal a cifras por debajo del 4,5/1.000 nacidos vivos.
- Mejorar la salud percibida de la población incrementando la percepción positiva del estado de salud de la población por encima del 70%.

PLAN SALUD 2010 2015

¿ENFOQUE DE GÉNERO?

DESIGUALDADES EN SALUD

ENTORNO ESTILOS DE VIDA

NIVEL DE SALUD

PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD ENFERMEDADES RELEVANTES

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA

OBJETIVOS ESTILOS DE VIDA

- Reducir el sedentarismo en la población a tasas inferiores al 45%.
- Reducir la prevalencia de fumadores habituales en mayores de 15 años a tasas inferiores al 25%.
- Incrementar la tasa de abandono del hábito del tabaco por encima del 50%.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco por encima de los 14 años.
- Reducir el porcentaje de personas expuestas al humo de tabaco ambiental.
- Reducir la prevalencia de obesidad al 7% y sobrepeso al 15% en la población de 2 a 17 años.
- Reducir la prevalencia de obesidad al 15% y sobrepeso 35% al en la población adulta.
- Reducir el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol a tasas inferiores al 3%.

PLAN SALUD 2010 2015

OBJETIVOS ENFERMEDADES RELEVANTES

- Reducir la mortalidad por suicidio por debajo de 5 por 100.000.
- Reducir la mortalidad prematura por diabetes mellitus por debajo de 5 por 100.000.
- Reducir la mortalidad por EPOC por debajo de 25 por 100.000.
- Reducir la mortalidad por neumonía y gripe por debajo de 12 por 100.000.
- Reducir la mortalidad por enfermedad crónica del hígado por debajo de 10 por 100.000.
- Reducir la mortalidad prematura por cáncer a tasas inferiores a 100 por 100.000.
- Reducir la incidencia de cáncer de mama, pulmón y colon.
- Reducir la mortalidad por enfermedad específica del corazón por debajo de 30 por 100.000.
- Reducir la tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio por debajo de 50 por 100.000.
- Reducir la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular a tasas inferiores a 15 por 100.000.

MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS

¿MORBILIDAD DIFERENCIAL?

PLAN SALUD 2010 2015

OBJETIVOS SISTEMA SANITARIO

- consultas de atención especializada y menos de 0,5 urgencias hospitalarias.
- Reducir la tasa de derivación de Primaria a especializada por debajo de 0,5.
- Reducir el índice de estancia media ajustada (IEMA) por debajo de 0,97.
- Incrementar la tasa de realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios por encima de 50%.
- Reducir la prevalencia de la infección nosocomial por debajo de 0,7.
- Reducir en un 20% la tasa de hospitalizaciones evitables.
- Alcanzar una valoración media de satisfacción de la población con los servicios sanitarios superior a 8.
- Reducir la frecuentación de los servicios sanitarios por debajo de 5 visitas/año/ciudadano en atención primaria, por debajo de 1.

PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, EPINE

¿TRABAJO DE CUIDADOS INFORMALES?

PLAN SALUD 2010 2015

29

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La Oficina del Plan de Salud será una estructura estable para la gestión y ejecución del PS 2015 que garantizará la introducción de las estrategias formuladas a todas las políticas y proyectos que despliegue la Consejería de Sanidad y Consumo. Asestará a los órganos directivos de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SMS en la interpretación y puesta en marcha de las acciones previstas y dispondrá de un Cuadro de Mando específico para el seguimiento del Plan, a partir del cual realizará una memoria bimensual (2011, 2013 y 2015) y una memoria final, que especificará los logros alcanzados de manera global.

El abordaje de las tareas de evaluación y seguimiento del PS 2015 requieren del compromiso de todos los agentes implicados y la disponibilidad de una estructura funcional que lo ejecute. Para ello se han establecido tres niveles de responsabilidad decreciente, que serán ejercidos, respectivamente, por el Comité de Dirección, el Comité Técnico y los Responsables de las Estrategias de Intervención.

MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

ecastellanos@femtopia.es
Esther Castellanos Torres