



esca 2026/2030

Estrategia de **Salud Comunitaria**
de Andalucía



Junta de Andalucía

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias
Servicio Andaluz de Salud

Título: Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía 2026 – 2030.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Junta de Andalucía.



Servicio Andaluz de Salud
**Consejería de Sanidad, Presidencia
y Emergencias**

La salud se construye cada día en los barrios, en los pueblos, en las escuelas, en los centros de trabajo, en los hogares y, por supuesto, en nuestros centros sanitarios. Se construye en la suma de decisiones individuales y colectivas, en las oportunidades que ofrece el entorno y en la capacidad de una comunidad para cuidarse y organizarse. Por eso, hablar de salud comunitaria es hablar de calidad de vida, de bienestar, de equidad y de cohesión social. Es reconocer que la prevención, la promoción de la salud y la acción coordinada con otros sectores son herramientas esenciales para mejorar la vida de las personas, especialmente de quienes afrontan mayores dificultades.

La Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía 2026-2030 nace con esa convicción: fortalecer una mirada integral de la salud, basada en las necesidades reales de la población y en los activos comunitarios de cada territorio. Una estrategia que impulsa un modelo de atención más cercano, participativo y orientado a resultados en salud, que refuerza el papel de la Atención Primaria y Comunitaria y promueve el trabajo en red con el conjunto de agentes comunitarios. Porque los retos de salud actuales —desde las enfermedades crónicas hasta la salud mental, la soledad no deseada o las desigualdades sociales— requieren respuestas compartidas, sostenidas y adaptadas a cada contexto.

Quiero expresar un agradecimiento profundo y sincero a todas las personas y equipos que se han implicado en la elaboración de esta Estrategia: profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, responsables y técnicos de diferentes ámbitos, entidades colaboradoras y representantes del territorio que han aportado conocimiento, experiencia y compromiso. Su participación ha sido determinante para construir un documento realista, ambicioso y útil, alineado con los valores de servicio público y con la evidencia disponible, y concebido para facilitar la implementación en cada área y en cada comunidad.

Esta Estrategia es, ante todo, una hoja de ruta para avanzar juntos. Su éxito dependerá del impulso institucional, que ya lo tiene, de la coordinación entre niveles asistenciales, de la evaluación continua y, muy especialmente, del liderazgo y la implicación de las y los profesionales que trabajan cada día con la ciudadanía. Pero también de la participación activa de la propia comunidad, porque la salud comunitaria se sostiene cuando escucha, incorpora y moviliza a las personas.

Desde el Gobierno andaluz asumimos el compromiso de acompañar este proceso, dotándolo de orientación, herramientas y apoyo para que se traduzca en acciones concretas y medibles. Trabajaremos para que la salud comunitaria siga creciendo como una manera de hacer: más próxima, más preventiva, más equitativa y más humana. Con el convencimiento de que invertir en la comunidad es invertir en el bienestar, en el futuro y en una Andalucía más saludable para todas y todos.



Antonio Sanz Cabello
Consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	10
2.	Marcos de referencia	12
3.	La Gobernanza	30
4.	El análisis de la situación de partida de la salud comunitaria	37
5.	Diagnóstico estratégico	76
6.	Misión, visión y valores.....	79
7.	Líneas estratégicas y objetivos	82
7.1.	Línea estratégica 1: La gestión del SSPA	85
7.2.	Línea estratégica 2: Los niveles de orientación comunitaria	86
7.3.	Línea estratégica 3: La formación.....	87
7.4.	Línea estratégica 4: Innovación e investigación	88
7.5.	Línea estratégica 5: Difusión y comunicación	89
8.	La implementación	90
9.	El seguimiento y la evaluación.....	95
10.	El presupuesto	106
11.	Bibliografía	109
12.	Anexos.....	113

Como **documentación complementaria** se han elaborado informes sobre:

- Encuesta a directivos
- Encuesta a Profesionales
- Grupos focales de personas expertas
- DAFO
- Jornada presencial
- Misión, Visión y Valores



Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1 - MODELO EXPLICATIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICO DE LA SALUD.....	14
ILUSTRACIÓN 2 - PERSPECTIVA DE LOS MODELOS DE DÉFICIT Y ACTIVOS.	15
ILUSTRACIÓN 3 - NIVELES DE INTERACCIÓN EN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	16
ILUSTRACIÓN 4 - MODELO DE TRABAJO INTERSECTORIAL.	17
ILUSTRACIÓN 5 - FASES DE LA ACCIÓN COMUNITARIA	18
ILUSTRACIÓN 6 - MAPA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANDALUCÍA	27
ILUSTRACIÓN 7 - REPRESENTACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS EN LA EN EL DESARROLLO DE LA ESCA.	39
ILUSTRACIÓN 8 - FASES DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL TERRITORIAL	91

Índice de Tablas

TABLA 1 - ESTRUCTURA TERRITORIAL Y FUNCIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA.	28
TABLA 2 - PLANES Y PROGRAMAS CONSULTADOS PARA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS DE ACTIVIDAD DE PROFESIONALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, DISTRIBUIDOS POR LOS TRES NIVELES DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA.	40
TABLA 3 - EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD RELACIONADOS CON LA SALUD COMUNITARIA	46
TABLA 4: TOTAL ANUAL DE HORAS Y RETRIBUCIONES DE LA ATENCIÓN CONTINUADA MODALIDAD A.....	49
TABLA 5 - INTERVENCIÓN AVANZADA SOBRE HÁBITOS SALUDABLES: REGISTRO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES, PERIODO 2022-2024	50
TABLA 6 - INSCRITOS EN PLAN DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE DE ANDALUCÍA.....	51
TABLA 7 - NÚMERO DE PERSONAS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL ENMARcada EN EL PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA. PERIODO 2022-2024	52
TABLA 8 - NÚMERO DE ASISTENTES A LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES REALIZADAS EN LOS PROGRAMAS DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ÁMBITO ESCOLAR ENTRE 2022-2024.	52
TABLA 9 – PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN ENTORNO EDUCATIVO: NÚMERO DE ASISTENTES POR PERFIL, ENTRE 2022-2024.....	53
TABLA 10 - NÚMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO INTERVENCIONES AVANZADAS INDIVIDUALES DE TABAQUISMO, POR SEXOS Y AÑO....	54
TABLA 11 - SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS PRIORIZADOS DURANTE EL PERIODO 2022-2024	55
TABLA 12 - NÚMERO DE PERSONAS Y CONSULTAS REGISTRADAS EN INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE..	56
TABLA 13 - NÚMERO TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS Y CONSULTAS EN INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL DENTRO DEL PIOBON, EN EL PERIODO 2022-2024.	57
TABLA 14 - NÚMERO DE ASISTENTES A LAS ACTIVIDADES GRUPALES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN EL CONTEXTO EDUCATIVO EN EL PERIODO 2022-2024.....	57
TABLA 15 - NÚMERO DE ASISTENTES POR PERFIL DEL ASISTENTE, ENTRE 2022-2024.	58
TABLA 16 - NÚMERO DE PERSONAS INCLUIDAS EN LA INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL EN EL PERIODO 2022-2024 DISTRIBUIDA POR SEXO	59
TABLA 17 - GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS: NÚMERO DE PERSONAS CON 3 O MÁS CITAS, PERIODO 2022-2024.	59
TABLA 18 - GRUPOS DE AFRONTAMIENTO DE LA ÁNSIEDAD: NÚMERO DE CITAS, PERIODO 2022-2024.	60
TABLA 19 - NÚMERO DE CENTROS INSCRITOS EN EL PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO EN 2024.	62
TABLA 20 - NÚMERO DE PERSONAS INVOLUCRADAS EN ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN REALIZADAS EN LOS PROGRAMAS DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ÁMBITO ESCOLAR ENTRE 2022-2024.	63
TABLA 21 - NÚMERO DE ASISTENTES POR PERFIL DEL ASISTENTE, ENTRE 2022-2024.	63
TABLA 22 - FORMA JOVEN EN OTROS ENTORNOS: ACTIVIDADES GRUPALES, EN EL CURSO ESCOLAR 2024/2025	64
TABLA 23 – COMISIONES DE PARTICIPACIÓN: NÚMERO DE REUNIONES EN EL PERIODO 2022-2024.	64
TABLA 24 - NÚMERO DE PRÁCTICAS PRESENTADAS Y VALORADAS COMO BUENAS PRACTICAS.....	67
TABLA 25 – LISTADO DE CURSOS RELACIONADOS CON SALUD COMUNITARIA REALIZADOS EN EL SSPA EN 2024	68
TABLA 26 - PRINCIPALES INDICADORES DE I+D+i EN APyC DEL SSPA EN EL PERIODO 2020-2023	70
TABLA 27- PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y FONDOS CAPTADOS EN SALUD COMUNITARIA (2022-2024)	70
TABLA 28 - PROYECTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON SALUD COMUNITARIA, PERIODO 2022-2024.	71
TABLA 29 - CRONOGRAMA	93
TABLA 30 - INDICADORES DE CONTEXTO E IMPACTO.....	97

TABLA 31 - INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 1	99
TABLA 32 - INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 2	100
TABLA 33 - INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 3	102
TABLA 34 - INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 4	103
TABLA 35 - INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 5	105
TABLA 36 - ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON IMPACTO ECONÓMICO-FINANCIERO	107
TABLA 37 - ATENCIÓN CONTINUADA MODALIDAD A: HORAS REGISTRADAS POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.....	113
TABLA 38 - INTERVENCIÓN AVANZADA SOBRE HáBITOS SALUDABLE: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.....	114
TABLA 39 - INTERVENCIÓN AVANZADA DEL PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.....	115
TABLA 40 - PROGRAMA DE HáBITOS DE VIDA SALUDABLES DESARROLLADOS EN EL ENTORNO EDUCATIVO: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.....	116
TABLA 41 - PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024	117
TABLA 42 - PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.	118
TABLA 43 - GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024	119
TABLA 44 - GRUPO DE AFRONTAMIENTO DE LA ANSIEDAD: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO EN EL AÑO 2024.	120
TABLA 45 - COMISIONES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA: REGISTRO POR CENTRO DIRECTIVO.	121

Índice de Gráficas

GRÁFICA 1 - DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE EFECTIVOS POR GRUPO PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	41
GRÁFICA 2 - DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DEL NÚMERO DE EFECTIVOS POR GRUPO PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	42
GRÁFICA 3 - NÚMERO DE CONSULTAS POR SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	43
GRÁFICA 4 - PORCENTAJE SEGÚN SEXO DE LA PERSONA ATENDIDA EN CADA SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	43
GRÁFICA 5 - PORCENTAJES DE DISTRITOS Y ÁREAS SANITARIAS CUYOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICAS TIENEN OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD COMUNITARIA.	48
GRÁFICA 6 - RED ACCIÓN LOCAL EN SALUD (RELAS): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A QUE DA COBERTURA, EN 2024.	61
GRÁFICA 7 - NÚMERO DE PERSONAS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE PACIENTES Y NÚMERO DE PERSONAS CON PROBLEMAS CRÓNICOS, EN 2024.....	66
GRÁFICA 8 - PERFIL DEL ALUMNADO DE LOS CURSOS DE SALUD COMUNITARIA, 2024.	69



ACRÓNIMOS

AGC – Acuerdo de Gestión Clínica

AGS – Área de Gestión Sanitaria

APyC – Atención Primaria y Comunitaria

CAP – Centro de Atención Primaria

CP – Contrato Programa

DAP – Distrito Atención Primaria

DSS – Determinantes Sociales de la Salud

EASP – Escuela Andaluza de Salud Pública

EBAP – Equipo Básico de Atención Primaria

ESCA – Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía

GRAFA – Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria

GRUSE – Grupos Socioeducativos

IAAP – Instituto Andaluz de Administraciones Públicas

ODS – Objetivos de Desarrollo Sostenible

PAP – Plan de Acción Personalizado

PIOBIN – El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía

PSIAA – Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía

SAS – Servicio Andaluz de Salud

SSPA – Sistema Sanitario Público Andaluz

UGC – Unidad de Gestión Clínica

ZBS – Zona Básica de Salud

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Activo para la salud: Cualquier factor o recurso identificado por personas, grupos y comunidades como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar, así como reducir las desigualdades en salud. Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecerla habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés.

Agentes comunitarios: Conjunto de diferentes actores y actrices formales o informales que operan en el entorno comunitario. Se clasifican en tres grupos: Administraciones (administración local, otras administraciones públicas y entidades privadas), recursos técnicos (profesionales públicos y privados) y ciudadanía (Asociaciones, grupos y personas).

Comunidad: Conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes.

Desigualdades de género en salud: Se refieren a las diferencias injustas, evitables y predecibles en el estado de salud, la atención médica y la participación en el sistema de salud, que existen entre hombres y mujeres. Estas diferencias se deben a factores sociales, culturales y económicos que afectan a hombres y mujeres de manera distinta.

Desigualdades sociales en salud: Aquellas diferencias en salud, injustas y evitables que se producen entre grupos poblacionales definidos. Pueden ser debidas a factores sociales, económicos, demográficos y/o geográficos.

Determinantes sociales de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, sanitarios, económicos y ambientales que condicionan el estado de la salud de los individuos y las poblaciones en las que estos conviven. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Equidad en salud: La equidad en salud implica que, idealmente, todas las personas puedan lograr plenamente su máximo potencial en salud y requiere que las necesidades de las personas guíen la distribución de las oportunidades para el bienestar. Tiene, por tanto, un enfoque de proporcionalidad, de curso de vida y de adaptación a la diversidad.



Mainstreaming de género: También conocido como transversalidad de género, es una estrategia para integrar la perspectiva de género en todas las políticas, programas y procesos de gestión, con el objetivo de promover la igualdad entre hombres y mujeres y acabar con la discriminación.

Promoción de la salud: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Consiste en proporcionar al individuo y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los determinantes de la misma.

Salud comunitaria: Expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida. Está determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

Salutogénesis: Es una forma de mirar a la salud en positivo desde aquello que la genera y hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

1. Introducción

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como la influencia de factores sociales, políticos y globales; en este conjunto de relaciones también juega un papel relevante el sistema de salud, que establece una relación de reciprocidad con todos los demás actores implicados, como beneficiario y benefactor, en la salud individual y colectiva.

La salud comunitaria es una prioridad tanto para el Servicio Andaluz de Salud (SAS) como para la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia, en línea con los compromisos establecidos en el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria¹. Con el objetivo de impulsar la ejecución de las líneas estratégicas establecidas en dicho marco estratégico se elaboró el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023², en el que se incluye entre sus objetivos, reforzar la orientación comunitaria. Como primera acción de este objetivo figura el desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de Comunidades Autónomas (CCAA), que proporcione un marco de trabajo común, adaptado a la realidad de cada territorio, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía.

A nivel autonómico, la Estrategia de Atención Primaria, que se diseña con el objetivo de definir e implementar las medidas estructurales sobre las que debe fundamentarse la Atención Primaria y Comunitaria (APyC), contempla en su Plan Estratégico de Atención Primaria 2020-2022³, la medida número 4 dedicada a la “Atención a la comunidad” con el objetivo de lograr la *“Promoción de activos para la salud como forma de participación ciudadana en el cuidado de la salud”*. Así mismo, tanto la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 como el IV Plan Andaluz de Salud incluyen un abordaje comunitario y de determinantes de la salud en todos sus objetivos y líneas de acción.

Siguiendo lo establecido en el Plan de Acción de APyC 2022-2023, en el primer trimestre del 2022, Andalucía presentó su Proyecto Regional Integral, con una propuesta de diseño, implementación y evaluación de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA). Como se describe en dicho Proyecto, la estrategia se implementará en un marco de colaboración intersectorial y participativa, con un enfoque en la equidad y la mejora de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), asegurando una implementación coherente y efectiva en todo el territorio andaluz.

Según el *Decreto 168/2025, de 5 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias*, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica tiene entre sus funciones la definición e impulso de las políticas de acción local y comunitaria en salud. Por su parte, al SAS le corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias en promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Considerando estas atribuciones, se estableció que la ESCA se desarrolle desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, el entorno local y otros sectores, como el social y el educativo. El marco para este desarrollo es el establecido por la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia y se integrará con otras estrategias y planes autonómicos, especialmente aquellos relacionados con la Salud Pública, la APyC y la Promoción de la Salud. También se alinea con las directrices y recomendaciones que el Ministerio de Sanidad propone en el documento *‘Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico’*⁴.

La ESCA consolida una línea de actuación coherente con las políticas autonómicas de salud pública, reforzando el compromiso con un modelo de atención centrado en la comunidad, la equidad y la participación. Su implementación constituye un instrumento clave para integrar los DSS en la planificación sanitaria, fortaleciendo un enfoque colectivo, corresponsable y sostenible de la salud.

2. Marcos de referencia

En el proceso de planificación estratégica se establecen diversos marcos que perfilan y encuadran la ESCA. Partiendo del marco metodológico se establece el modelo de referencia para el proceso que se sigue, tanto en el diseño como en la posterior implementación, seguimiento y evaluación. Seguidamente, el marco teórico, se hace una revisión de los conceptos y teorías relacionados con la salud comunitaria que son relevantes para la comprensión de la estrategia. En un tercer punto, en el marco normativo se explora la legislación relacionada con la salud comunitaria, tanto a nivel nacional como autonómico. En el marco estratégico se tiene en consideración todas las propuestas estratégicas relacionados con la salud comunitaria en los ámbitos europeo, nacional y autonómico. Por último, se establece el marco organizativo que identifica y expone aquellas características del Sistema Sanitario Público Andalúz (SSPA) que son relevantes para esta estrategia.

2.1. Marco metodológico

El gobierno de la Junta de Andalucía se encuentra comprometido con la tarea de asegurar que sus políticas públicas (estrategias, planes, programas de actuación, proyectos y normas) sean adecuadas a las demandas y necesidades ciudadanas, se encuentren apoyadas en las evidencias científicas, sean realistas en sus objetivos, pero ambiciosos, eficaces a la hora de conseguir beneficios sociales y eficientes en cuanto a los costes incurridos, incluidos los sociales y medioambientales. Todo ello, desde la perspectiva de una actuación y consumo de recursos sostenibles por parte de la Administración y de la propia sociedad.

Partiendo de este planteamiento, se decide para el diseño e implementación de la ESCA una metodología con enfoque integral y participativo que permita reflejar la diversidad de realidades del SSPA e incluya la perspectiva de los diferentes perfiles profesionales relacionados con la atención comunitaria, directivos, sociedades científicas, agentes locales y ciudadanía.

Se utilizó como guía metodológica el *‘Manual para la elaboración de planes estratégicos de políticas públicas en la Junta de Andalucía’* elaborado por el Instituto Andalúz de Administraciones Públicas (IAAP) que propone un proceso de planificación que consta de varias etapas⁵. A lo largo del presente documento se van detallando las actuaciones realizadas en cada una de dichas fases.

2.2. Marco conceptual

La salud comunitaria, es parte de la actividad diaria en APyC desde la creación del SSPA, y se define como la *“expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales”*¹⁹.

En línea con lo establecido en la Declaración de Alma-Ata de 1978¹², la APyC se define como el núcleo principal del SSPA siendo el primer nivel de acceso de la población, con un enfoque intersectorial y de participación comunitaria que son claves para ofrecer una atención integral y equitativa a las necesidades de salud de las personas, sus familias y comunidades. Basada en la autorresponsabilidad, garantiza una atención continua a lo largo de todas las etapas de la vida, abarcando desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados al final de la vida^{12,13}.

Para lograr el máximo nivel de bienestar de la población, el funcionamiento y estructura de la APyC se fundamentan en el modelo organizativo definido por Barbara Starfield, que establece como principios de una APyC de calidad la accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación^{13,14}.

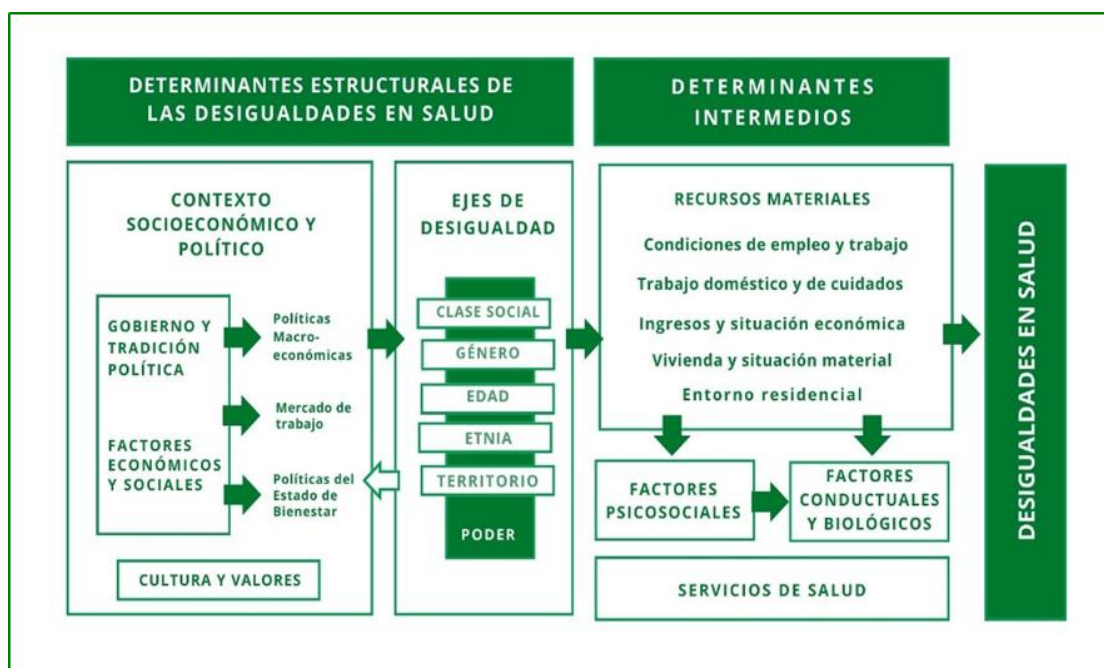
La APyC se define por su cercanía a la población, tanto geográfica, al estar presente en barrios y localidades, como relacional, gracias a los vínculos que establece con las personas y la comunidad. Este enfoque facilita el conocimiento de los entornos y realidades locales, permitiendo una atención centrada en la persona, adaptada a las necesidades específicas de cada grupo e individuo^{15,16}. Con ello, la APyC juega un papel esencial en el SSPA, ya que una infraestructura de atención primaria más fuerte, se relaciona con mejores niveles de salud, menos costes y más equidad en salud^{14,17,18}.

Uno de los retos más relevantes a los que se enfrenta la APyC, en el que la salud comunitaria juega un papel determinante, es el abordaje de las inequidades en salud, tal como lo planteado por Julián Tudor en la Ley de Cuidados Inversos²⁰. Según esta ley, los recursos sanitarios tienden a distribuirse de manera inversa a las necesidades reales de las personas, lo que contribuye a perpetuar y ampliar las desigualdades en salud. La APyC, al centrarse en la proximidad geográfica y relacional con la comunidad, busca revertir esta dinámica, favoreciendo un acceso equitativo al sistema sanitario^{14,18}.

Para actuar sobre las inequidades en salud, la APyC integra el enfoque de los DSS. Estos

determinantes, incluyen factores sociales, económicos, educativos, y otros, que resultan de las condiciones en las que las personas viven, crecen, trabajan y envejecen, y son fundamentales para entender las diferencias en salud halladas entre distintos subgrupos poblacionales^{21,22}. En España, la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades en Salud adaptó este marco para promover intervenciones dirigidas a reducir estas desigualdades. De ello resultó un modelo de DSS en el que se distinguen determinantes estructurales, como el contexto socioeconómico y político y los ejes de desigualdad, y determinantes intermedios, como recursos materiales y servicios de salud (ilustración 1)²².

Ilustración 1 - Modelo explicativo de los Determinantes Socioeconómico de la Salud.



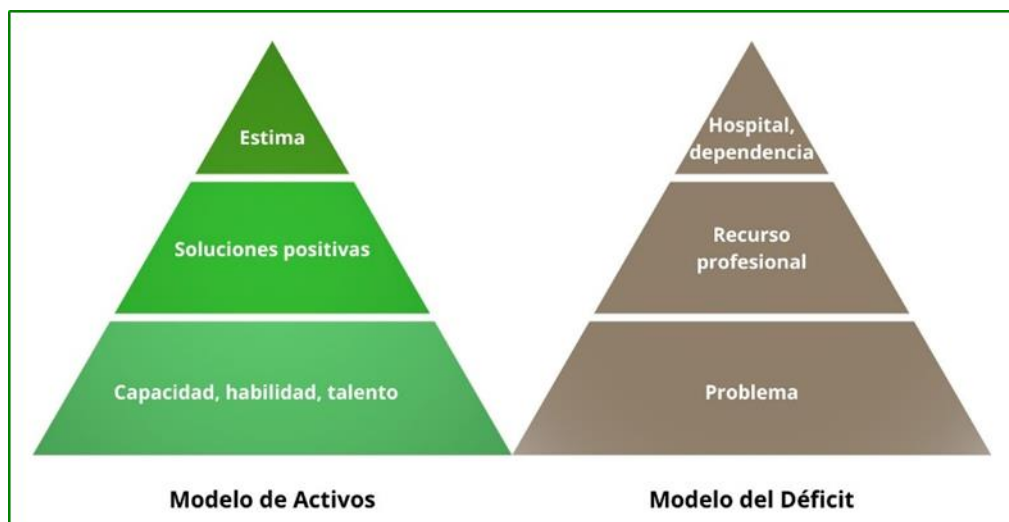
Fuente y elaboración: “Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.”²²

El abordaje de los DSS y las inequidades en salud son dos de los pilares para entender la salud comunitaria, ya que el individuo y la comunidad forman parte de un complejo entorno que moldea tanto sus oportunidades como sus amenazas para vivir una vida lo más plena y saludable posible, reflejando diferencias evitables e injustas en el estado de salud entre distintos grupos poblacionales. La identificación y mitigación de estas desigualdades son cruciales para promover la equidad en salud, asegurando que todas las personas tengan acceso a las mismas oportunidades para alcanzar su máximo potencial de salud.

Entender la salud no solamente desde la perspectiva de lo que previene la aparición de la enfermedad, si no desde lo que genera salud, teniendo en cuenta los recursos que la

generan (individuales, grupales, comunitarios, etc.), constituye un nuevo enfoque para promover la salud y el bienestar de las personas y las comunidades que pretende ir más allá del paradigma biomédico tradicional. En las últimas décadas se viene desarrollando este modelo, apoyado en la Teoría de Salutogénesis²³, denominado Modelo de Activos para la salud²⁴⁻²⁶ (ilustración 2). En este marco, se propone la identificación por parte de la propia comunidad de los activos para la salud, definidos como aquellos *“factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”*²⁴. Con este enfoque se pretende, por lo tanto, ir más allá de la promoción de la salud individual, y actuar favoreciendo la cohesión social de la comunidad.

Ilustración 2 - Perspectiva de los modelos de déficit y activos.

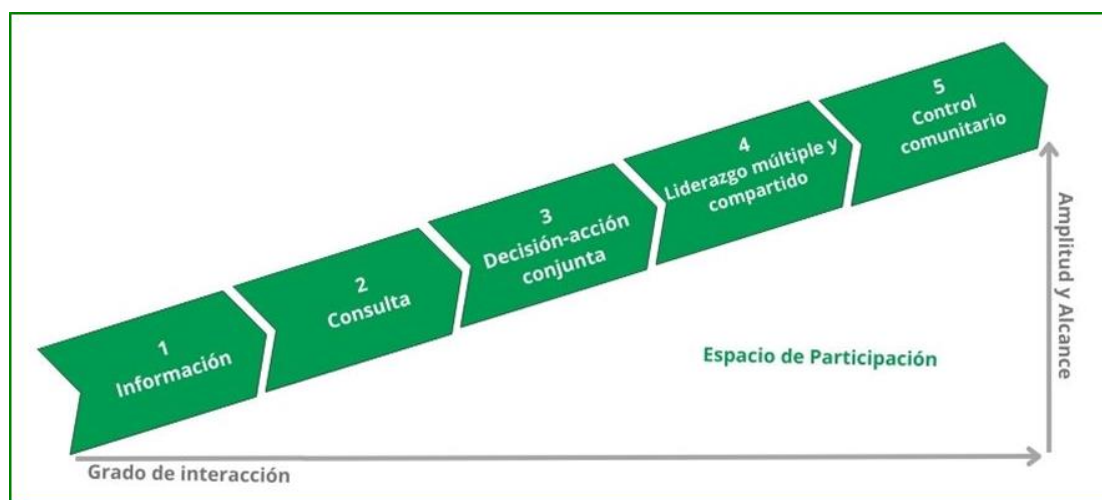


Fuente y elaboración: “Perspectivas de los modelos de déficit y activos”²⁵

La promoción de la salud, tal como se define en la Carta de Ottawa²⁷, constituye otro elemento esencial de la APyC. Este enfoque promueve el empoderamiento de las comunidades, involucrando a la comunidad en la toma de decisiones y en la implementación de políticas de salud. La participación de la comunidad permite que las intervenciones se adapten mejor a las necesidades locales, fomenta un mayor sentido de pertenencia y compromiso, y contribuye a una distribución más equitativa de los recursos, fortaleciendo así todos los niveles del sistema de salud¹⁰. Aunque estén demostrados los beneficios de la incorporación de la participación de la ciudadanía, aún son escasos los proyectos a nivel nacional que incorporan una alta participación²⁸. La guía “Acción comunitaria para ganar salud”⁹, basándose en el modelo propuesto por AdaptA GPS¹⁰, plantea un modelo de

participación comunitaria teniendo en cuenta el grado de interacción establecido (dividido en 5 niveles), la amplitud y alcance de las interacciones (ilustración 3).

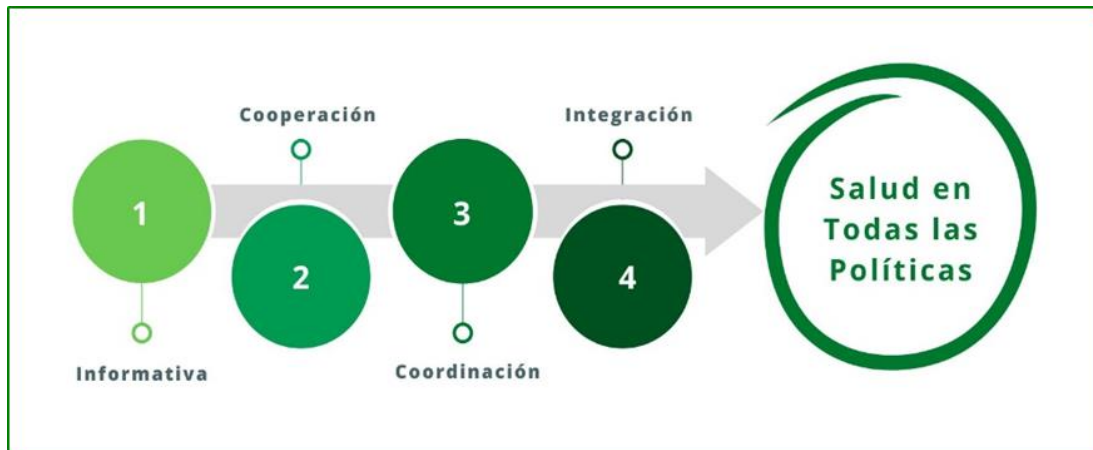
Ilustración 3 - Niveles de interacción en participación comunitaria



Fuente y elaboración: "Niveles y grados de interacción en un contexto de participación."⁹

Para lograr la equidad en salud, dado que los DSS se relacionan con diferentes sectores más allá del sanitario, es necesario adoptar un enfoque intersectorial. De esta idea surge el concepto de Salud en Todas las Políticas, planteado en la Declaración de Adelaida²⁹ y reforzado en la Declaración de Helsinki de 2013³⁰, que se refiere a la necesidad de incorporar las implicaciones en salud a las políticas públicas de todos los sectores, buscando sinergias y evitando impactos perjudiciales para la salud. El trabajo conjunto y coordinado entre los diferentes sectores implicados es imprescindible si se pretende conseguir la intersectorialidad. Existen modelos de trabajo conjunto, que se estructuran según el nivel de participación de los sectores implicados, distinguiendo cuatro fases, desde la informativa, de menor colaboración, hasta la integración de la salud en todas las políticas (ilustración 4)³¹. Además, otro elemento clave a considerar a la hora de realizar el trabajo intersectorial en salud comunitaria es el poder local. Su cercanía a la población y al entorno, su relación con otros agentes de la comunidad y su conocimiento de la realidad local hacen que sean un fuerte elemento en la red comunitaria, convirtiéndose, en muchas ocasiones, los impulsores de acciones comunitarias.^{9,31}

Ilustración 4 - Modelo de trabajo intersectorial.



Fuente: “Modelos de trabajo con otros sectores o tipologías de intersectorialidad.”³¹ Elaboración propia.

Desde el Ministerio de Sanidad se propone un modelo conceptual para estructurar la orientación comunitaria en el ámbito de la APyC, estableciendo tres niveles diferentes, cada uno con sus características, metodologías y herramientas propias, pero interconectados entre ellos^{4,32,33}:

Nivel 1 - Nivel individual y familiar: "pasar consulta mirando a la calle"

- Se corresponde con la práctica diaria en los centros de atención primaria, en consulta y en los domicilios y puede ser incorporada a la actividad laboral de todas las personas que trabajan en las distintas categorías profesionales de APyC.
- Pone en relieve la necesidad de tener en cuenta a las personas en sus contextos, personales y familiares, y en los roles y estereotipos de género en los que se mueve. Se tiene en cuenta, por lo tanto, el enfoque de determinantes de salud y la perspectiva de equidad, y se añade además el modelo de activos.
- Desde este nivel se facilita información a los niveles dos y tres, ya que aporta un conocimiento de las realidades, roles y contextos de las personas, importante a la hora de adaptar y desarrollar las actividades grupales o acciones comunitarias en un territorio determinado.
- Para llevar a cabo este nivel se puede recurrir a las siguientes herramientas^{32,33}: el abordaje biopsicosocial con orientación hacia los determinantes sociales de la persona, recomendación de activos, trabajo en equipo (personal sanitario y no sanitario, dentro y fuera del centro de salud), la historia clínica digital que permita recoger o consultar esta información (determinantes sociales, genograma, ecomapa, códigos z, mapa de activos, entre otros...).

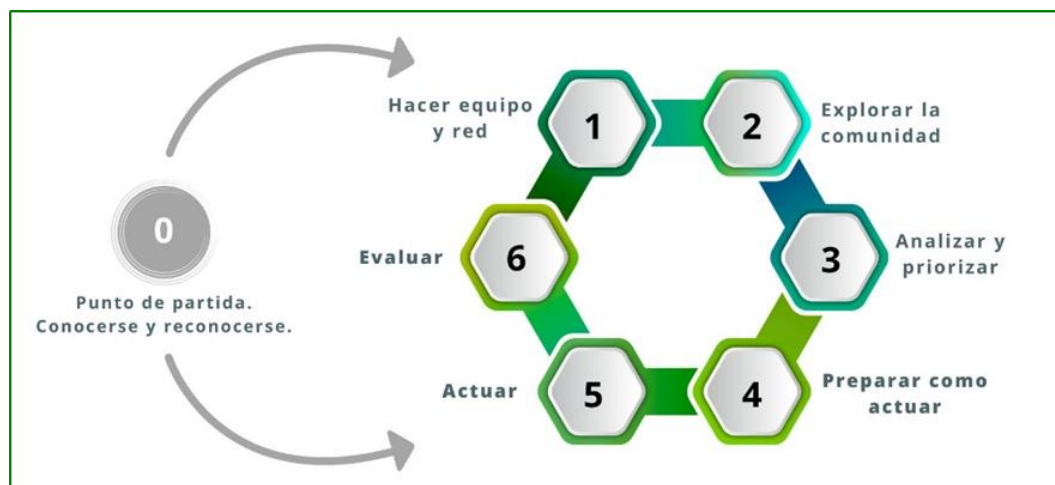
Nivel 2 – Nivel grupal: “educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas”

- Realización de actividades grupales, por profesionales de APyC, dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta sus características y necesidades, incorporando el enfoque de DSS y equidad en su realización.
- En este nivel es clave que las actividades grupales favorezcan el desarrollo de habilidades personales, el fomento del autocuidado y fortalecimiento de los recursos personales utilizando el aprendizaje significativo y entre iguales.
- Las herramientas para desarrollar este nivel serían las metodologías de educación para la salud grupal basada en aprendizajes significativos⁸.

Nivel 3 - Nivel colectivo: acción comunitaria en salud, “el centro de salud no es el único centro de salud”

- Corresponde a la acción comunitaria propiamente dicha que se define como “la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia”¹⁹. En la guía “Acción Comunitaria para ganar Salud”⁹ se plantea como un proceso cíclico, dividido en diferentes fases, cada una de ellas apoyada en trabajo previo, y que cada vuelta del ciclo da continuidad a la acción comunitaria cada vez con nuevos objetivos y participantes (ilustración 5).

Ilustración 5 - Fases de la Acción Comunitaria



Fuente: “Ciclo de acción comunitaria”⁹. Elaboración: adaptada a partir de la fuente. Elaboración propia.

- Es el nivel en que algunos profesionales de APyC representan el sistema sanitario en el trabajo intersectorial con los agentes locales para lograr mejorar el bienestar de la comunidad. No se trata, por lo tanto, que los equipos de APyC sean encargados de crear

o generar intervenciones comunitarias. El proceso comunitario puede existir previamente en la comunidad y estar liderado por otras entidades o la misma ciudadanía, por lo que el equipo de APyC se sumaría al proceso ya existente.

- En este nivel las herramientas a utilizar serían las correspondientes de cada fase del ciclo de acción comunitaria (incluido en la Guía “*Acción Comunitaria para ganar salud*”)⁹.

Estos tres niveles de orientación, entrelazados y complementarios aseguran una respuesta completa y efectiva a las necesidades de salud de la población, promoviendo una visión integral y participativa de la salud comunitaria. En conjunto, estos esfuerzos contribuyen a crear una comunidad más saludable y equitativa, donde todas las personas tengan la oportunidad de vivir vidas plenas y saludables.

De forma transversal, se incluye el enfoque de género, especialmente el *mainstreaming* de género con especial énfasis en las desigualdades de género en salud, ya que el género es uno de los DSS. Esto implica:

- Reconocer la diversidad: Aceptar que las mujeres y los hombres tienen necesidades y experiencias de salud distintas, influenciadas por factores como la edad, la clase social, la etnia, la orientación sexual y la discapacidad.
- Analizar las desigualdades: Identificar y abordar las barreras que limitan el acceso de mujeres y hombres a la atención en salud y a los recursos que promueven la salud.
- Promover la participación: Involucrar a hombres y mujeres en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud comunitaria, asegurando que sus voces sean escuchadas y que sus necesidades sean atendidas.
- Fomentar la igualdad: Trabajar para eliminar las barreras que dificultan la igualdad de género en salud, incluyendo la violencia de género, los estereotipos de género y la discriminación.
- Considerar el contexto social: Tener en cuenta que la salud de los individuos está relacionada con su contexto social, incluyendo las relaciones de poder entre hombres y mujeres, la división sexual del trabajo y los roles de género.

2.3. Marco normativo

La legislación relacionada con la salud comunitaria en España tiene un amplio recorrido histórico, por lo que se presenta dividida en tres ámbitos: internacional, nacional y

autonómico. Si bien guardan una estrecha relación entre ellos, hacen referencia a distintas realidades organizativas y funcionales.

Ámbito Internacional

Se presenta a continuación un listado de los principales acuerdos internacionales vigentes que forman parte del ordenamiento jurídico interno y tienen alguna incidencia en la salud comunitaria, ordenados cronológicamente por la fecha de publicación en los diarios oficiales:

- Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica y Protocolo Adicional al mismo, ratificado por Instrumento de 29-11-1982 (BOE núm. 41, de 17/02/1984).
- Acuerdo Europeo de Seguridad Social y el Acuerdo Complementario para la aplicación del mismo, ratificado por Instrumento de 10-01-1986 (BOE núm. 271, de 12/11/1986).
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, ratificado por Instrumento de 23-07-1999 (BOE núm. 251, de 20/10/1999).
- Reglamento Sanitario Internacional, revisión de 2005 (BOE núm. 62, de 12/03/2008).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificado por Instrumento de 23-11-2007 (BOE núm. 96, de 21/04/2008).
- Tratado de la Unión Europea, versión consolidada 2016 (DOUE C 202, de 07/06/2016).
- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, versión consolidada 2016 (DOUE C 202, de 07/06/2016).
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2016 (DOUE C 202, de 07/06/2016).
- Carta Social Europea (revisada), ratificada por Instrumento de 29-04-2021 (BOE núm. 139, de 11/06/2021).

Ámbito Nacional

Se presenta a continuación un listado y un resumen de las principales legislaciones que conforman el marco normativo a nivel nacional de la salud comunitaria en el ámbito sanitario.

- Constitución Española de 27 de diciembre del 1978.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.
- Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.
- Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad.

Ámbito Autonómico

Se presenta a continuación un listado y un resumen del marco normativo a nivel autonómico.

- Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 2 /1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Decreto núm. 259/2001 de Consejería de Salud, de 27 noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área.
- Decreto 128/2003, de 13 de mayo, por el que establece la composición del Consejo de

Administración del Servicio Andaluz de Salud.

- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.
- Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública.
- Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía.
- Decreto-Ley 20/2020, de 28 de julio, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19).
- Orden de 15 de septiembre de 2021, por la que se desarrolla la composición, funciones y funcionamiento de las Unidades de Gestión de Salud Pública.
- Decreto 168/2025, de 5 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

2.4. Marco estratégico

Las estrategias y planes relacionados con la salud comunitaria que sirven de referencia para la ESCA se han estructurado en base a sus distintos ámbitos de desarrollo:

Ámbito Internacional

Desde 1986 la Organización Mundial de la Salud celebra conferencias mundiales de la Promoción de la Salud en las que se generan propuestas fundamentales para mejorar la salud global. Entre las principales conclusiones que se han derivado en las diez conferencias realizadas hasta la fecha destacan: poner el foco en la promoción de la salud como un proceso clave para mejorar el control de las personas sobre su salud, impulsar el enfoque de ‘Salud en Todas las Políticas’, destacando la necesidad de políticas públicas favorables a la salud desde todos los sectores, identificar los retos y acciones necesarios para abordar los DSS y promover la responsabilidad de los gobiernos en la creación de oportunidades para reducir inequidades a nivel local, nacional e internacional.

La Organización de las Naciones Unidas hace un llamamiento a sus estados miembros a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Entre ellos destaca el ODS 3 Salud y Bienestar, que se centra en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Ámbito Nacional

Con el impulso del Ministerio de Sanidad se desarrollan en nuestro territorio una serie de políticas fundamentales para el desarrollo de la salud comunitaria. En primer lugar, el Marco Estratégico de APyC que recoge una línea estratégica específica dedicada a reforzar la orientación comunitaria con el desarrollo de acciones que permitan desarrollar la salud comunitaria en sus tres niveles (individual, grupal y colectivo). Además, apuesta por la participación activa de la ciudadanía y la coordinación y la articulación operativa de la APyC con otros sectores como el ámbito social, educativo, los activos comunitarios para la salud, las administraciones locales y el nivel hospitalario. En segundo lugar, el Plan de Acción de Atención Primaria 2025-2027, que incluye el desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA, que proporcione un marco de trabajo común, adaptado a la realidad de cada territorio, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía. En tercer lugar, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, que aborda la salud comunitaria tanto en el entorno local, como en el sanitario y en el educativo.

Ámbito Autonómico

Como principal marco de referencia a nivel de planificación de actuaciones en materia de salud en Andalucía se tiene en cuenta el IV Plan Andaluz de Salud, para el período 2013-2020, al que se dará continuidad con la Estrategia de Salud de Andalucía 2030. En sus compromisos se incluyen varias acciones dirigidas a la promoción de salud, a desarrollar los activos para la salud de la comunidad, reducir las desigualdades sociales en salud y fomentar espacios de participación ciudadana, entre otros.

Entre los Planes Marco y Estrategias del SSPA, las relacionadas con la salud comunitaria son:

- La Estrategia de Atención Primaria de Andalucía 2020-2022³, que aborda la atención a la comunidad y plantea la promoción de activos para la salud como forma de participación ciudadana en el cuidado de la salud.
- La Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030³⁴, que tiene como objetivo promover los hábitos saludables en toda la población y edades, mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos de vida y en todas las políticas, y actuaciones sobre los determinantes que generan desigualdades en salud.
- La Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida)^{35,36} que tiene como visión garantizar que la mirada enfermera esté presente a través de los valores que ella conlleva en el cuidado integral, la promoción de la salud y la relación de ayuda.
- El Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia (PESIA)³⁷, cuya misión principal es mejorar y promover la salud de la infancia y adolescencia andaluza mediante medidas sanitarias de prevención, promoción, atención, protección y recuperación, con un enfoque multidisciplinar, intersectorial, basado en derechos y equidad.
- La Estrategia Andaluza para la Inmigración³⁸, que tiene como principal finalidad constituir el marco general de planificación de la Comunidad Autónoma para las políticas destinadas a la integración social de personas migrantes, así como de quienes solicitan o reciben protección internacional, busca promover y fortalecer la interacción entre las políticas clave que faciliten su integración social, y fomenta el desarrollo de una sociedad inclusiva basada en la convivencia intercultural.
- La Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria³⁹, que tiene como finalidad garantizar a colectivos especialmente vulnerables de la sociedad la atención, los cuidados y la prestación de servicios de naturaleza sanitaria y social a los que tengan derecho en virtud de la normativa en vigor y en las mejores condiciones para que reciban una

atención de calidad y centrada en la persona, en el contexto de la coordinación entre el Sistema Social y el Sistema Sanitario en el territorio andaluz.

- La Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva (actualmente en fase de elaboración) que busca promocionar la salud sexual y la salud reproductiva de la población, así como garantizar la prevención de riesgos y una atención sanitaria de calidad en este ámbito.
- El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)⁴⁰ (pendiente de publicar, da continuidad al III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 y al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016 - 2021). Los principales objetivos de este plan estratégico son garantizar en el sector de la salud mental y las adicciones una atención integral y equitativa, fomentando la participación, impulsando la investigación y formación y actualizando los procedimientos de humanización y bioética.
- La Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía⁴¹, que se implementa de forma coordinada con otros planes y estrategias, y se prioriza la protección de los derechos sanitarios, especialmente de los colectivos de mayor vulnerabilidad, fomentando la corresponsabilidad y la autonomía, la equidad y transparencia en la gestión de recursos, impulsando la investigación y formación.
- La Actuación Sanitaria ante Violencia de Género⁴², que incluye los siguientes protocolos de actuación actualizados en 2024: “Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”, “Actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la Violencia de Género”, “Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante”, “Actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía “, “Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental” y “Protocolo de detección Temprana de Violencia de Género” en los que se establecen pautas de actuación sanitaria que dan una respuesta homogénea y eficaz tanto a las mujeres en esta situación, como a sus hijos e hijas y personas dependientes de ellas.
- La Estrategia de Cáncer en Andalucía, con los principales objetivos de impulsar la promoción de salud y la prevención; facilitar la atención integral, multidisciplinar, y la continuidad asistencial; potenciar la formación y la investigación y adaptación de servicios para reducir el impacto del cáncer en Andalucía.

De la misma forma, la salud comunitaria, la promoción de salud y la participación ciudadana están presentes de forma transversal en los planes y programas desarrollados dentro del SSPA. A continuación, se nombran los Planes, Planes Integrales y Programas en los

que se incluyen:

- El Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025-2028 (PAdAC).
- El Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA (PAITSIDA).
- El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA) (en elaboración de nueva edición).
- El Plan Andaluz de Prescripción de Ejercicio Físico (PAPEF).
- Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA)
- Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad 2024-2027 (PIAAC).
- Programa de Hábitos de Vida Saludables.
- El Plan Integral de Diabetes de Andalucía.
- El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN).
- El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA).
- El Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.
- El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- El Plan de Medicina Personalizada y de Precisión.
- Plan Estratégico Andaluz para el abordaje de las Hepatitis Víricas.
- Plan Integral de atención a la Accidentabilidad.
- Plan Estratégico de Vacunación de Andalucía.
- Plan Integral de Sensibilización y Prevención contra la violencia de género en Andalucía.

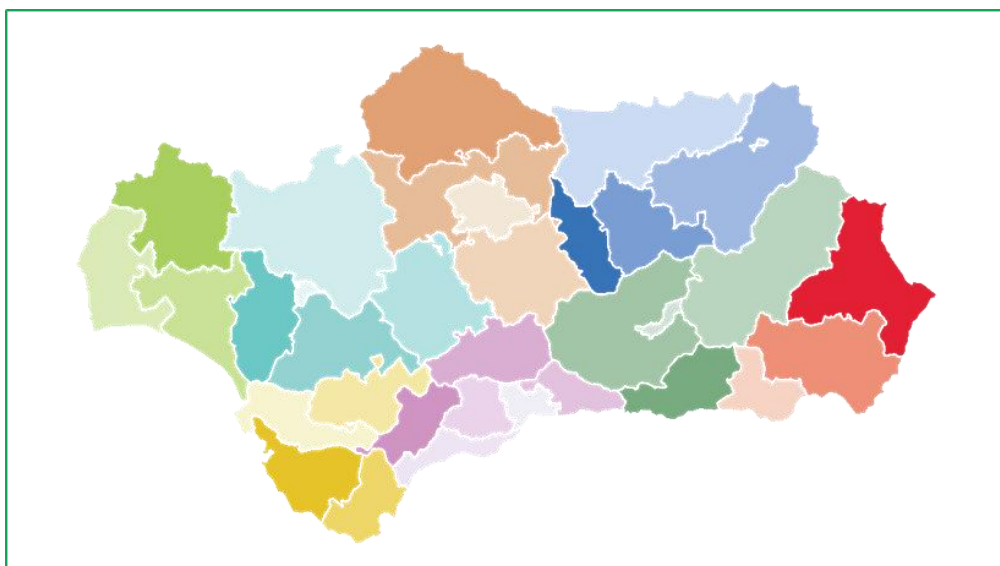
2.5. Marco organizativo

Para entender cómo se desarrolla la salud comunitaria en APyC en Andalucía y cómo se van a llevar a cabo las acciones destinadas a mejorarla, es importante conocer cómo se estructura el SSPA a nivel territorial y funcional.

Organización territorial

El SAS se organiza en ocho demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, coincidiendo con las ocho provincias que conforman la Comunidad Autónoma^{13,43}. En cada área de salud hay una Delegación Territorial de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia, y los servicios sanitarios de cada una de las áreas están integrados, administrativa y funcionalmente por los Distritos de Atención Primaria⁵ (DAP) y las Áreas Hospitalarias⁴³.

Ilustración 6 - Mapa de Atención Primaria de Andalucía



Elaboración y fuente: “Mapa de servicios sanitarios públicos de Andalucía”⁴⁹

Los DAP integran las Zonas Básicas de Salud (ZBS), que constituyen el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, en los que se ubican los Centros de Atención Primaria (CAP) que pueden ser centros de salud, consultorios locales y/o consultorios auxiliares. Las ZBS se delimitan atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, económico, epidemiológico, cultural y viario. Están constituidas por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía³⁰. Dicho mapa establece un total de 34 DAP, 216 ZBS y 1514 CAP distribuidos por todo su territorio (ilustración 7).

Organización funcional y modelo de gestión

La APyC en el SSPA se basa en un modelo de gestión descentralizado. Los DAP son las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia e investigación. En la actualidad hay 34 distritos de APyC, algunos de ellos comparten direcciones, lo que tiene implicaciones funcionales y de gestión.

Existe, además, un modelo de gestión integral denominado Área de Gestión Sanitaria (AGS), que se caracteriza por la gestión unitaria de los dispositivos asistenciales de APyC y atención hospitalaria, así como la Salud Pública, en una demarcación territorial específica. En

total en Andalucía hay 16 AGS. En estos casos, los DAP están integrados en las AGS, en las que hay uno o dos DAP y un hospital de referencia.

Entre ambas formas de organización, DAP y AGS, hay actualmente un total de 27 centros directivos: dos en Huelva, tres en Almería, Córdoba, Granada y Jaén, cuatro en Cádiz y Sevilla, y cinco en Málaga⁴⁴ (tabla 1).

Tabla 1 - Estructura territorial y funcional en Atención Primaria y Comunitaria.

Tipos de estructura	Número
Áreas de Salud	8
Áreas de Gestión Sanitaria	16
Distritos de Atención Primaria	34
Centros Directivos (AGS+DAP)	27
Zonas Básicas de Salud	216
Centros de Atención Primaria	1514

Fuente: “Orden de 17 de junio de 2020, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía”⁴⁵. Elaboración propia

Cada DAP/AGS, a su vez, tiene asignadas las Unidades de Gestión Clínica (UGC) que se configuran en su área de adscripción. La UGC de atención primaria es la estructura organizativa responsable de la gestión primaria de salud, y está formada por profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la ZBS.

Cada ZBS cuenta con un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que conforman el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), con localización física preferente en los CAP, cuyas funciones son tanto prestar asistencia sanitaria como desarrollar actuaciones de promoción de salud y prevención individuales, grupales y comunitarias.

El Contrato Programa¹ (CP) es el instrumento utilizado por la Dirección Gerencia del SAS para establecer anualmente objetivos a cumplir por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones. Éste se realiza entre la Dirección Gerencia del SAS y los Hospitales, DAP y AGS. Los objetivos recogidos en el CP abarcan desde

¹ Fecha de acceso 04/12/2025: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/contrato-programa>

aspectos relacionados la perspectiva económica y la gestión de recursos, hasta la asistencia sanitaria a la ciudadanía y su satisfacción, y la formación, entre otros.

A su vez, la Dirección Gerencia del DAP/AGS establece los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) con la dirección de cada UGC, a propuesta de la Dirección de Salud del DAP/AGS. El AGC es, por lo tanto, el documento en el que se fija el marco de gestión de la UGC, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo.

La ciudadanía asume un papel central en la organización de los servicios sanitarios, tal como se recoge en el Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana⁴⁶, alineado con el Plan de Calidad del SSPA, la Ley de Salud Pública de Andalucía, el IV Plan Andaluz de Salud y la Ley de Transparencia. Dentro del SSPA, se establecen diferentes herramientas de participación ciudadana^{47,48}. La gobernanza de las UGC tiene la función de facilitar la participación ciudadana mediante los mecanismos disponibles: mesas de participación ciudadana, encuestas de satisfacción, redes sociales, etc². La ciudadanía, a través de estos mecanismos, participa en el ámbito de la salud en el SSPA en los siguientes aspectos: en la evaluación de los resultados de los servicios asistenciales que se les prestan; en la organización de los servicios; en la asistencia a otros pacientes (como pacientes expertos); en actividades de promoción y prevención; y apoyo a las actividades del centro⁴⁷. Además, la implantación de la participación ciudadana debe verse reflejada en los instrumentos de gestión existentes^{46,47}.

² Fecha de acceso 04/12/2025:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/relacion-con-la-ciudadania/participacion-ciudadana>

3. La Gobernanza

La gobernanza se entiende como el proceso de toma de decisiones que se ejerce en conjunto por actores públicos y privados involucrados en la gestión de políticas públicas, el modelo de gobernanza diseñado para la ESCA sigue las recomendaciones del IAAP⁵. Este modelo de gobernanza debe favorecer la participación de las y los profesionales del SSPA, así como de otras entidades, ámbitos y territorios, etc. Para ello se establece un modelo de gobernanza que diferencia tres aspectos de la ESCA: la elaboración, la implementación y la evaluación. Son procesos que se interrelacionan y por lo tanto su gobernanza también.

Desde la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia se solicitó la elaboración de la ESCA al SAS y se iniciaron los primeros trabajos hasta la constitución de la Oficina Técnica y de los Comités Técnico y Director en el año 2024, incorporándose también la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) con funciones de apoyo y asesoramiento.

El modelo de gobernanza se diseñó teniendo en cuenta las características geográficas y organizacionales del SSPA. Se propuso para las fases de implementación, seguimiento y evaluación la creación de 27 estructuras territoriales que permitirán adaptar la ESCA a cada DAP. Este modelo es aprobado por los comités técnicos y director.

La participación de las partes interesadas en las distintas fases de diseño, implementación y evaluación de la estrategia es un factor de calidad y buena gobernanza; por ello se diseñó un itinerario de participación para que tanto profesionales, como directivos, sociedades científicas y ciudadanía puedan participar en distintos momentos de la ESCA.

En relación con la igualdad de género en las distintas estructuras de gobernanza creadas, se velará por que al menos una de las personas que las componen tenga formación en igualdad de género. Además, en las estructuras territoriales se fomentará la participación o composición equilibrada de mujeres y hombres.

3.1. Comité Director

Es el órgano directivo de mayor nivel y por lo tanto último responsable del desarrollo de la estrategia.

Funciones:

1. Liderar la elaboración de la ESCA.

2. Aprobar los documentos clave y establecer las prioridades de la ESCA.
3. Ejercer la dirección de la ESCA.
4. Aprobar las modificaciones o revisiones de la ESCA.
5. Velar por la correcta implantación de la ESCA.
6. Analizar la evaluación anual de seguimiento de la ESCA.
7. Validar el sistema de indicadores de la ESCA.

Composición:

- Dirección-Gerencia del SAS (presidencia del Comité Director).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- Dirección General de Personal.
- Dirección General de Gestión Económica y Servicios.
- Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones.
- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria.

3.2. Comité Técnico

Es un órgano de coordinación entre las distintas direcciones y servicios necesarios para asegurar la coherencia y cohesión entre las líneas estratégicas de la ESCA.

Funciones:

1. Ofrecer asesoramiento técnico a la Oficina Técnica en sus funciones para la elaboración de la ESCA.
2. Validar el análisis de situación y diagnóstico de la ESCA.
3. Evaluar la viabilidad en cuanto a la necesidad de recursos para la implementación de la ESCA.
4. Validar las líneas estratégicas propuestas por la Oficina Técnica y derivadas del proceso participativo.
5. Monitorizar las líneas estratégicas aprobadas por el Comité Director.
6. Asegurar la coherencia, pertinencia y viabilidad con otras estrategias del SSPA.
7. Facilitar la colaboración y coordinación interdepartamental y multiniveles.
8. Velar por la coherencia y cohesión de otras medidas que se adopten en relación con la salud comunitaria.
9. Identificar las necesidades de coordinación y establecer las medidas adecuadas para ello.

10. Monitorizar, evaluar y proponer medidas de ajuste de la implementación de la ESCA.
11. Ratificar las evaluaciones anuales y final de la ESCA.
12. Valorar y elevar al Comité Director las propuestas de las Oficina Técnica y cuestiones que requieran de su aprobación.

Composición:

- Subdirección de Gestión Sanitaria (SAS).
- Subdirección de Programas y Desarrollo (SAS).
- Subdirección de Accesibilidad y Gestión de Centros (SAS).
- Subdirección de Personal (SAS).
- Coordinación de Cuidados (SAS).
- Subdirección de Estrategias y Planes (Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia).
- Subdirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia).
- Subdirección Técnica Asesora de Gobierno del Dato (SAS).
- Subdirección de Gobierno Funcional del Sistema de Información y Acompañamiento al usuario (SAS).
- Servicio de Planificación Operativa (SAS).
- Servicio de Coordinación-Gestión Ciudadana (SAS).
- Servicio de Gestión Sanitaria y Planes Integrales (SAS).
- Servicio de Promoción y Acción Local en Salud (Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia).
- Servicio de Prevención (Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia).
- Servicio Atención Sociosanitaria (Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia).
- Servicio de Formación Continuada y Desarrollo Profesional (SAS)

3.3. Coordinación

Profesional que coordina todo el proceso de desarrollo e implementación de la ESCA.

Funciones:

1. Asegurar la coherencia interna y externa del diseño, implementación y evaluación.
2. Facilitar la coordinación entre los niveles de gobernanza.
3. Realizar funciones de representación pública.

3.4. Oficina Técnica

Es un órgano facilitador y dinamizador del proceso estratégico en todas sus fases.

Funciones:

1. Asesorar en la planificación de la salud comunitaria.
2. Elaborar los informes provisionales y finales de la ESCA.
3. Apoyar y asesorar a la Dirección de la ESCA en sus funciones de coordinación, desarrollo e impulso de las líneas.
4. Elevar al comité técnico aquellas cuestiones que requieran de su aprobación.
5. Preparar y convocar las sesiones del comité técnico y director de la ESCA.
6. Elaborar y redactar el borrador de la ESCA.
7. Elaborar el análisis de situación inicial y los indicadores de contexto.
8. Contribuir a la identificación de los principales problemas de salud comunitaria y sus soluciones (análisis DAFO).
9. Dinamizar el proceso de participación en la colaboración con la EASP.
10. Proponer indicadores de seguimiento y cuadros de mando de ESCA.
11. Apoyar y monitorizar las actividades de los referentes de ESCA en las comisiones provinciales, identificando áreas de mejora y proponiendo métodos de evaluación de la ESCA.
12. Realizar cualquier otra actuación que le fuera encomendada por la persona titular de la consejería con competencias en materia de salud.

Composición:

- Servicio de Planificación Operativa: 4 asesoras/es técnicas/os y jefatura de servicio.
- Director de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.
- Asesora técnica del Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedades Crónicas.
- Coordinadora de la Red de Acción Local en Salud - Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia.
- Asesora técnica de la Coordinación de Cuidados.
- Asesora Técnica del Servicio de Gestión Sanitaria y Planes Integrales.
- Asesor Técnico del Servicio de Formación Continuada y Desarrollo Profesional.
- EASP: 2 asesoras técnicas.

3.5. Comité Territorial

Es un grupo con un perfil directivo, creado en cada DAP/AGS, que lidera la implantación de la ESCA en su territorio de adscripción.

Funciones:

1. Coordinar la adaptación territorial de la estrategia.
2. Dinamizar la implantación y el seguimiento de la ESCA en las UGC.
3. Apoyar el seguimiento anual de las líneas de acción.
4. Convocar las comisiones territoriales y de participación.

Composición:

- Dirección Gerencia.
- Dirección Médica o de Salud.
- Dirección de Cuidados.
- Cargo intermedio de la UGC.
- Referente de la Estrategia de Vida Saludable /Estrategia de Salud Comunitaria.

3.6. Comisión Territorial

Es un órgano operativo, creada en cada DAP/AGS, para el diagnóstico inicial de la implantación y se vuelve a convocar para las evaluaciones intermedias y finales.

Funciones:

1. Participar en el análisis de la situación de partida y adaptación territorial de la ESCA.
2. Participar en el seguimiento de la adaptación territorial de la ESCA.
3. Participar en seguimiento anual de implantación de la ESCA.
4. Participar en las evaluaciones de la ESCA, intermedia y final.

Composición:

- Referente del Grupo de Director (Coordinador/a)
- Referente de las Estrategia de Vida Saludable /Salud Comunitaria de Andalucía
- Referente Técnico de Educación para la Salud y Participación Comunitaria
- Referente de Enfermería Familiar y Comunitaria
- Referente de Trabajo Social
- Referente de Medicina de Familia y Comunitaria

- Referente de Pediatría
- Referente de Fisioterapeuta
- Referente de Matrona
- Referente de la Unidad de investigación
- Referente de la Unidad de Formación
- Referente de Comunicación
- Referente de la Comisión de Participación (ciudadano)

3.7. Comisión de Participación Ciudadana del DAP/AGS.

Es un órgano de participación ciudadana, existente en cada DAP/AGS, que se invita al análisis inicial de la adaptación territorial de la ESCA, así como a las evaluaciones intermedias y finales de la misma.

Funciones:

1. Participar en el análisis inicial de la adaptación territorial.
2. Participar en el seguimiento anual de implantación de la ESCA.
1. Participar en las evaluaciones de la ESCA, intermedia y final.

Composición³:

- Dirección Gerencia del centro.
- Dirección asistencial del centro (Dirección Médica o de Salud y/o Dirección de Cuidados).
- Responsables de la participación ciudadana del centro.
- Otros expertos del centro que considere la Dirección Gerencia.
- Profesionales referentes de la Escuela de Pacientes.
- Pacientes expertos de la Escuela de Pacientes.
- Expertos en participación ciudadana pertenecientes a organizaciones de consumidores, asociaciones de pacientes, asociaciones de vecinos y de consejos de distritos municipales, técnicos de ayuntamientos que lleven la participación ciudadana, expertos de ONG, pacientes expertos, voluntarios expertos en participación, expertos en participación de los medios de comunicación, etc.

³Fecha de acceso 04/12/2025: Posibles componentes propuestos en el Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana (2015):
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PlanActuacionParticipacionDefinitivo.pdf

3.8. Mesa de Participación Ciudadana de la UGC

Es un órgano de participación ciudadana, presente en cada UGC, que se invita en todos los momentos en los que la adaptación territorial de la ESCA llegue hasta el nivel de UGC.

Funciones:

1. Participar en el seguimiento del plan de adaptación territorial.
2. Colaborar con la implantación de las líneas de acción que impliquen la participación ciudadana.
3. Participar en el seguimiento anual, así como en las evaluaciones intermedia y final.

Composición:

- Mesa de participación ciudadana de cada UGC.

4. El análisis de la situación de partida de la salud comunitaria

El análisis de la situación inicial es el proceso de recopilar y analizar datos necesarios para conocer la situación de partida que sirvan como base para la elaboración de la estrategia. Siguiendo la metodología de planificación estratégica del IAAP, se comenzó por recabar toda la información existente, accesible, actual y relevante sobre la salud comunitaria en Andalucía. Para el análisis de la situación de partida se tuvieron en cuenta tres tipos de fuentes de información: por un lado, la documentación publicada en materia de salud comunitaria, por otros los registros de actividad y recursos del SSPA y, por último, los mismos profesionales del SSPA, incluyendo a los profesionales que trabajan en APyC, directivos y referentes en salud comunitaria. Cada una de estas fuentes aportó un tipo de información complementaria.

Fuentes documentales: para la elaboración del Marco Normativo y Estratégico se hizo una revisión bibliográfica de la literatura existente relacionada con la salud comunitaria, que también sirvió de referencia para la elaboración del marco teórico, identificando no solo publicaciones de referencia internacional, sino también las de nivel autonómico. Igualmente, se hizo una revisión de la legislación y de las estrategias y planes a nivel nacional y autonómico que tuvieran relación con la salud comunitaria. Como referencias metodológicas, se analizaron las estrategias de salud comunitaria publicadas en la página web del Ministerio de Sanidad⁶ así como los distintos documentos elaborados por el grupo de trabajo de Salud Comunitaria del Ministerio de Sanidad como referencias metodológicas^{4,7-11}.

Fuentes estadísticas: se realizó una identificación de los registros existentes en los sistemas de información del SSPA (Módulo de Tratamiento de la Información⁴, Infoweb⁵, Ottawa⁶) y los sistemas de registro de algunos programas de promoción de salud, y se extrajeron aquellos datos que se valoraron como relevantes para el análisis de situación de partida, especialmente los datos de registro de actividad de los distintos programas que se

⁴ El Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) del SAS permite la extracción de grandes volúmenes de información de los sistemas operacionales de DIRAYA (BDU, HDS,...) para que estos no se vean obligados a la realización de consultas complejas.

⁵ Plataforma desarrollada por la Subdirección Técnica Asesora de Gobierno del Dato que permite la difusión de los resultados obtenidos de la explotación de los distintos Sistemas de Información.

⁶ Funcionalidad dentro de APEX Colegios, con el objetivo de disponer de un sistema de registro de intervenciones en promoción de la salud en el ámbito educativo, laboral y comunitario.

vinculan con el nivel de orientación individual, grupal y comunitario. Así mismo se recopilaban y analizaron datos relacionados con los recursos humanos y económicos con los que se cuenta en el SSPA. Además, se consultaron las memorias y actas de reunión de las comisiones y mesas de participación ciudadana y de las actividades realizadas con poblaciones vulnerables. Toda la información accesible se buscó desagregada por sexo y se incluyó desagregada cuando fue posible.

Profesionales sanitarios: el capital humano del SSPA es amplio y variado por lo que se establecieron varios canales para recabar información tanto de profesionales, como de personas de referencia y directivos. En 2022, se realizaron dos encuestas online, formuladas en *LimeSurvey*⁷, sobre salud comunitaria, una dirigida a profesionales de APyC de toda Andalucía⁸ y otra para directivos de los DAP⁹. En 2024, se volvió a realizar una encuesta online para directivos y se hicieron dos grupos focales¹⁰ con profesionales de APyC expertos en salud comunitaria. Toda esta información se utilizó para realizar el análisis de situación de partida.

Además, la oficina técnica está compuesta por profesionales referentes de estrategias y servicios que son importante para la salud comunitaria en APyC. Esta configuración fue clave para la realización del diagnóstico estratégico, ya que se aseguró la visión multidisciplinar e integral del análisis de situación (ilustración 8).

⁷ *LimeSurvey* es una aplicación de software libre para la realización de encuestas en línea.

⁸ Ver documentación complementaria: Informe Encuesta Profesionales ESCA

⁹ Ver documentación complementaria: Informe Encuesta Directivos ESCA

¹⁰ Ver documentación complementaria: Informe GGFF ESCA

Ilustración 7 - Representación de las fuentes de información utilizadas en la en el desarrollo de la ESCA.



Fuentes y elaboración propias.

Se presentan a continuación, los datos obtenidos de las distintas fuentes de información consultadas.

4.1. Registros en los sistemas de información

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la recopilación de información y el análisis de los sistemas de información. En primer lugar, se presentan los resultados referentes a las y los profesionales del SSPA y actividad en APyC, seguidos del análisis realizado en las distintas herramientas de gestión, después se presentan los resultados de cada uno de los programas /planes organizados por los tres niveles de orientación comunitaria (tabla 2), seguido de los datos obtenidos para las actividades de formación e innovación.

Tabla 2 - Planes y programas consultados para realización de análisis de actividad de profesionales del Servicio Andaluz de Salud, distribuidos por los tres niveles de orientación comunitaria.

Nivel de Orientación Comunitaria		
Nivel 1 - individual	Nivel 2 - grupal	Nivel 3 - comunitario
A. Intervención Avanzada Hábitos Saludables	A. Intervención Avanzada Hábitos Saludables	A. Red de Acción Local en Salud de Andalucía
B. Plan de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía	B. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía	B. Promoción de Salud en Lugar de Trabajo
C. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía	C. Programa de Hábitos de Vida Saludables	C. Programa de Hábitos de Vida Saludables
D. Programa de Hábitos de Vida Saludables	D. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía	D. Forma Joven en otros entornos
E. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía	E. Grupos Socioeducativos	E. Comisiones de Participación Ciudadana
F. Plan de Acción Personalizado	F. Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad	F. Escuela de Pacientes
G. Plan Andaluz de Prescripción del Ejercicio Físico		

Fuente y elaboración propia.

Hay una serie de actividades que se realizan en los distintos niveles de orientación comunitaria y de las que no se dispone de registros corporativos con capacidad para la explotación de datos, lo cual limita el análisis de situación en estas actividades:

- **Recomendación de Activos para la Salud:** no está habilitado en la Historia Clínica Digital (HCD) un aplicativo o método de registro específico de la recomendación activos en salud, por lo que, de momento, éste no está homogeneizado entre las y los profesionales y solamente puede ser realizado en texto libre, lo que dificulta la recopilación de esta información e imposibilita su análisis.
- **Actividades grupales dirigidas a Personas Cuidadoras:** son actividades que realiza el Equipo de APyC, dirigidas a personas cuidadoras. Aunque hay constancia de su realización en varios CAP, ya que se hace referencia a ello en las memorias anuales aportadas por los centros directivos, no se dispone en la actualidad de una tarea específica con esta actividad en las agendas de la HCD y, por ello, no se puede analizar la actividad realizada.

- **PSIAA – actividades grupales y comunitarias:** aunque está contemplado en el programa¹¹ no hay registros de las actividades grupales o comunitarias realizadas en este marco.
- **Coordinación Intersectorial:** no se dispone de un sistema de registro de la coordinación

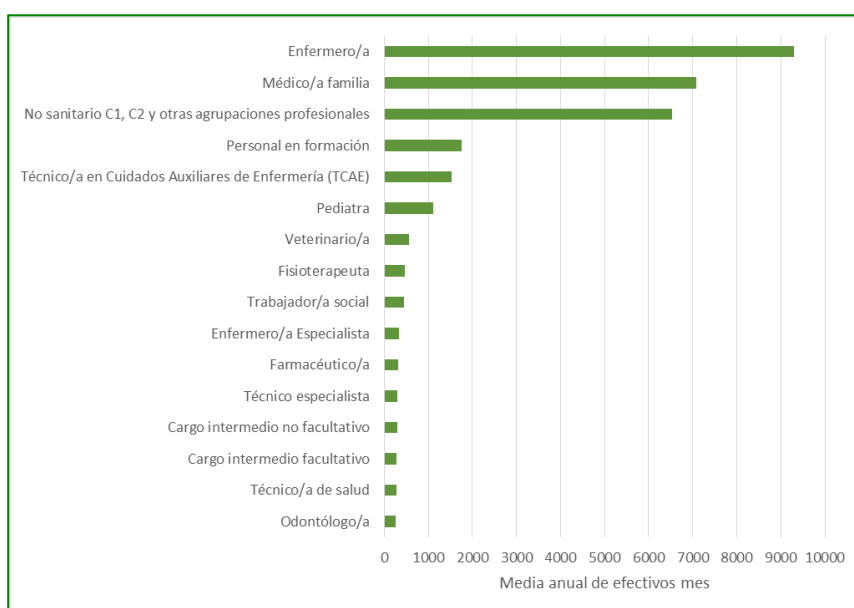
Como unidad de análisis de los registros se ha utilizado los 27 centros directivos que abarcan los 34 distintos Distritos de Atención Primaria, respondiendo al criterio de territorialidad de la ESCA.

intersectorial.

4.1.1. Recursos humanos del SAS

Se analizaron a nivel global los recursos humanos con los que cuenta el SAS en APyC y su distribución por perfiles profesionales y sexos, obteniéndose una media de 31.290 profesionales durante el año de 2023, distribuidos por todos los perfiles (gráfica 1).

Gráfica 1 - Distribución del número de efectivos por grupo profesional en atención primaria

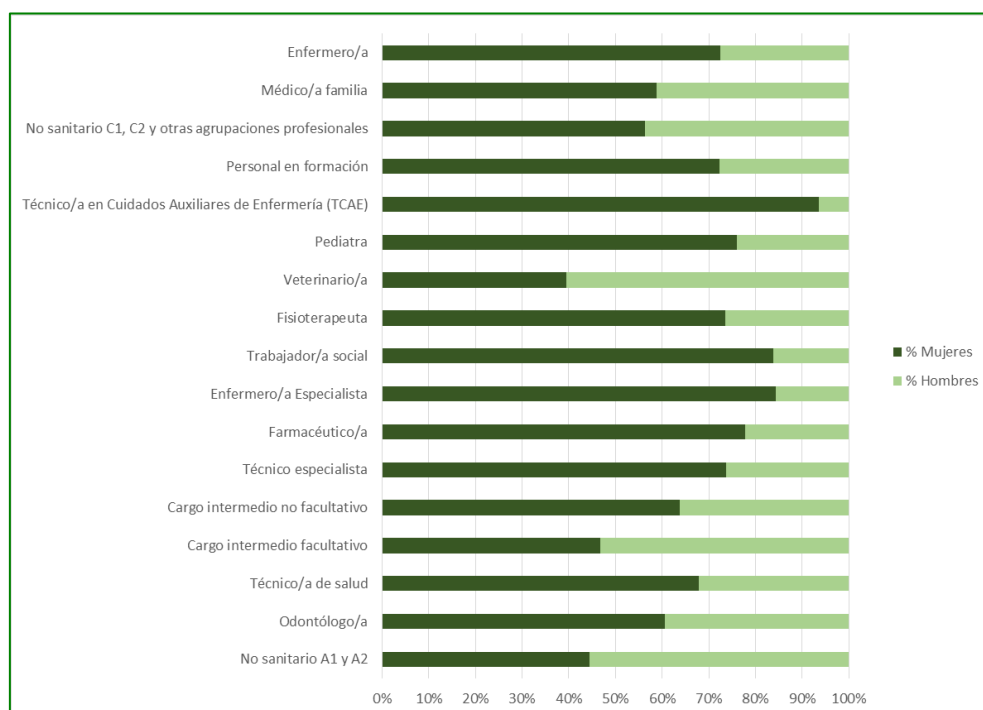


Fuente: “Plantilla del Servicio Andaluz de Salud” disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3> (Fecha de acceso 04/12/2025). Elaboración propia.

¹¹ Fecha de acceso 04/12/2025: Disponible en (pág.26): <https://si.easp.es/psiaa/>

Al analizar la distribución por sexos, se concluye que SSPA está fuertemente feminizado, con un porcentaje de mujeres (72%) que duplica al de hombres (28%). Esta proporción se repite cuando se analizan individualmente los perfiles más relevantes para la salud comunitaria: medicina de familia, enfermería, trabajo social y técnicos de salud (gráfica 2).

Gráfica 2 - Distribución por sexos del número de efectivos por grupo profesional en atención primaria.

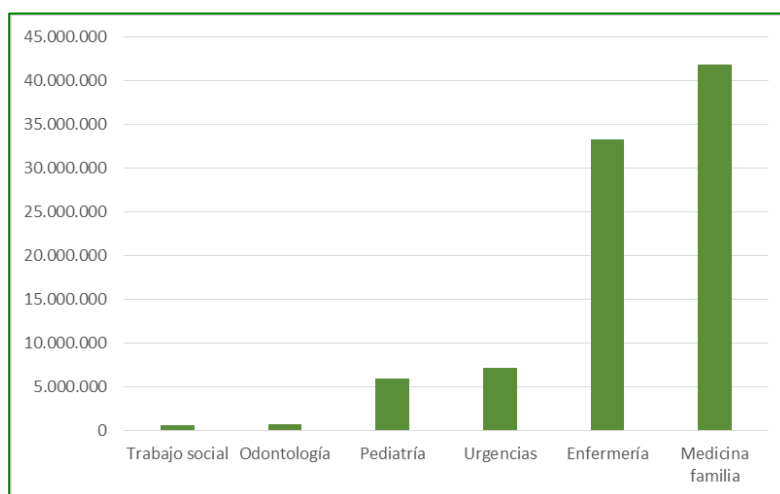


Fuente: “Plantilla del Servicio Andaluz de Salud” disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3> (Fecha de acceso 04/12/2025). Elaboración propia.

4.1.2. Actividad asistencial

Con relación a la actividad asistencial realizada en APyC, se obtuvo en 2023 un total de 38.839.398 consultas realizadas por medicina de familia, 5.379.840 por pediatría, 29.667.583 por enfermería, 562.841 por trabajo social, 1.029.784 por fisioterapia, 682.613 por matronas y 608.621 por odontología, lo que suponen un total de 76.770.680 citas realizadas (gráfica 3).

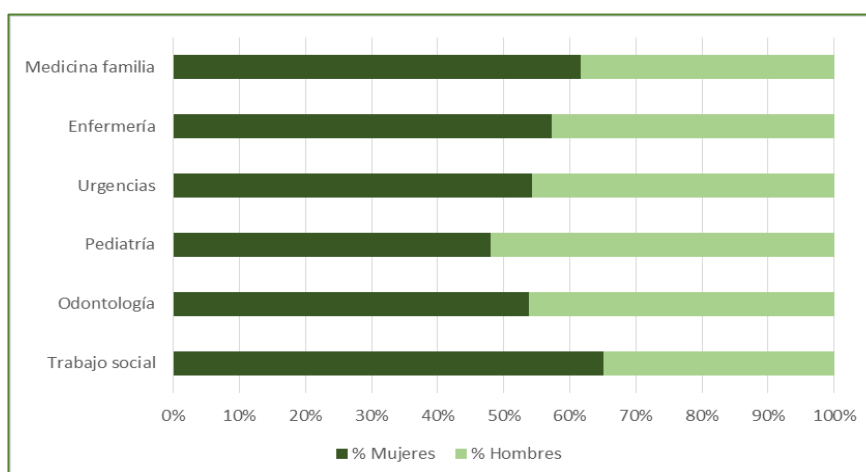
Gráfica 3 - Número de consultas por servicio de Atención Primaria y Comunitaria



Fuente: “Atención primaria. Número de consultas por servicio y porcentaje según sexo de la persona atendida. 2023” disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/atencion-primaria-4> (Fecha de acceso 04/12/2025). Elaboración propia.

Además, en las consultas de APyC predomina la asistencia a mujeres respecto a hombres (con una media de 56% y 43%, respectivamente). Esta diferencia se acentúa en las consultas de trabajo social y de medicina de familia, y se invierte en las consultas de pediatría (gráfica 4).

Gráfica 4 - Porcentaje según sexo de la persona atendida en cada servicio de atención primaria.



Fuente: “Atención primaria. Número de consultas por servicio y porcentaje según sexo de la persona atendida. 2023” disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/atencion-primaria-4> (Fecha de acceso 04/12/2025). Elaboración propia.

4.1.3. Herramientas de gestión

Entre las distintas de herramientas de gestión existentes en el SSPA se han analizado la cartera de servicios, el CP, el AGC y las sesiones de atención continuada de Modalidad A, por su relevancia y relación con la salud comunitaria.

Cartera de servicios

La cartera de servicios de APyC se estructura siguiendo las directrices del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para garantizar prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios de nuestro sistema sanitario público; así, contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible. También incluye la oferta que es propia de la sanidad pública de Andalucía y la que se realiza al Sistema Nacional de Salud a través de los centros, servicios y unidades de referencia.

Está estructurada en varios apartados, uno de ellos dedicado a la APyC que se organiza a su vez en distintas áreas. Los contenidos relativos a la salud comunitaria se clasifican dentro del 'Área de Atención a la Comunidad' de la siguiente manera¹²:

1. Atención a la Comunidad:
 - a. Abordaje comunitario: toda aquella intervención y participación que se realiza con grupos que presentan peculiaridades, intereses y necesidades comunes. Incluye el diagnóstico de salud de la comunidad, los grupos de apoyo y los recursos individuales de la comunidad.
 - b. Abordaje grupal de actividades preventivas:
 - i. Abordaje grupal: debe responder a problemas frecuentes en cada centro concreto y todo el equipo de APyC debe estar implicado.
 - ii. Grupos socioeducativos en APyC (GRUSE): estrategia grupal socio-educativa destinada a fomentar los activos en salud mental de la población general, así como de grupos vulnerables.
 - c. Educación y promoción de la salud:
 - i. Educación y promoción de salud en centros educativos:
 1. Programa Forma Joven
 2. Salud Escolar
 3. ¡A No Fumar, Me apunto!

¹² Fecha de acceso 04/12/2025: Enlace a web:
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iii-area-de-atencion-la-comunidad>

- 4. Programa de alimentación saludable en la escuela
- 5. Programa de promoción de la salud en otros ámbitos
- ii. Abordaje de la promoción de salud en otros ámbitos:
 - 1. Empresas Libres de Humo.
 - d. Atención al riesgo social en salud: Actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social.
- 2. Servicio de Salud Pública:
 - a. Vigilancia epidemiológica
 - b. Servicios de seguridad alimentaria y salud ambiental

Si bien, el contenido de la oferta de la cartera de servicios está en continuo proceso de actualización para adaptarse a las nuevas demandas y necesidades, la última actualización de la misma se hizo en 2013 por lo que algunos contenidos están pendientes de actualización¹³. En referencia a la salud comunitaria cabe destacar los cambios de varios programas, como puede ser la inclusión de “empresas libres de humo” en el programa más amplio de “Promoción de Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT)”.

Contrato programa

Es una herramienta estratégica y operativa que establece las prioridades en las actividades del sistema sanitario, define los objetivos a alcanzar y articula la asignación de recursos necesarios para lograrlos. El número de objetivos, incluidos anualmente en el CP, relacionados con un área de gestión es uno de los aspectos que indican el peso que tiene dentro de la ponderación de objetivos de la organización, puesto que la presencia de los mismos asegura su abordaje por parte de los gestores y profesionales del sistema.

Se analizaron los contratos programas entre el SAS y la Consejería de Salud y Consumo del periodo 2020/2025 identificándose los objetivos que guardaban relación con las actuaciones desarrolladas en APyC relacionadas con una orientación comunitaria. Estas intervenciones son:

- Los Planes de Acción Personalizados, incluyen una valoración social de la persona, así como una recomendación de activos para la salud.

¹³ Fecha de acceso 04/12/2025: Durante la elaboración del presente documento se ha actualizado la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud: <https://www.boe.es/boe/dias/2025/05/13/pdfs/BOE-A-2025-9277.pdf>

- Las intervenciones antitabáquicas, tienen una perspectiva global de la persona en su proceso de deshabituación, haciéndose recomendación de activos para reforzar las intervenciones terapéuticas y farmacológicas.
- Los Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad (GRAFA), tienen un abordaje terapéutico grupal en el que se trabaja sobre las causas de la ansiedad y se hace también uso de las recomendaciones de activos.
- Las Intervenciones relacionados con el bienestar emocional y la prevención de adicciones en el ámbito educativo, tienen una mirada comunitaria en cuanto que se desarrollan en un formato grupal con una mirada holística de las causas de las adicciones, así como un abordaje basado en los recursos y activos presentes en la comunidad.

Se ha detectado que en el periodo analizado ha variado anualmente el número total de objetivos totales (entre 63 y 89 objetivos) pero no tanto el de los que destinan a las actividades relacionadas con la salud comunitaria, que varía entre 1 y 3 anualmente (tabla 3). Destaca que los Planes de Acción Personalizados (PAP) están presentes todos los años, lo que indica que esta actuación está bastante consolidada.

Tabla 3 - Evolución de los objetivos incluidos en el contrato programa del Servicio Andaluz de Salud relacionados con la salud comunitaria

Año	Nº Total Objetivos	Objetivos relacionados con salud comunitaria
2020	81	1. % de pacientes en cuidados paliativos con un PAP 2. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica
2021	86	1. % de personas con Insuficiencia cardíaca y/o EPOC con un PAP 2. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica
2022	89	1. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP 2. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP a los que se realiza seguimiento proactivo 3. % de pacientes fumadores con EPOC con Intervención antitabáquica
2023	63	1. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP
2024	66	1. % de pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP
2025	80	1. % Pacientes crónicos complejos priorizados con un PAP 2. % Centros de salud donde se desarrollan GRAFA 3. % Intervenciones relacionados con el bienestar emocional y la prevención de adicciones en el ámbito educativo.

Fuente: Consejería Sanidad, Presidencia y Emergencias. Elaboración propia

Acuerdos de gestión clínica

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa de profesionales orientada al desarrollo de la gestión clínica. La gestión clínica es un sistema de organización del trabajo que pretende dar respuesta a las necesidades y demandas de la ciudadanía con los principios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia y desde la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables, autónomos y comprometidos con la ciudadanía a la que prestan sus servicios.

El AGC es una herramienta de trabajo constituida en un documento que firma el equipo de dirección del centro directivo: DAP o AGS, con los cargos intermedios de la UGC. En él, se recogen los objetivos que de forma participativa las y los profesionales de la unidad clínica han propuesto y que es negociado con la Dirección del Centro, a través de sus cargos intermedios. Una vez firmado, debe ser presentado a todos/as los/as profesionales que integran la UGC.

El AGC consta de tres niveles: Básico, Avanzado y de Excelencia, cada uno con los siguientes objetivos¹⁴:

1. Básicos (corresponden al 50% de la ponderación del AGC): Objetivos marcados por la Dirección Gerencia del SAS a través del equipo directivo del centro.
2. Avanzados (corresponden al 30% de la ponderación del AGC): Son objetivos propuestos por profesionales de la UGC, negociados con el equipo directivo del centro, en base a su población de referencia, sus necesidades en salud, la complejidad de la unidad y considerando la posición de partida de la unidad. No son más de 6 objetivos.
3. Excelencia (corresponden al 20% de la ponderación del AGC): Son objetivos propuestos por la Dirección Gerencia del centro y/o profesionales de la UGC, negociados de forma individualizada con cada UGC. No son más de 4 objetivos.

Se gestionan a través del Sistema de Información de los Acuerdos De Gestión Clínica (SIAGC), que es una herramienta de trabajo on-line destinada a las y los profesionales que forman parte de una UGC que ocupan cargos intermedios en la misma o son directivos en los

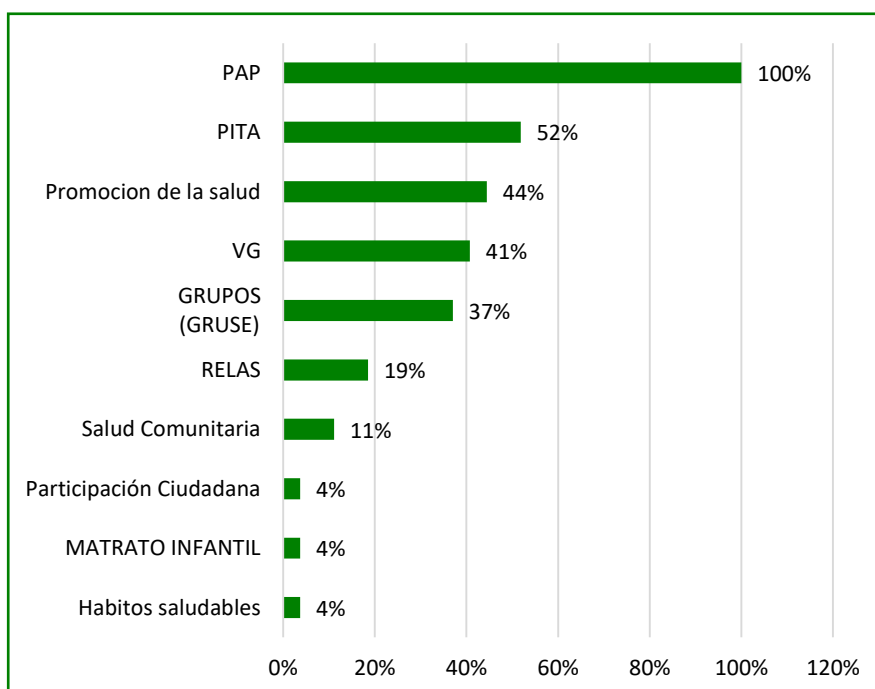
¹⁴ Fecha de acceso 04/12/2025:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/EBAP%20AGC%202018.pdf

centros que pertenecen a la UGC. Su objetivo es facilitar el seguimiento del grado de consecución del acuerdo pactado permitiendo visualizar los objetivos e indicadores, así como los resultados obtenidos y su progresión en el tiempo.

Se analizan los objetivos incluidos en los AGC para el año 2025 y se categorizan en¹⁵: Violencia de Género (VG), salud comunitaria, RELAS, Promoción de Salud, PITA, Participación ciudadana, PAP, Maltrato infantil, Grupos (que incluyen GRUSE, GRAFA, PITA, etc.). Para tener una visión de conjunto se identifican el porcentaje de DAP/AGS que tienen al menos un objetivo en dichas categorías, siendo el mayor porcentaje en los PAP que lo tienen en sus acuerdos de gestión todas los DAP/AGS, seguido de los objetivos relacionados con las intervenciones tabáquicas (PITA) y los de promoción de salud (gráfica 5).

Gráfica 5 - Porcentajes de Distritos y áreas sanitarias cuyos Acuerdos de Gestión Clínicas tienen objetivos relacionados con la Salud comunitaria.



Fuente: Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión Clínica. Elaboración propia

¹⁵ Se hace una categorización en base a si el objetivo contiene las palabras claves de búsqueda que dan nombre a las distintas categorías. Por ejemplo, para la categoría de salud comunitaria se ha incluido aquellos objetivos que contengan la palabra comunitaria y al leerlos tengan relación con los objetivos de la misma.

Actividad mediante atención continuada 'Modalidad A'

Se entiende por Atención Continuada "Modalidad A" la actividad complementaria al horario habitual, que se realiza por las y los profesionales con orientación a la promoción y prevención de la salud, dirigida a grupos de individuos, comunidades, instituciones, congregaciones, municipios y que se desarrollan de forma continuada y/o a través de campañas, actividades de prevención complementarias a procesos - programas protocolos, días conmemorativos, etc. con el objeto de reactivar y potenciar la atención ofrecida en las actividades de promoción y prevención de la salud en los Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria¹⁶.

Se analizó el registro de los años 2023 y 2024 donde se identificó un descenso del 15% en el número de horas (tabla 4) y una gran variabilidad en el registro entre centros directivos (anexo I).

Tabla 4: Total anual de horas y retribuciones de la Atención Continuada Modalidad A.

Año	2023	2024
Horas	29.087	24.806

Fuente: Dirección General de Personal. Elaboración: propia

4.1.4. Actuaciones en los distintos niveles de orientación comunitaria

Se presentan a continuación los datos recogidos de las actividades en base a los distintos niveles de orientación comunitaria a los que corresponden, aunque los programas contengan actividades que respondan a más de un nivel.

Para cada tipo de actuación se ha incluido información referente a:

- Fuentes de información.
- Indicadores utilizados.
- Datos obtenidos.

¹⁶ Instrucción nº 0028/22 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud de Atención Continuada Modalidad "A" (en EBAP) sobre las actividades dirigidas a la Promoción y Prevención de la Salud.

Actividad nivel 1 - individual

En este primer nivel, se incluyen todas aquellas intervenciones que se realizan dentro de la consulta de APyC por los diferentes grupos profesionales que lo conforman. Se exponen los resultados clave organizados por planes/programas en los que se enmarcan.

A. Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables: Individual

En el marco de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, con la finalidad de promover y mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza desde una perspectiva de salud positiva e integral, se desarrolla un modelo de atención para promover la actividad física y alimentación equilibrada en el SSPA¹⁷ que unifica las actuaciones en materia de hábitos saludables. Es un tratamiento global que se desarrolla en varias visitas durante un largo periodo de tiempo, que puede ser realizado por más de un profesional de salud, que incluye: el consejo, la Intervención Básica, la Intervención Avanzada individual (IAHS) y la Intervención Avanzada Grupal.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Número de personas citadas en IAHS individual distribuidos por sexos, para el periodo 2022 – 2024.

Datos obtenidos: Los datos muestran un ligero descenso de intervenciones para el periodo analizado (tabla 5), así como un ligero predominio del sexo femenino. También se detecta una gran variabilidad de registro entre los distintos centros directivos de Andalucía (anexo II).

Tabla 5 - Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables: registro de intervenciones individuales, periodo 2022-2024

Año	2022	2023	2024
Total de personas	46.727	51.237	48.996
Hombres	21.409 (46%)	24.510 (48%)	21.809 (45%)
Mujeres	25.318 (54%)	26.727 (52%)	24.720 (55%)

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

¹⁷ Fecha de acceso 04/12/2025: Disponible en:

https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Habitos_Saludables_AP_060820.pdf

B. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía: Intervención Avanzada Individual

El PSIAA tiene como objetivo contribuir a un adecuado desarrollo de la población infantil y adolescente, llevándola a una mejora de su estado de salud mediante la promoción de hábitos saludables, la detección precoz y el abordaje integral de los problemas de salud más prevalentes o con mayor repercusión. El programa, en su apartado para la consulta individual, incluye un listado de actividades que se deben llevar a cabo aclarando el contenido, el momento (visita) y el profesional para llevarlas a cabo. Se prevén un total de 12 visitas¹⁸ (entre la 1 semana y los 14 años) y se incluye un esquema básico de actividades (con evaluación, inmunización, consejo, entrega de material de apoyo) a desarrollar en cada una de ellas.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Los datos para analizar la actividad realizada en el marco del PSIAA corresponden al porcentaje de nacidos inscritos analizándose el periodo 2022-2024 (los datos no están desagregados por sexo):

Datos obtenidos: Se observó un aumento anual progresivo del porcentaje de inscritos en el Plan (tabla 6) así como una variabilidad de registros entre centros directivos (anexo III)

Tabla 6 - Inscritos en Plan de salud Infantil y Adolescente de Andalucía.

Año	2022	2023	2024
Nacidos inscritos	54.827	56.174	56.197
Porcentaje de inscritos respecto al total de nacidos	87%	94%	96%

Fuente: Infoweb. Elaboración propia

C. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía: Intervención Avanzada Individual

El PIOBIN tiene como principal objetivo frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil en la comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio. Además, busca mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias, disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad. Desde su inicio, el Plan propone un abordaje en APyC que combina dos niveles de actuación:

¹⁸ Fecha de acceso 04/12/2025: Disponible en: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/psiaa_visitas_individuales.pdf

la intervención avanzada individual y la grupal.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Número de usuarios citados, desglosado por DAP y sexos.

Datos obtenidos: Los datos que se recogieron relativos al número de personas (tabla 7) muestran un ligero ascenso anual, así como una proporción ligeramente superior de niños que de niñas en todo el periodo. En el anexo III se pueden consultar los resultados desglosados por DAP para el año 2024.

Tabla 7 - Número de personas y distribución por sexo de Intervención Avanzada Individual enmarcada en el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Periodo 2022-2024

Año	2022	2023	2024
Total de personas registradas	6.591	8.934	9.032
Niños	3.615 (54%)	4.748 (53%)	4.921 (54%)
Niñas	2.976 (46%)	4.186 (47%)	4.111 (46%)

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

D. Programa de Hábitos de Vida Saludable: Intervención Avanzada Individual

El programa de Hábitos de Vida Saludable, se desarrolla en el ámbito escolar, incluye tanto Creciendo en Salud como Forma Joven, y contemplan el abordaje individual de los y las alumnas, del profesorado, familias y AMPA, mediante la realización de asesorías.

Fuente de información: OTTAWA.

Indicadores utilizados: Número de asistentes en las actividades individuales y perfil del asistente (alumnado, profesorado, familias o AMPA), ambas sin desagregar por sexo.

Datos obtenidos: Se recogieron los datos correspondientes al período de 2022-2024, observándose un aumento significativo de asistentes (tabla 8). Los datos registrados por centro directivo para el año 2024 muestran una gran variabilidad entre ellos (anexo IV).

Tabla 8 - Número de Asistentes a las Actividades Individuales realizadas en los programas de hábitos de vida saludable en el ámbito escolar entre 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Total de personas asistentes	4439	16778	24564

Fuente: OTTAWA. Elaboración propia

Se recogen cuatro perfiles de asistentes: Alumnado, Familias, Profesorado y AMPAs. Se registraron un mayor número de asistentes en las actividades individuales dirigidas al alumnado y profesorado (tabla 9).

Tabla 9 – Programa de hábitos de Vida Saludable en entorno educativo: Número de Asistentes por Perfil, entre 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Alumnado	1.632	7.194	9.514
Alumnado + Familias	7	5	
Alumnado + Familias + Profesorado	42	27	
Alumnado + Profesorado	102	67	
AMPAs	62	125	254
AMPAs + Alumnado	1	2	
AMPAs + Alumnado + Familias + Profesorado		10	
AMPAs + Alumnado + Familias	40	42	
AMPAs + Alumnado + Profesorado	6	1	
AMPAs + Familias	144	67	
AMPAs + Familias + Profesorado	248	209	
AMPAs + Profesorado	11	61	
Familias	251	439	668
Familias + Profesorado	197	332	
Profesorado	1.696	8.198	14.128
Total	4.439	16.779	24.564

Fuente: OTTAWA. Elaboración propia

E. Plan Integral del Tabaquismo de Andalucía: Intervención Avanzada Individual

El Plan Integral del Tabaquismo de Andalucía¹⁹ (PITA) tiene como objetivo general mejorar la calidad de vida de la población andaluza reduciendo la morbilidad y otras consecuencias relacionadas con productos del tabaco, con especial atención a las desigualdades sociales y las diferencias de género. Para lograr su objetivo, el Plan recoge diferentes posibilidades de intervención: básica o avanzada, individual y grupal.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: En este apartado se analizan los resultados de las intervenciones

¹⁹ Fecha de acceso 04/12/2025: Disponible en: https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2023/07/PITA_2022_130723.pdf

avanzadas individuales realizadas en el periodo 2022-2024, por sexo y por centro directivo.

Datos obtenidos: Hay un ligero aumento entre el 2022 y el 2024, un ligero predominio de las intervenciones en hombres y una mínima disminución de la diferencia entre sexos (tabla 10). Cuando se analizaron los datos desagregados por centro directivo para el año 2024 se observó una gran variabilidad (anexo V).

Tabla 10 - Número de personas que han recibido intervenciones avanzadas individuales de tabaquismo, por sexos y año.

Año	2022	2023	2024
Total de personas	43.743	122.824	110.243
Mujeres	18.816 (43%)	57.547 (46%)	52.098 (47%)
Hombres	24.925 (57%)	65.273 (54%)	58.145 (53%)

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

F. Plan de Acción Personalizado

El PAP es un proceso de colaboración entre pacientes o personas cuidadoras y profesionales sanitarios utilizado en la gestión de condiciones crónicas de salud. En el PAP se identifican y debaten los problemas derivados del estado de salud de la persona, desarrollando un plan para hacer frente a sus necesidades, individualizando la toma de decisiones. El punto de partida es la realización de una Valoración Integral Exhaustiva (VIE) que incluye, entre otras, la valoración social, y en base a esta se realizan recomendaciones de intervención en las que se incluyen intervenciones no farmacológicas, sesiones grupales de educación para la salud y recomendaciones de activos locales.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Para el periodo 2022-2024, distribuidos por centro directivo, sin desagregar por sexo:

- Número de pacientes identificados como Pacientes Crónicos Complejos Priorizados (PCCP)
- Número de pacientes total con PAP realizado, seguimiento proactivo y educación terapéutica.
- Número de visitas domiciliarias.

Datos obtenidos: En el periodo analizado hay un ligero aumento en el número total de PCCP, en el porcentaje de los mismos que tiene el PAP realizado, así como en el resto de

indicadores analizados (tabla 11).

Tabla 11 - Seguimiento de pacientes crónicos complejos priorizados durante el periodo 2022-2024

Año		2022	2023	2024
Pacientes Crónicos Complejos Priorizados		174.842	208.116	181.487
CON PAP	Total	78.805	138.888	146.675
	(% de PCCP con PAP)	(45%)	(67%)	(61%)
	Con Seguimiento proactivo	65.579	117.278	99.528
	Con Educación terapéutica	14.664	17.858	20.037
	Nº Visitas domiciliarias		569.733	924.182

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

G. Plan Andaluz de Prescripción de Ejercicio Físico

El principal objetivo del Plan Andaluz de Prescripción de Ejercicio Físico es disponer de un sistema de prescripción de actividad y ejercicio físico, que faciliten la prescripción en el ámbito sanitario y la derivación al sistema deportivo del ámbito comunitario de personas puedan mejorar su calidad de vida. En el momento actual, el plan se encuentra en fase de implementación tras un piloto en el que participaron un total de 14 centros de salud y 10 UAEF (Unidades de Activas de Ejercicio Físico), distribuidos por cada provincia andaluza.

Actividad nivel 2 - grupal

En este segundo nivel se incluyen todas aquellas actividades asistenciales con un formato grupal, realizadas dentro o fuera del centro sanitario, que tienen como objetivo permitir a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

A. Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables: Grupal

El abordaje grupal dentro de programa de hábitos de vida saludables consiste en intervenciones sistematizadas y personalizadas, adaptada a las diferentes franjas de edad, que hayan demostrado efectividad para el fomento de hábitos saludables, y muy especialmente, de la actividad física y la alimentación equilibrada, a las personas atendidas que lo precisen.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Número de personas citadas en IAHS grupal y número de citas, desglosado por centro directivo y sexos, en el periodo 2022-2024.

Datos obtenidos: Se observa un aumento anual en el número total de registros, tanto en personas atendidas como en consultas realizadas (tabla 12). En cuanto al sexo, hay un porcentaje superior de mujeres que de hombres en todo el periodo.

Tabla 12 - Número de personas y consultas registradas en Intervención Avanzada Grupal de Hábitos de Vida Saludable

Año	2022	2023	2024
Total de personas	4.799	6.289	6.538
Hombres	1.775 (37%)	2.304 (37%)	2.291 (35%)
Mujeres	3.024 (63%)	3.985 (63%)	4.247 (65%)
Total de consultas	7.160	10.828	13.548

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

B. Plan Integral de Obesidad Infantil: Intervención Avanzada Grupal

En el marco del PIOBIN se contempla la realización de intervenciones grupales destinadas a los menores y familiares.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Número de pacientes y consultas desglosado por centro directivo y sexos, entre 2022 y 2024.

Datos obtenidos: Hay una tendencia de crecimiento en el periodo analizado con una proporción muy similar entre sexos (tabla 13). Se observa variabilidad entre centros directivos (anexo III).

Tabla 13 - Número total de personas atendidas y consultas en Intervención Avanzada Grupal dentro del PIOBON, en el periodo 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Total de personas	751	1.889	1.253
Hombres	400 (53%)	999 (53%)	655 (52%)
Mujeres	351 (47%)	890 (47%)	598 (48%)
Total de consultas realizadas	850	2.328	1.509

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

C. Programa de Hábitos de Vida Saludable

El Programa de Hábitos de vida saludable que se desarrolla en el ámbito escolar (Creciendo en Salud y Forma Joven) contempla la realización de actividades grupales dirigidas por las ERCE de APyC.

Fuente de información: OTTAWA.

Indicadores utilizados: Perfil y número de asistentes sin desagregar por sexo.

Datos obtenidos: Se recogieron los datos del período entre 2022-2024, observándose una tendencia creciente (tabla 14), aunque hay una gran variabilidad por centros directivos (anexo IV)

Tabla 14 - Número de asistentes a las actividades grupales del programa de Hábitos de Vida Saludable en el contexto educativo en el periodo 2022-2024

Año	2022	2023	2024
Total de personas	1.055	1.972	1.274

Fuente: OTTAWA. Elaboración propia.

Se recogen cuatro perfiles de asistentes, así como las actividades que se dirigen a más de un perfil a la vez. El perfil más frecuente fue el alumnado en todos los años analizados (tabla 15).

Tabla 15 - Número de Asistentes por Perfil del Asistente, entre 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Alumnado	724	1450	745
Alumnado + Familias	1	3	7
Alumnado + Familias + Profesorado	2	12	26
Alumnado + Profesorado	45	156	210
AMPAs	1	18	11
AMPAs + Alumnado	1	2	1
AMPAs + Alumnado + Familias + Profesorado	2	10	5
AMPAs + Alumnado + Profesorado	1	1	1
AMPAs + Familias	2	6	5
AMPAs + Familias + Profesorado	2	6	2
AMPAs + Profesorado	2	1	5
Familias	31	43	16
Familias + Profesorado	8	17	35
Profesorado	233	247	205
Total	1.055	1.972	1.274

Fuente: OTTAWA. Elaboración propia.

D. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía: Intervención Avanzada Grupal

El PITA incluye la realización de actividades grupales, consistente en una intervención multicomponente que incluye: apoyo psicológico, terapia farmacológica y un seguimiento sistematizado.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Se disponen del número de actuaciones grupales para el periodo 2023-2024, distribuidos por centro directivo.

Datos obtenidos: El número de Intervenciones Avanzadas Grupales en el periodo analizado ha registrado un aumento progresivo desde el año 2022 (tabla 16), y se observa una gran variabilidad entre los centros directivos en el año 2024 (anexo V)

Tabla 16 - Número de personas incluidas en la Intervención Avanzada Grupal en el periodo 2022-2024 distribuida por sexo

Año	2022	2023	2024
Total de personas incluidas	1.728	8.530	9.632

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

E. Grupos Socioeducativos

Los GRUSE son grupos de ayuda para personas con malestar emocional que proporcionan recursos para resolver los problemas del día a día. Se trata de grupos de 8 a 15 personas (hombres o mujeres) que se reúnen en sesiones semanales.

Fuente de información: Infoweb.

Indicadores utilizados: Número de personas con 3 o más citas en GRUSE, desglosados por sexo y centro directivo, en el periodo 2022-2024.

Datos obtenidos: Se ha registrado un aumento anual en este dato con un claro predominio de mujeres, aunque el porcentaje de los hombres refleja un aumento progresivo (tabla 17). Se detecta también gran variabilidad de registro entre los centros directivos (anexo VII)

Tabla 17 - Grupos socioeducativos: número de personas con 3 o más citas, periodo 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Número de personas	8.798	13.797	16.328
Hombres	650	393	1.574
Mujeres	8.148	13.404	14.754

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

F. Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad

Los GRAFA son grupos psicoeducativos de intervención psicológica de baja intensidad. Cuenta con un programa estructurado, donde se combina la relajación y la psicoeducación sobre la ansiedad a lo largo de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración. En la actualidad los GRAFA se encuentran en fase de implementación. Para ello, en primer lugar, en 2022, se conformó el Grupo Motor y ahora se encuentra en fase de formación de profesionales para poder desarrollarse en todos los centros de salud.

Fuente de información: Servicios responsables de los GRAFA.

Indicadores utilizados: Número de citas sin desagregar por sexo para el periodo 2022-

2024.

Datos obtenidos: En el periodo analizado ha habido un aumento del número de citas que se han registrado (tabla 18).

Tabla 18 - Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad: número de citas, periodo 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Número de citas	1.333	5.173	16.239

Fuente: Infoweb. Elaboración propia.

Actividad nivel 3 - comunitario

En este tercer nivel se incluyen todas aquellas intervenciones intersectoriales que se realizan en la comunidad, con participación de los y las profesionales de APyC, que tienen como objetivo permitir a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

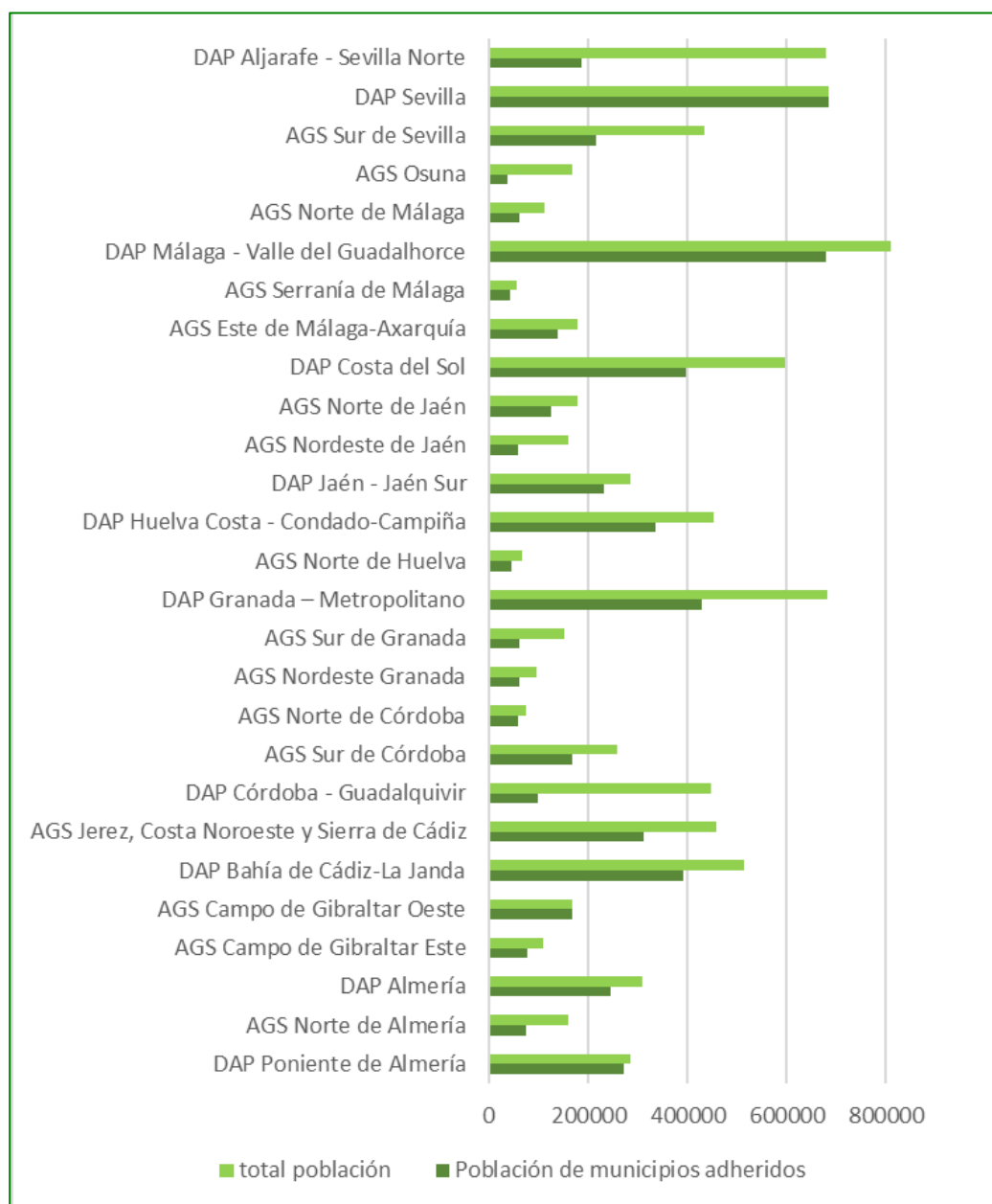
Fuente de información: No hay un sistema de registro unificado para las actividades realizadas en este nivel por lo que las fuentes de información son los informes elaborados por los responsables de cada programa.

A. Red Local de Acción en Salud

La Red Local de Acción en Salud (RELAS) es un proyecto de la Consejería de Salud, en colaboración con la EASP, que apoya a los municipios de Andalucía a encontrar los recursos y activos que mejoren la salud de sus poblaciones, y los guía para desarrollar su Plan Local de Salud que es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en un municipio.

Para analizar la actividad realizada en el marco del RELAS se obtuvo la población a que corresponden los municipios adscritos a la red, en el año 2024. Se registró que, de la población andaluza de 8.568.513 habitantes, un 66% pertenecen a municipios adscritos a RELAS. Como se observa en la gráfica 7, hay una gran variabilidad de porcentajes en la población a la que se da cobertura en cada centro directivo, lo que está muy influenciado por el tamaño de los municipios adheridos.

Gráfica 6 - Red Acción Local en Salud (RELAS): distribución de la población a que da cobertura, en 2024.



Fuente: Coordinación de la Red de Acción Local en Salud - Consejería de Salud y consumo. Elaboración propia.

B. Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo

El programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT) tiene como principal objetivo mejorar la salud de los trabajadores/as tratando de influir en el entorno y en sus prácticas. Para valorar la actividad realizada en el marco de este programa se facilitaron los resultados del número de centros de trabajo que se dieron de alta en el Sistema de Registro de PSLT, por provincias hasta 2024. En total se obtuvo un total de 45 centros inscritos, distribuidos por toda Andalucía (tabla 19), siendo Cádiz la provincia con más centros inscritos.

Tabla 19 - Número de centros inscritos en el programa Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en 2024.

Provincia	Nº centros
Almería	8
Cádiz	11
Córdoba	10
Granada	2
Huelva	2
Jaén	2
Málaga	6
Sevilla	3
TOTAL	45

Fuente: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Elaboración propia.

C. Programa de Hábitos de Vida Saludables

Para el desarrollo de los programas de hábitos de vida saludable en el ámbito escolar (Creciendo en Salud y Forma Joven) es fundamental establecer un trabajo intersectorial que implique tareas de coordinación y colaboración en red con otros sectores. Una de las tareas registradas en OTTAWA corresponde a las actividades de coordinación, lo que permite utilizar este registro como un indicador para observar el nivel de coordinación e intersectorialidad llevados a cabo. Se recogieron los datos del período entre 2022-2024, distribuidos por centro directivo, sin desagregar por sexo (anexo IV)

En el análisis realizado se observa un ascenso del número de personas asistentes a las actividades de coordinación en el periodo estudiado (tabla 20).

Tabla 20 - Número de personas involucradas en actividades de coordinación realizadas en los programas de hábitos de vida saludable en el ámbito escolar entre 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Número total de personas involucradas	4453	11725	7116

Fuente: OTTAWA. Diseño propio

Se recogen cuatro perfiles de asistentes, así como la agrupación de las mismas por actividades, y el perfil con el que se establecen más actividades de coordinación con diferencia es con el profesorado (tabla 21).

Tabla 21 - Número de Asistentes por Perfil del Asistente, entre 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Alumnado	264	450	332
Alumnado + Familias	8	27	10
Alumnado + Familias + Profesorado	13	37	31
Alumnado + Profesorado	161	177	90
AMPAs	11	47	18
AMPAs + Alumnado	0	1	0
AMPAs + Alumnado + Familias + Profesorado	11	10	10
AMPAs + Alumnado + Profesorado	0	4	0
AMPAs + Familias	1	7	0
AMPAs + Familias + Profesorado	6	44	28
AMPAs + Profesorado	29	63	26
Familias	6	29	26
Familias + Profesorado	54	117	111
Profesorado	3.889	10.712	6.434
Total	4.453	11.725	7.116

Fuente: OTTAWA. Diseño propio

D. Forma Joven en otros entornos

El programa Forma Joven también contempla la posibilidad de intervenir en otros entornos de la comunidad. Se dispone de información relacionada con el número de centros inscritos y las actividades grupales realizada en el marco de este programa. Se contabilizaron un total de 107 centros inscritos en Andalucía y un total de 115 usuarios atendidos en

actividades grupales (74 hombres y 41 mujeres), mediante la realización de 11 actividades, la mayoría realizada a chicos, y se atendieron a 8 personas mediante 6 asesorías (tabla 22).

Tabla 22 - Forma Joven en otros entornos: actividades grupales, en el curso escolar 2024/2025

Registro	Personas
Hombres	74
Mujeres	41
Total	115
Número de actividades realizadas	11

Fuente: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Elaboración propia.

E. Comisiones de Participación Ciudadana

La participación ciudadana en nuestros Centros, DAP y Áreas es un instrumento útil, válido y necesario para avanzar y mejorar, y es fundamental para la sostenibilidad, la equidad y la garantía de nuestro sistema sanitario, orientando a la disminución de las desigualdades en salud. Las comisiones de participación ciudadana son las estructuras encargadas del “diseño, validación, seguimiento y evaluación del Plan de Participación Ciudadana del centro y de las acciones llevadas a cabo por las UGC en el ámbito de la participación ciudadana del centro”. En 2024 se solicitaron las actas de las comisiones de participación de todos los centros directivos.

El número de reuniones que se han reportado en la totalidad de centros directivos muestra un descenso en el periodo analizado (tabla 23). También se observa una gran variabilidad en entre centros directivos (anexo IX).

Tabla 23 – Comisiones de participación: Número de reuniones en el periodo 2022-2024.

Año	2022	2023	2024	Total
Número de reuniones	42	44	31	117

Fuente: Memorias de comisiones. Elaboración propia.

F. Escuela de Pacientes

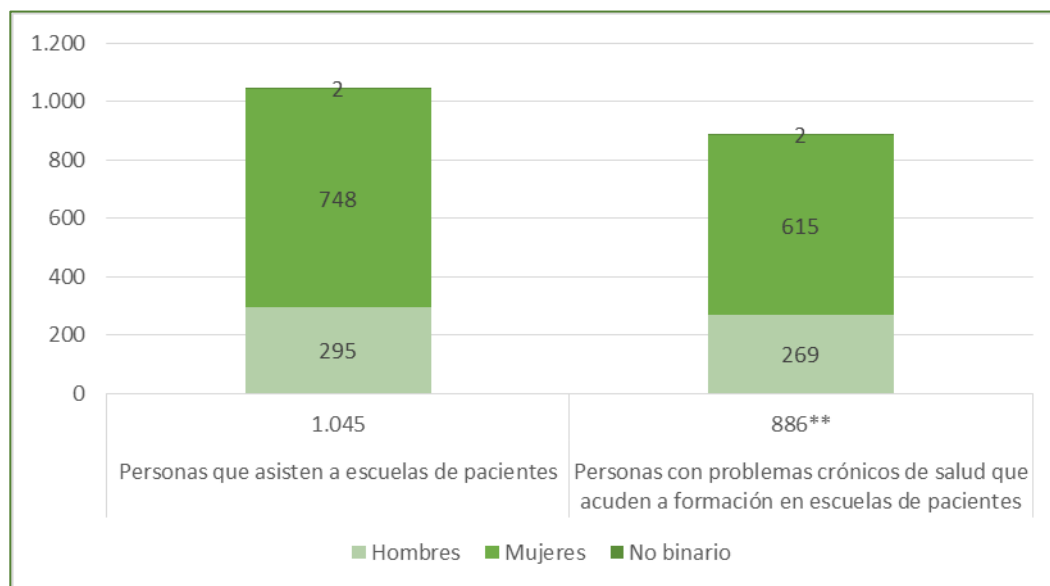
La Escuela de Pacientes es un proyecto programa de formación entre iguales (presencial y virtual) para personas con cronicidad y su entorno, que se puso en marcha en 2008, coordinado por la EASP. Actualmente cuenta con un portal web dirigido a pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de formarles para que mejoren sus autocuidados. Se basa en el enfoque teórico del aprendizaje social y en la estrategia de “formación entre iguales”, con el apoyo de profesionales sanitarios, tanto en APyC como en hospitales.

La formación se realiza en dos modalidades: presencial y/o virtual. La formación presencial se desarrolla de forma descentralizada en las distintas provincias andaluzas, generalmente en centros sanitarios. La formación virtual se lleva a cabo a través de modalidades de formación online: cursos, jornadas, video – chats, podcast y ventanas abiertas (seminarios de formación con expertos).

Desde su inicio hasta junio de 2023, en total han participado en la Escuela de Pacientes más de 45.000 personas, incluyendo pacientes, familiares y personas que cuidan, formadores de pacientes, profesionales y otras personas interesadas en la formación de pacientes con enfermedades crónicas. Se han realizado más de 1.800 talleres, 277 videochats, 113 podcasts, 13 Foros Provinciales, 8 ediciones del Congreso de la Escuela de Pacientes, 4 escuelas de verano y varias jornadas virtuales.

Con relación a los datos de 2024 se registraron un total de 1.045 personas (72% mujeres, 28% hombres), de los cuales 886 pacientes con enfermedades crónicas participaron en formaciones presenciales (69% mujeres, 30% hombres) (gráfica 20). Se identificaron un total de 136 UGC y 29 centros de APyC y hospitalaria que cuentan con Escuelas de Pacientes.

Gráfica 7 - Número de personas que asisten a las Escuelas de Pacientes y número de personas con problemas crónicos, en 2024.



Fuente: Datos cedidos por EASP. Elaboración propia.

*NOTA: sólo se incluyen las actividades presenciales.

Abordaje de la población vulnerable

El SAS en el ámbito de la APyC, cuenta con una amplia experiencia en el abordaje de la población vulnerable, que se centra en abordar las necesidades específicas y los determinantes sociales que afectan a la salud de las personas. Este abordaje busca empoderar en el ámbito individual, grupal y comunitario a población en situación de vulnerabilidad como personas migrantes, personas con discapacidad y abordaje de la violencia de género, así como otros colectivos.

A **nivel individual**, para conseguir un papel activo en su propio bienestar, promoviendo estilos de vida saludables y creando entornos favorables para su desarrollo, teniendo en cuenta los determinantes sociales de personas en situación de vulnerabilidad. Valga como ejemplo la adaptación de horarios de consulta o participación de mediadores y mediadoras interculturales con personas migrantes; o la inclusión de pictogramas u otros elementos que faciliten la accesibilidad en consulta para facilitar la comunicación de personas con discapacidad, todo ello fruto de un abordaje comunitario.

A **nivel grupal**, potenciando los talentos y habilidades personales, así como la utilización de los activos comunitarios disponibles en su entorno con la finalidad de incrementar así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana. Un buen ejemplo de

ello son los GRUSE dirigidos a mujeres y hombres migrantes o GRUSE con mujeres en situación de vulnerabilidad.

Cabe destacar el **nivel comunitario**, dado que se trabaja de manera conjunta con diferentes sectores y con la participación activa de la comunidad. Un aspecto relevante es la coordinación con asociaciones y entidades gubernamentales y no gubernamentales, que abordan y/o participan colectivos en situación de vulnerabilidad. Como ejemplo, con las personas migrantes se viene realizando una coordinación y trabajo en red desde los centros de salud y/o DAP con mayor población migrante con asociaciones de inmigrantes o pro inmigrantes como Cruz Roja, CEPAIM, Asociaciones Acoge, etc. Asimismo, y en el campo de la discapacidad, se trabaja de forma coordinada con distintas asociaciones de personas con discapacidad. Otro ejemplo que destaca en la participación de comisiones de inmigración, como algunas específicas de inmigración y salud del DAP Poniente de Almería, como un espacio de participación y trabajo con la comunidad que se viene realizando desde el año 2008 y otros espacios de coordinación intersectorial de ámbito municipal. También se destaca la participación de las y los profesionales del centro de salud en mesas locales contra la violencia de género y coordinación con asociaciones de mujeres.

Los años 2022 y 2023 se han realizado convocatorias anuales de propuestas de buenas prácticas con población vulnerable realizadas por las DAP/AGS con el fin de identificar y fomentar actuaciones innovadoras y de calidad con los distintos colectivos que se estén desarrollando desde los servicios sanitarios. Se ha desarrollado, en coordinación con la EASP, una metodología de valoración de las prácticas en base a una herramienta que analiza una serie de áreas (evaluación, efectividad, posibilidad de transferencia, equidad, intersectorialidad, innovación, empoderamiento, sostenibilidad, enfoque de género, participación, aspectos éticos y publicación y difusión). Los datos de participación de las convocatorias muestran que hubo una disminución en el número de prácticas enviadas y del porcentaje de las mismas que fueron valoradas como buenas prácticas (tabla 24).

Tabla 24 - Número de prácticas presentadas y valoradas como buenas practicas

Año	2022	2023
Presentadas	72	68
Consideradas BBPP	20 (27%)	12 (17%)

Fuente: Memorias de comisiones. Elaboración propia.

4.1.5. Formación

La formación de las y los profesionales del SSPA se organiza a través de los servicios de formación de las distintas estructuras que conforman el sistema sanitario. En 2024 se realizaron diversos cursos relacionados con la salud comunitaria, tanto por parte de los DAP como desde Servicios Centrales del SAS. Se han recogido los datos referentes a nombre del curso, entidad organizadora y número de asistentes por sexo y por categoría profesional.

Los resultados nos muestran que se han realizado un total de 18 ediciones, mayoritariamente desde Servicios Centrales, en las que han participado un total de 3.460 personas, de las cuales un 77% son mujeres y un 23% hombres (tabla 25).

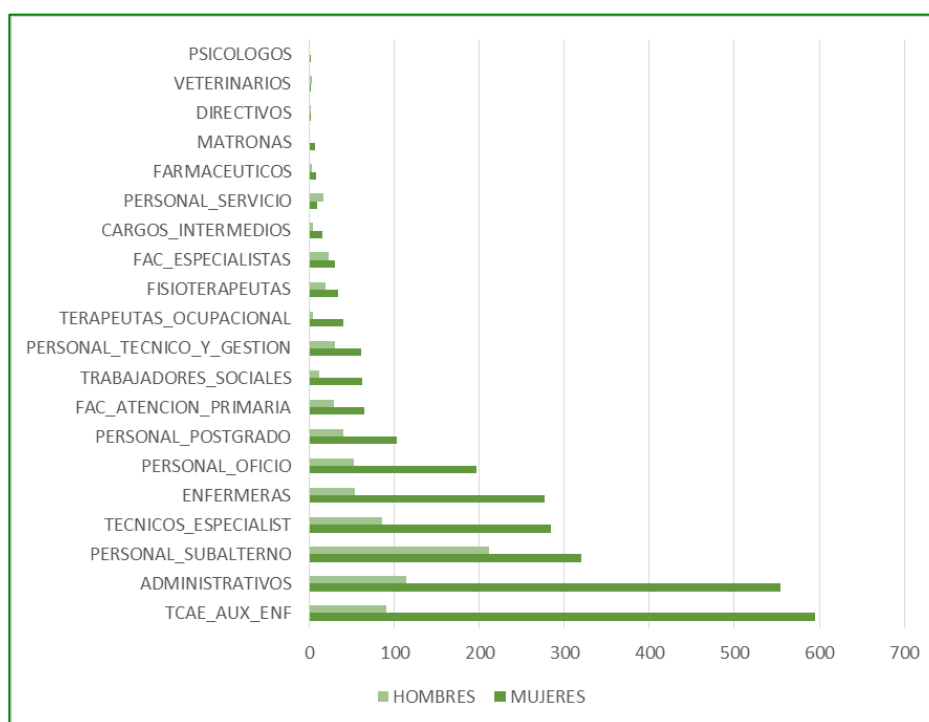
Tabla 25 – Listado de cursos relacionados con salud comunitaria realizados en el SSPA en 2024

Organizador	Nombre del curso	Participantes	
		Mujeres	Hombres
Servicios centrales SAS	Acción comunitaria y promoción de la salud	2.417	711
EASP	Inmigración y salud	13	7
AGS de jerez, costa noroeste y sierra de Cádiz	Programa de salud infantil: actividades grupales y comunitarias	29	0
AGS sur de granada	Inmigración y salud	27	10
DAP sanitario AP Sevilla	Educación para la salud, acción comunitaria y activos para la salud	21	9
	I jornadas de atención familiar y comunitaria. Sevilla 2024	98	35
	I jornadas de habilidades en atención familiar y comunitaria. Sevilla 2024	39	14
AGS norte de jaén- DAP sanitario jaén norte	Activos en salud desde la salutogénesis	13	1
DAP sanitario Almería	Formación en activos en salud para la salud comunitaria. Proyecto PARAC	11	5
Total		2.668	792

Fuente: Servicio de Formación del Servicio Andaluz de Salud. Elaboración propia

En cuanto a los perfiles profesionales (gráfica 9) resaltan los perfiles de TCAE y Administrativo.

Gráfica 8 - Perfil del alumnado de los cursos de salud comunitaria, 2024.



Fuente: Servicio de Formación del Servicio Andalúz de Salud. Elaboración propia.

4.1.6. Investigación

El SSPA cuenta con tres Centros Temáticos (CCTT): BIONAND, CABIMER y GENyO y cinco institutos de Investigación Biomédica (IIS: IBIMA, IBS.Granada, IBIS, IMIBIC e INIBICA), cuenta, además, con la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (FPS), entidad central de apoyo y gestión de la investigación, dependiente de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía.

Las y los profesionales del SSPA cuentan para desarrollar su actividad investigadora e innovadora con el apoyo de FPS y de la Red de Fundaciones Gestoras de la Investigación del SSPA (RFGI-SSPA), perteneciente a la misma. Esta red se encuentra conformada por siete fundaciones: FABIS (Huelva), FCÁDIZ (Cádiz), FIBAO (con carácter interprovincial, dando cobertura a Granada, Jaén y Almería), FIBICO (Córdoba), FIMABIS (Málaga), FISEVI (Sevilla), y la FPS como entidad coordinadora de la Red.

En la tabla 26 se recogen los principales indicadores de la estrategia I+D+i en el periodo 2020-2023.

Tabla 26 - Principales indicadores de I+D+i en APyC del SSPA en el periodo 2020-2023

Año	2020	2021	2022	2023
N.º de proyectos financiados en convocatorias competitivas con investigadores principales de APyC	28	36	17	13
Volumen de financiación obtenida en convocatorias competitivas por investigadores de APyC	1.005.613 €	1.805.906 €	483.736 €	480.537 €
Artículos JCR²⁰ por investigadores AP (como autor/a preferente)	29	62	36	57
Financiación total (APyC y Hospitales)	210.000 €	200.000 €	140.000 €	235.193 €
Financiación SOLO para APyC	106.803 €	154.817 €	82.353 €	194.454 €
N.º profesiones APyC con Intensificación	5	4	5	5
N.º de Grupos liderados por investigadores de APyC en Institutos de Investigación sanitaria	18	18	20	20

Fuente: Datos incluidos en el análisis inicial del Programa de Mejora de la I+D+i en Atención Primaria 2025-2028. Elaboración propia.

Si dentro de esta actividad en APyC se analizan aquéllos que están relacionados con la salud comunitaria, se puede comprobar que en dicho periodo se ha financiado un total de 37 proyectos de investigación competitivos en salud comunitaria. Dichos proyectos, que se han concedido en su mayoría en la provincia de Málaga, han supuesto una captación de fondos por un importe de 1.967.408 euros. Los fondos captados provienen principalmente del Instituto de Salud Carlos III, con un 52% de estos fondos, y de convocatorias del SSPA (Consejería Sanidad, Presidencia y Emergencias/ Fundación Progreso y Salud), con un 25% de los fondos (tabla 27).

Tabla 27- Proyectos de investigación y fondos captados en salud comunitaria (2022-2024)

Año	Número de proyectos	Fondos captados
2022	8	173.737 €
2023	4	175.035 €
2024	25	1.618.635 €
TOTAL	37	1.967.408 €

Fuente: Datos incluidos en el análisis inicial del Programa de Mejora de la I+D+i en Atención Primaria 2025-2028. Elaboración propia.

²⁰ JRC – Joint Research Centre.

Estos proyectos se caracterizan por un enfoque participativo, multidisciplinario, considera el entorno social y cultural de la comunidad, lo que permite desarrollar intervenciones adaptadas a sus necesidades específicas con un enfoque preventivo y promocional.

Si se analiza exclusivamente aquellos estudios clínicos de APyC que están relacionados con la investigación en salud comunitaria, ha habido un aumento en el periodo analizado (tabla 28).

Tabla 28 - Proyectos directamente relacionados con salud comunitaria, periodo 2022-2024.

Año	2022	2023	2024
Participaciones (contratos firmados).	60	69	76

Fuente: Datos incluidos en el análisis inicial del Programa de Mejora de la I+D+i en Atención Primaria 2025-2028. Elaboración propia.

En este caso, si contamos estudios distintos, nos encontramos con un total de 40, de los cuales, 9 son ensayos clínicos (4 en fase temprana II), 26 estudios observacionales y 5 investigaciones clínicas con productos sanitarios. Según estas cifras, algo más del 60% de los estudios clínicos activos en los últimos 3 años en APyC están relacionados con la salud comunitaria.

En cuanto a los grupos de investigación de APyC, se han identificado 24 grupos de los cuales la mitad tiene entre sus objetivos de investigación temas relacionados con la salud comunitaria, la promoción de salud o los DSS.

4.2. Encuestas a directivos

En el año 2022 se elaboró una encuesta sobre salud comunitaria dirigida a directivos del SAS, que tuvo como fin valorar la situación de la salud comunitaria en Andalucía y las implicaciones que tuvo la pandemia COVID-19 en la misma. En 2024 se reelaboró dicha encuesta con el fin de actualizar los datos²¹. Las encuestas abarcan medidas organizativas, niveles de orientación comunitaria (individual/familiar, grupal y comunitaria), recursos y herramientas, y recogen observaciones cualitativas.

Entre los resultados obtenidos cabe destacar que la percepción de las personas que

²¹ Ver documentación complementaria: Informe encuesta directivos ESCA

contestaron la encuesta sobre la salud comunitaria ha tenido, desde 2019, una evolución positiva en términos generales en la mayoría de los DAP/AGS.

En medidas organizativas, alrededor de la mitad de DAP/AGS declararon contar con un/a profesional con dedicación exclusiva a Salud Comunitaria (mayoritariamente Técnicos/as de Educación para la Salud y Participación), tanto en 2022 como en 2024.

En el primer nivel (recomendación de recursos y activos), la media estimada de lo declarado en las encuestas, indica que en torno al 50% de las UGC realizan esta recomendación “normalmente o siempre”, mostrando tendencia positiva respecto a 2019.

En el segundo nivel (actividad grupal), en base a lo declarado en las encuestas, se observa evolución favorable con un porcentaje superior al 50% de UGC participan en GRUSE, grupos de personas cuidadoras, deshabituación tabáquica y consejo dietético; la excepción es Escuela de Pacientes, que desciende de un 30% a un 20%.

En el tercer nivel (acción comunitaria), se declaró que la participación en programas del entorno educativo es muy elevada, superior al 95%. Se incrementa RELAS de un 30% a un 50%, el PSIA-A que aumenta del 40% al 60% y PSLT que sube de un 7% a un 20%. Descienden levemente “En Buena Edad”, consejos/comisiones de salud y mesas intersectoriales (en torno al 30%)

Las actividades de formación se han reducido (de 101 a 60 cursos), así como el número de profesionales formados (pasando de 2.741 a 1.518) según lo declarado en las encuestas. En cambio, ha habido un aumento del porcentaje de UGC que declaran contar con objetivos relacionados con los tres niveles de orientación comunitaria en sus acuerdos de gestión (del primer nivel se pasa de 40% a 60%; del segundo nivel se aumenta del 48% al 76%; y del tercero se incrementa de un 33% a un 48%). Aumenta los DAP/AGS que refieren tener agendas para incluir actividad de salud comunitaria y las personas directivas que afirman conocer la Instrucción nº 0028/22 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud de Atención Continuada Modalidad "A" (en EBAP) sobre las actividades dirigidas a la Promoción y Prevención de la Salud alcanza el 100% en 2024.

Se incluyó una pregunta sobre la valoración global de la salud comunitaria en el DAP/AGS en 2022 respecto a 2019, siendo las respuestas heterogéneas (33% igual, 26% mejor y 41% peor). Entre las observaciones destacan: necesidad de indicadores en contrato-programa, carencias de registro de actividades, variabilidad territorial en la planificación, necesidad de reforzar el trabajo intersectorial y la participación, y dificultades por falta de

personal.

En conjunto, los resultados apuntan a una percepción positiva por parte de las personas que han participado, indicando una recuperación de la orientación comunitaria con avances apreciables en recomendación de activos, actividad grupal y acción comunitaria—especialmente en el entorno educativo—pero todavía con notables desigualdades territoriales y áreas frágiles como las mesas/comisiones intersectoriales y la Escuela de Pacientes. Los mecanismos organizativos (figuras de referencia, incorporación de objetivos comunitarios en los acuerdos de gestión, agendas específicas y conocimiento consolidado de la Modalidad A) se están asentando y ofrecen una base sólida para escalar y estandarizar las prácticas, siempre que se acompañen de una gobernanza clara y de una coordinación intersectorial más sistemática. Persisten, sin embargo, dos riesgos críticos: el retroceso de la actividad formativa y la falta de sistemas homogéneos de registro y evaluación, que limita la toma de decisiones basada en datos y la rendición de cuentas.

4.3. Encuesta a profesionales

En el año 2022 se elaboró una encuesta sobre salud comunitaria dirigida a los y las profesionales de APyC del SAS, que tuvo como fin recabar información sobre la situación de la salud comunitaria en Andalucía²².

Entre los resultados obtenidos cabe destacar que la participación es mayoritariamente femenina, lo que está acorde con la representación de sexo que hay en la plantilla de profesionales del SAS. En cuanto a las respuestas obtenidas con relación a los distintos niveles de orientación comunitaria destaca que la mayoría de las personas que han participado indican, en relación con su propia actividad, que ‘normalmente o siempre’: utilizan la entrevista clínica centrada en el paciente donde se exploran DSS; incorporan en su práctica clínica, de forma sistemática, un abordaje biopsicosocial; Realizan de forma estructurada un trabajo coordinado con trabajo social, en los casos con abordaje social complejo; Incorporan en la práctica recomendaciones de diferentes recursos y activos comunitarios para la salud.

También declaran, que ‘a veces’ recogen en la historia clínica digital elementos relacionados con los DSS (económicos, educativos, laborales, sociales, etc.) de sus pacientes y activos personales y del entorno inmediato de forma estructurada; así mismo, en general

²² Ver documentación complementaria: Informe Encuesta profesionales ESCA

tienen una buena valoración de la orientación comunitaria en su trabajo clínico personal.

En relación a sus centros atención primaria, las personas participantes declararon que hay una persona con dedicación exclusiva para salud comunitaria en su centro de salud; Que se realizan actividades grupales a veces. Por último, la valoración de la orientación comunitaria del equipo directivo de su Área Sanitaria es positiva.

Con estos datos se deduce una buena percepción de las actividades propias de los profesionales con relación al abordaje comunitario, tanto dentro como fuera de consulta; así mismo, se desprende una visión positiva del abordaje comunitario desde los centros de APyC.

4.4. Grupos focales

Para conocer la percepción de profesionales con experiencia en salud comunitaria sobre la situación actual de salud comunitaria en APyC se realizan dos grupos focales con profesionales, con experiencia en salud comunitaria, con diversa procedencia geográfica y de perfiles²³.

Las conclusiones de la reflexión colectiva realizada por los profesionales del SSPA expertos en Salud Comunitaria que participaron en los dos grupos focales pueden categorizarse en las siguientes ideas:

- Falta de datos sobre Salud Comunitaria o del entorno social y comunitario.
- Intervenciones parceladas: no se percibe que haya intervenciones a nivel de equipos de trabajo desde los centros de salud.
- Hermetismo de los programas que se ofertan desde los centros de salud: no fomentan la participación activa de la comunidad.
- Infrautilización de profesionales en APyC, a pesar de contar con un equipo de profesionales capacitados.
- Hay una percepción de que la salud comunitaria se encuentra en un estado de "congelación".
- La inestabilidad y rotación de los profesionales se percibe como una preocupación entre los profesionales de la salud entrevistados.
- Limitaciones de Diraya: No hay espacio para recoger la información social de interés de la comunidad y de las personas en relación a su dimensión social.
- Impacto del COVID-19: Se considera que la pandemia provocó una paralización de las

²³ Ver documentación complementaria: Informe GGFF ESCA

actividades comunitarias.

- Perciben un desconocimiento sobre Salud Comunitaria por parte de profesionales de APyC.
- Se incide que la actividad individual en la consulta está muy centrada en el enfoque asistencial, lo que reduce la mirada comunitaria.
- Compromiso institucional débil.

Se identifican como problemas clave la fragmentación de las intervenciones, la escasa participación comunitaria en los programas y la infrautilización de los equipos profesionales. Además, se destaca el impacto de la pandemia, la prevalencia del enfoque asistencial frente al comunitario y la falta de objetivos institucionales claros. Estas aportaciones refuerzan la necesidad de una estrategia que promueva un modelo más integrado, participativo y orientado a los DSS.

En conjunto, las encuestas a directivos y profesionales, junto con los grupos focales, muestran una recuperación de la orientación comunitaria en la APyC del SAS, con avances en la recomendación de activos, las actividades grupales, la acción comunitaria y el afianzamiento de ciertos mecanismos organizativos y de una práctica clínica con enfoque biopsicosocial. Sin embargo, también evidencian importantes debilidades como la fragmentación de las intervenciones, escasa participación real de la comunidad, predominio del enfoque biomédico y carencias en información y registro, además de una gobernanza y un compromiso institucional percibidos como insuficientes. Esta brecha entre la buena disposición profesional y las condiciones estructurales disponibles refuerza la necesidad de una estrategia que mejore sistemas de información, formación, gobernanza y coordinación intersectorial para consolidar un modelo de salud comunitaria robusto y sostenible en Andalucía.

5. Diagnóstico estratégico

Tras la realización del análisis de la situación de la salud comunitaria en Andalucía se realizó un proceso de diagnóstico estratégico para la identificación de los problemas, las necesidades y los retos que se quieren abordar con la ESCA²⁴.

El diagnóstico estratégico es el proceso de valoración de la información recabada en el análisis de situación con el objetivo de identificar las necesidades, los problemas y los retos existentes en la actualidad. El objetivo de este diagnóstico es tener una visión ordenada de los aspectos que se deben de abordar para conseguir la mejoría deseada de la situación de partida. En los meses de verano del 2024 se realizaron varias reuniones de la Oficina Técnica con apoyo de la EASP en los que, tras conocer las distintas informaciones recabadas en el análisis de partida, se hizo un análisis utilizando la herramienta de diagnóstico integral DAFO, que proporcionó información clave para identificar los principales retos de la ESCA.

Desde este posicionamiento se conceptualizan las necesidades, como las carencias identificadas que son necesarias para el desarrollo de la salud comunitaria, los problemas serían los hechos o circunstancias que dificultan el avance de la salud comunitaria, y por último, los retos serían aquellos objetivos que constituyen un estímulo y un desafío para el existo de la salud comunitaria.

5.1. Necesidades

- Ampliación de la referencia a salud comunitaria en la cartera de servicios de APyC.
- Mejora en la coordinación por parte del SAS con los Servicios Sociales Comunitarios y los Ayuntamientos en general.
- Adaptación de las agendas profesionales para el desarrollo de actividad comunitaria.
- Inclusión de la salud comunitaria en las herramientas de gestión del SSPA.
- Existencia de mapas de activos para facilitar el registro y recomendación de activos en salud.
- Identificación de los recursos profesionales que realizan actividad comunitaria.
- Diseño e implantación de protocolos de salud comunitaria bien definidos y homogéneos.

²⁴ Ver documentación complementaria: Informe DAFO ESCA

- Inclusión del enfoque de género en todas las actuaciones que se desarrollen en salud comunitaria.
- Incorporación de necesidades sentidas y percibidas de la comunidad en las intervenciones de salud comunitaria: soledad, medicalización, obesidad, mejorar calidad de vida de ciudadanos, violencia de género, etc.
- Creación de una plataforma que permita el intercambio y difusión de buenas prácticas de salud comunitaria.
- Conocimiento por parte de los y las profesionales sobre el contexto socioeconómico y cultural de la comunidad en la que trabajan.
- Visibilización de las actividades realizadas en el ámbito de la salud comunitaria.
- Mejora de la formación en salud comunitaria.

5.2. Problemas

- Sobrecarga asistencial y falta de tiempo específico para realización de actividades comunitarias
- Carencia de recursos (medios financieros y humanos) para el óptimo desarrollo de la salud comunitaria.
- Déficit en los sistemas de registro en salud comunitaria: falta de integración de la historia social con la historia clínica, falta de una agenda comunitaria y falta de un sistema de registro unificado.
- No existe un sistema de indicadores establecido por niveles que se pueda explotar.
- Los niveles de intervención comunitaria se ven como compartimentos estancos sin relación entre ellos
- Poca motivación profesional para el desarrollo de las actividades comunitarias en sus diferentes niveles.
- Hay desconocimiento de los recursos y proyectos comunitarios por parte de los profesionales sanitarios.
- La ciudadanía desconoce las actividades de salud comunitaria que se realizan en su entorno.

5.3. Retos

- Priorizar la dimensión comunitaria en la organización del SSPA.
- Trabajar de forma coordinada con otras estrategias relacionadas con la salud comunitaria.
- Lograr el cambio de cultura hacia la incorporación de la actividad comunitaria como parte de la actividad asistencial.



- Implicar a los equipos directivos en la salud comunitaria.
- Avanzar en un modelo biopsicosocial y de género en APyC.
- Generar evidencia científica, con enfoque de género, sobre salud comunitaria.
- Reforzar las estructuras de participación que se desarrollan en la comunidad.
- Asegurar la equidad en las intervenciones comunitarias teniendo en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, con especial énfasis en el género.
- Implicar a la ciudadanía en el cuidado de su salud.
- Reforzar el abordaje por DSS, con enfoque de género, en las actividades grupales realizada por los y las profesionales de APyC.
- Impulsar la mirada comunitaria en la consulta de APyC.
- Avanzar en la evaluación e investigación sobre salud comunitaria en Andalucía.
- Poner en valor el trabajo en red intersectorial que se realiza en el entorno comunitario.
- Mejorar la visibilidad de la salud comunitaria.

6. Misión, visión y valores

Para establecer la misión, visión y los valores de la ESCA se realizó un ejercicio de participativo de reflexión en el que se invitó a participar a las personas que asistieron a la jornada de participación de profesionales²⁵. Como resultado de este proceso colaborativo, se consolidaron una serie de ideas clave que constituyen la base orientadora de la estrategia y que reflejan el compromiso común con el desarrollo, la excelencia y la identidad de la organización.

6.1. Misión

"Mejorar la salud de la población andaluza a través de un modelo común de intervención que integre la provisión de servicios de salud comunitaria en APyC del SSPA, garantizando una atención de calidad, basada en el enfoque biopsicosocial, el autocuidado y el aprovechamiento de los activos para la salud del territorio, con la participación activa de la comunidad y la coordinación entre sectores."

6.2. Visión

"Consolidar la salud comunitaria como un modelo de referencia en la atención sanitaria andaluza, promoviendo la intersectorialidad para abordar la salud de forma integral. Visualizamos un sistema donde los centros de salud, junto a otros agentes del territorio, actúen como generadores del bienestar general de la población, centrado en la mejora de los determinantes sociales y la reducción de desigualdades, logrando un impacto real en los indicadores de salud. En este modelo, la ciudadanía es activa y está empoderada en la mejora de su bienestar, y los profesionales del SSPA integran la mirada comunitaria en su práctica clínica."

6.3. Valores

Equidad y reducción de desigualdades

La equidad y la reducción de desigualdades en salud representan un eje fundamental de esta estrategia, asegurando la orientación de sus acciones hacia la justicia social y la garantía

²⁵ Ver documentación complementaria: Informe Misión, visión y valores ESCA

del derecho a la salud.

Este principio implica el desarrollo de políticas y estrategias que permitan garantizar el acceso equitativo a los recursos sanitarios y comunitarios, abordando de manera activa los DSS, las desigualdades en salud y promoviendo intervenciones basadas en el enfoque de interseccionalidad. Esto implica reconocer y actuar sobre los múltiples factores sociales, económicos y culturales que condicionan el bienestar de la población, asegurando que la atención se adapte a las necesidades específicas de los diferentes colectivos.

Desde esta perspectiva, la equidad implica que todas las personas deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, poniendo el foco en la justicia social, estableciendo medidas que permitan eliminar barreras estructurales y garantizar que todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, territorial o cultural.

Territorialidad y bienestar de la población

Este valor destaca la importancia del ámbito local como el espacio clave para el desarrollo de la salud comunitaria, promoviendo la salutogénesis y la identificación y dinamización de los activos para la salud desde el enfoque de Salud Comunitaria Basada en Activos. La estrategia reconoce que la salud no depende solo del sistema sanitario, sino también de los recursos, redes y condiciones del entorno donde las personas viven y se desarrollan.

Desde este enfoque, la ESCA impulsa intervenciones adaptadas a las características y necesidades de cada comunidad, priorizando la atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad y promoviendo entornos saludables que favorezcan el bienestar físico, mental y social.

Colaboración y trabajo conjunto

Este valor resalta la importancia de la intersectorialidad, la coordinación y la multidisciplinariedad como ejes fundamentales para la salud comunitaria. La ESCA promueve un enfoque multisectorial, donde distintos actores—sanitarios, no sanitarios, comunitarios e institucionales—trabajan de manera conjunta para abordar los determinantes de la salud desde una perspectiva integral.

El enfoque de salud en todas las políticas garantiza que las acciones en materia de salud se desprendan desde el ámbito político con una perspectiva intersectorial, considerando que la salud de las personas en el ámbito comunitario depende de los ámbitos sanitarios,

educativos, urbanísticos y ambientales, favoreciendo respuestas coordinadas y sostenibles que mejoren el bienestar de la población.

Gestión del conocimiento y mejora continua

Este valor enfatiza la importancia de la innovación, la evidencia científica y el enfoque integral de la salud en la toma de decisiones y el desarrollo de la ESCA. La estrategia se fundamenta en un aprendizaje continuo, impulsando la generación, aplicación y difusión del conocimiento para mejorar la efectividad de las intervenciones en salud comunitaria.

La mejora continua implica evaluar de manera sistemática las acciones implementadas, adaptarlas a las necesidades cambiantes de la población y promover intervenciones en salud comunitaria en la mejor evidencia disponible. Asimismo, fomenta la incorporación de enfoques innovadores que permitan optimizar los recursos y fortalecer la equidad en salud.

Principios transversales

Los principios transversales de la ESCA, aunque no se configuran como valores estratégicos centrales, son elementos fundamentales que orientan la implementación y el marco operativo de la estrategia.

- **Excelencia, sostenibilidad y solidaridad**, refuerzan el compromiso con una estrategia de salud comunitaria eficaz, ética y sostenible, garantizando su viabilidad a largo plazo y su impacto en la equidad y el bienestar de la población.
- **Transparencia y rendición de cuentas** aseguran que las acciones impulsadas en la ESCA se desarrollen con responsabilidad, acceso a la información y evaluación continua, promoviendo la participación informada de todos los actores implicados.
- **Gobernanza** hace referencia a la necesidad de una estructura organizativa clara y participativa, donde la toma de decisiones en salud comunitaria se base en criterios de equidad, eficiencia y legitimidad.
- El **género** como uno de los principales ejes de desigualdad a tener en cuenta.

Estos principios contribuyen a fortalecer la calidad y la equidad en la estrategia, facilitando su integración en las políticas públicas y asegurando su impacto en la mejora de la salud de la población.

7. Líneas estratégicas y objetivos

Las líneas estratégicas y objetivos generales son las directrices que guiarán las acciones y decisiones de la ESCA con el fin de lograr su objetivo general. Sirven como una brújula que orienta a todas las personas implicadas hacia una meta común, asegurando que todos los esfuerzos estén alineados y enfocados en las áreas claves necesarias para el éxito de la estrategia.

La propuesta de los objetivos se realizó por parte de la Oficina Técnica, con apoyo de la EASP, a través de un análisis y CAME²⁶, que sirvió como base para identificar las cinco líneas estratégicas, así como una primera propuesta de objetivos generales y específicos de las mismas.

Esta primera propuesta se enriqueció con las aportaciones de profesionales del SSPA en una jornada presencial en la EASP que se hizo el 4 de noviembre de 2024. A esta jornada se invitaron a 5 profesionales de cada DAP/AGS de Andalucía, con los perfiles de medicina, pediatría, enfermería, trabajo social y técnicos de educación para la salud y participación comunitaria. El objetivo de la jornada fue propiciar un espacio para el encuentro, la reflexión y el debate entre profesionales del SSPA sobre los contenidos y líneas estratégicas de la ESCA. Se realizó una metodología participativa, con una primera parte donde los asistentes se dividen en talleres (grupos de 10-15 personas) en los que se identificaron barreras internas y externas para la salud comunitaria en el SSPA, y se propusieron actuaciones que pudieran enmarcarse dentro de las distintas líneas estratégicas. Las actuaciones se priorizaron con una metodología basada en el método Hanlon²⁷. En una segunda parte, en plenario, se presentaron las actuaciones priorizadas en cada taller y se volvió a priorizar entre todas las personas asistentes a la jornada. Aquellas que obtuvieron una puntuación de impacto mayor a 8 punto sobre 10 fueron incluidas en la ESCA.

La ESCA tiene como objetivo general reforzar la salud comunitaria en Andalucía a través del abordaje de los distintos retos establecidos durante el proceso de elaboración de la

²⁶ Es un acrónimo de Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar: una herramienta de análisis cuyo objetivo es determinar las estrategias que potencialmente se podrían llevar a cabo, en base a los elementos identificados en el DAFO.

²⁷ El método Hanlon es una herramienta metodológica utilizada para priorizar problemas de salud, evaluando su magnitud, severidad, eficacia de intervención y factibilidad

estrategia, utilizando los recursos existentes y promoviendo las fortalezas identificadas en el SSPA y su entorno. De este modo se establecen 5 líneas estratégicas.

En primer lugar, la priorización de la salud comunitaria en todos los niveles de gestión del SSPA, y en todos los procesos de planificación del mismo, es uno de los mecanismos para asegurar el desarrollo de la salud comunitaria; por eso el objetivo de la primera línea estratégica es reforzar la salud comunitaria en la gestión y planificación en el SSPA.

Por otro lado, el abordaje de la salud comunitaria en tres niveles le otorga una fuerza que se materializa en el bienestar integral de los individuos y la salud colectiva de las comunidades, siendo estos los resultados del sumatorio de esfuerzos que se realizan desde la consulta, el centro de salud y el entorno comunitario; por esto, el objetivo de la segunda línea estratégica es fortalecer los tres niveles de la orientación comunitaria en atención primaria dentro del SSPA.

Para mejorar la práctica profesional y fomentar una cultura de salud comunitaria que involucre a todos los sectores relacionados con el bienestar de la comunidad, es necesario promover la formación y desarrollo de competencias en salud comunitaria, que incluyan los tres niveles, y dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de la APyC, así como otros colectivos que intervienen en la comunidad; por lo tanto el objetivo de la tercera línea estratégica es fortalecer el conocimiento sobre salud comunitaria entre todos los profesionales de APyC y otros colectivos implicados.

Así mismo la excelencia y la mejora continua son valores fundamentales del SSPA que busca enriquecerse de la experiencia propia y ajena de calidad, así como de las últimas producciones científicas e investigadoras; por esto, el objetivo de la cuarta línea estratégica es crear nuevos conocimientos sobre Salud Comunitaria en el SSPA.

Por último, la difusión y comunicación garantizan que la información llegue de manera efectiva a todos los actores involucrados y a la sociedad en general, así como la transparencia y la accesibilidad de la información fomentan la confianza y la participación ciudadana, permitiendo a las personas entender, apoyar y colaborar en los procesos de mejora de su bienestar y de la salud de su comunidad; por eso el objetivo de la quinta línea estratégica es visibilizar la importancia de la salud comunitaria para el bienestar y la calidad de vida de la población.

Resaltar que la perspectiva de género está presente en todas las líneas estratégicas de forma transversal, ya que, siendo uno de los ejes de desigualdad más presentes en la



población andaluza, se posiciona dentro de esta estrategia como un fundamento que debe guiar todas las líneas de acción que se desarrollen.

Estas cinco líneas se desarrollan a través de 5 objetivos generales, 19 objetivos específicos y 59 líneas de acción que son las siguientes:

7.1. Línea estratégica 1: La gestión del SSPA

Objetivo General		
Reforzar la salud comunitaria en la gestión y planificación del SSPA.		
Objetivos Específicos	Líneas de Acción	
1.1. Reflejar los tres niveles de orientación comunitaria en las herramientas de gestión del SAS	1.1.1.	Ampliar el catálogo de la cartera de servicios del SSPA con los contenidos de orientación comunitaria, al menos con los contenidos establecidos en el SNS.
	1.1.2.	Incluir en CP/AGC objetivos relativos al nivel 1: abordaje biopsicosocial y atención centrada en las personas y su entorno.
	1.1.3.	Incluir en CP/AGC objetivos relativos al nivel 2: trabajo con grupos promoviendo acciones educativas grupales por medio del aprendizaje significativo, entre iguales y fomento del autocuidado.
	1.1.4.	Incluir en CP/AGC objetivos relativos al nivel 3: participación de profesionales de atención primaria en acciones comunitarias de forma intersectorial e interdisciplinaria, con otros agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad.
	1.1.5.	Incluir en el CP/AGC la actualización de un diagnóstico de salud comunitaria y planificación de salud comunitaria en cada UGC.
1.2. Comprometer a los cargos directivos con la ejecución de los tres niveles de orientación comunitaria en su ámbito de gestión.	1.2.1.	Incorporar, entre los criterios de selección de los cargos intermedios del SAS, criterios relacionados con la implantación de acciones de salud comunitaria en su UGC, adaptado a su ámbito de actuación.
	1.2.2.	Garantizar tiempo en las agendas profesionales para la actividad comunitaria.
1.3. Optimizar los recursos financieros y humanos para potenciar los tres niveles de orientación comunitaria en la APyC.	1.3.1.	Establecer e implementar la atención continuada para las actividades de salud comunitaria en base a la Resolución 28/22 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS).
	1.3.2.	Garantizar una estructura multidisciplinar organizativa y funcional de profesionales para promover actividades de salud comunitaria en cada DAP y UGC.
1.4. Actualizar los sistemas de registro de los distintos niveles de salud comunitaria y los Determinantes Sociales de la Salud	1.4.1.	Integrar y habilitar el registro de DSS en la HCD.
	1.4.2.	Mejorar la integración de los aspectos sociales y comunitarios en la HCD.
	1.4.3.	Integrar la HCD con el mapa de activos de salud.
	1.4.4.	Extender el registro de actividades grupales dentro de Diraya.
	1.4.5.	Mejorar la plataforma OTTAWA como herramienta de registro de acciones comunitarias y complementar con Diraya.

7.2. Línea estratégica 2: Los niveles de orientación comunitaria

Objetivo general		
Fortalecer los tres niveles de la orientación comunitaria en atención primaria dentro del SSPA.		
Objetivos Específicos	Líneas de Acción	
2.1 Realizar diagnóstico de salud comunitaria en cada UGC	2.1.1.	Realizar un estudio de necesidades de salud comunitaria por UGC que incluya: información sobre las estructuras de participación comunitaria, grupos en situación de vulnerabilidad, actores y recursos con la participación de los agentes locales (en coordinación con los Planes Locales de Salud en aquellos municipios adheridos a RELAS).
	2.1.2.	Actualizar anualmente el mapa de activos para la salud de cada UGC.
2.2 Fortalecer el nivel individual y familiar de orientación comunitaria.	2.2.1.	Crear un espacio en Diraya de consulta de materiales sobre orientaciones prácticas para la aplicación de la salud comunitaria en consulta.
	2.2.2.	Identificar y registrar DSS en la HCD.
	2.2.3.	Realizar la recomendación de activos para la salud por parte de todos los profesionales de APyC.
2.3 Potenciar el abordaje grupal con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.	2.3.1.	Planificar anualmente en cada UGC las actividades grupales de educación para la salud con perspectiva de DSS.
	2.3.2.	Facilitar desde los equipos directivos el desarrollo de actividades grupales por parte de profesionales de distintos perfiles de APyC
	2.3.3.	Realizar actividades grupales de educación para la salud con perspectiva de DSS.
	2.3.4.	Garantizar el conocimiento por parte de los profesionales de las actividades grupales de su centro y su entorno comunitario.
2.4 Facilitar el desarrollo del nivel comunitario en el territorio de adscripción.	2.4.1.	Realizar acciones de participación y coordinación entre los actores del SSPA y su entorno comunitario en las redes intersectoriales existentes en su comunidad.
	2.4.2.	Facilitar desde los equipos directivos la participación de profesionales de distintos perfiles de APyC en las acciones comunitarias que se desarrollen en el territorio.
	2.4.3.	Reforzar las comisiones y mesas de participación con la comunidad de los DAP/UGC.

7.3. Línea estratégica 3: Formación.

Objetivo general			
Fortalecer el conocimiento sobre salud comunitaria entre todos los profesionales de APyC y otros colectivos implicados.			
Objetivos Específicos	Líneas de Acción		
3.1 Desarrollar formación de calidad en salud comunitaria entre los profesionales del SSPA	3.1.1.	Analizar las distintas necesidades formativas en relación a la salud comunitaria entre los distintos profesionales del APyC.	
	3.1.2.	Diseñar, desarrollar e implementar un itinerario formativo específico para aquellas categorías profesionales que desarrollan su actividad principal en salud comunitaria	
	3.1.3.	Diseñar, desarrollar e implementar un programa de formación de formadores en salud comunitaria que facilite la adaptación territorial	
	3.1.4.	Priorizar la oferta de acciones formativas con carácter multidisciplinar para el desarrollo de los distintos itinerarios formativos en los planes anuales de formación de los centros sanitarios.	
	3.1.5	Incluir la salud comunitaria en el plan de acogida de los nuevos profesionales.	
3.2 Incluir módulos específicos sobre salud comunitaria en los programas de formación dirigidos a los equipos directivos, tanto a nivel de DAP/AGS como de UGC.	3.2.1.	Añadir contenidos prácticos sobre cómo incorporar la salud comunitaria en la planificación y gestión diaria del personal directivo en los programas formativos dirigidos a este colectivo.	
	3.2.2.	Realizar talleres monográficos sobre salud comunitaria que alcancen a la globalidad de los equipos directivos.	
	3.2.3.	Realizar talleres basados en la evidencia de los beneficios de la salud comunitaria que fomenten la incorporación del cambio en la práctica clínica para los cargos intermedios con carácter multidisciplinar e interniveles.	
3.3 Incluir la formación sobre salud comunitaria en los itinerarios formativos de los futuros profesionales del SSPA.	3.3.1.	Promover la creación de una asignatura sobre salud comunitaria basada en los determinantes de la salud que se incluya en los grados de todos los perfiles sanitarios.	
	3.3.2.	Promover la consolidación de cursos de postgrado con especialización en salud comunitaria y rotaciones con todos los perfiles profesionales implicados en los distintos niveles de salud comunitaria.	
	3.3.3.	Incluir la formación teórico-práctica en salud comunitaria, en los programas de Formación Profesional en las áreas sociosanitarias.	
3.4 Ofertar formación sobre salud comunitaria a otros agentes de salud y ciudadanía.	3.4.1.	Planificar anualmente formaciones monográficas sobre salud comunitaria basadas en la identificación participativa de necesidades formativas, dirigidas a instituciones y colectivos concretos de la comunidad.	

	3.4.2.	Ofertar de forma permanente una formación masiva online en abierto sobre contenidos concretos de salud comunitaria.
3.5 Potenciar el itinerario formativo de investigación entre profesionales de salud comunitaria.	3.5.1.	Facilitar la formación básica en metodología de investigación a los profesionales que desarrollan su actividad principal en salud comunitaria.
	3.5.2	Incluir a profesionales que desarrollan su actividad principal en salud comunitaria en el itinerario formativo de investigación del SSPA (IFEMI).

7.4. Línea estratégica 4: Innovación e investigación

Objetivo general		
Aumentar y dar soporte a la investigación e innovación en Salud Comunitaria en el SSPA.		
Objetivos Específicos	Líneas de Acción	
4.1. Generar evidencias científicas en salud comunitaria	4.1.1.	Establecer una línea específica de investigación en salud comunitaria en las convocatorias de financiación competitiva de la Consejería de Sanidad.
	4.1.2.	Incentivar el apoyo de las entidades de investigación del SSPA a proyectos de investigación sobre salud comunitaria.
	4.1.3.	Potenciar la presentación de los proyectos de investigación sobre salud comunitaria a las convocatorias de intensificaciones.
	4.1.4.	Facilitar la publicación científica en revistas científicas.
4.2. Promover la calidad en la investigación en salud comunitaria	4.2.1.	Promover la creación de grupos de investigación de APyC con líneas de investigación relacionadas con la salud comunitaria.
	4.2.2.	Promover la integración de las estructuras de la comunidad en los proyectos de investigación sobre salud comunitaria.
	4.2.3.	Facilitar e incentivar la participación de profesionales de distintos perfiles en encuentros, jornadas y congresos nacionales e internacionales relacionados con la salud comunitaria.
	4.2.4.	Convocar anualmente un premio de excelencia de investigación en salud comunitaria.
4.3. Crear espacios de encuentro sobre salud comunitaria.	4.3.1.	Organizar un encuentro anual presencial de intercambio de prácticas innovadoras y conocimiento de las actuaciones dirigidas al cambio de orientación comunitaria.
	4.3.2.	Generar un sistema de recogida y sistematización de buenas prácticas.
	4.3.3.	Crear una plataforma virtual con experiencias, buenas prácticas y recursos para profesionales que trabajan en la orientación comunitaria marcada por la estrategia.

7.5. Línea estratégica 5: Difusión y comunicación

Objetivo general			
Visibilizar la importancia de la salud comunitaria para el bienestar y la calidad de vida de la población.			
Objetivos Específicos	Líneas de Acción		
5.1 Reforzar la salud comunitaria como cultura dentro del SSPA.	5.1.1.	Realizar acciones de divulgación de la ESCA enmarcada en el modelo de orientación comunitaria y sus beneficios, dirigidas a profesionales y directivos del SSPA.	
	5.1.2.	Realizar e implementar un protocolo para la difusión de actividades de salud comunitaria a través de los canales corporativos.	
5.2 Impulsar la orientación comunitaria entre los agentes locales (entorno comunitario).	5.2.1.	Visibilizar y difundir el trabajo de coordinación sociosanitario que se hace desde las UGC.	
5.3. Dar a conocer a la población la importancia de la salud comunitaria y sus beneficios.	5.3.1.	Realizar campañas sobre los beneficios de activos para la salud y su importancia para el bienestar y la calidad de vida con referencia a estudios y evidencias científicas.	
	5.3.2.	Incorporar a los mensajes de salud dirigidos a la ciudadanía desde los canales institucionales el enfoque de salud comunitaria.	
	5.3.3.	Informar a la ciudadanía sobre los recursos y actuaciones de salud comunitaria existentes en su territorio.	
	5.3.4.	Difundir a través del Plan de comunicación de atención primaria la ampliación de la cartera de servicios y las funciones y competencias relacionadas con la salud comunitaria de las distintas categorías profesionales.	

8. La implementación

Implementar significa poner en funcionamiento métodos o medidas para llevar algo a cabo, en este caso los objetivos propuestos en la ESCA. Implica aplicar nuevos métodos a sistemas ya existentes en un proceso de mejora continua, como en el caso de la salud comunitaria que ya está presente en el SSPA desde su creación.

El SSPA lo conforma un mapa de 34 realidades distintas, una por cada DAP, aunque algunos comparten su centro directivo. Por ello, aunque la implementación de la ESCA debe ser transversal a todos ellos, se propone la adaptación de las líneas de acción a cada uno de los territorios que se agrupan en 27 centros directivos, dando así respuesta a las necesidades y fomentando la puesta en valor de los recursos y fortalezas de cada uno de ellos.

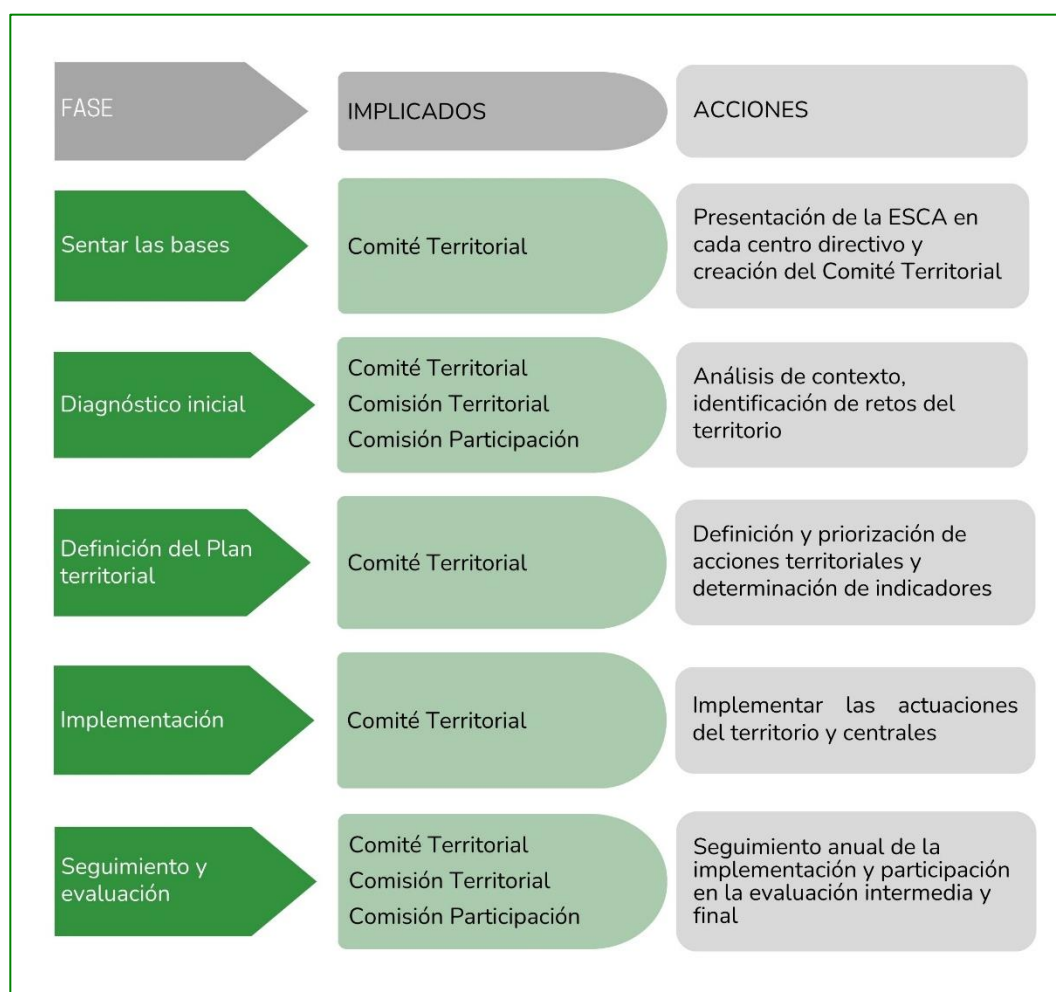
Para llevar a cabo la implementación de la ESCA se distinguen tres niveles de la misma:

- **Nivel Autonómico:** Incluye aquellas líneas de acción que deben desarrollarse para el conjunto de la comunidad autónoma de forma homogénea.
- **Nivel Territorial:** Abarca las actuaciones que encuentran su fuerza en la adaptación a las distintas realidades de los DAP/AGS.
- **Nivel Mixto:** Donde se plantea un abordaje centralizado que se complementa con actuaciones desarrolladas desde los DAP/AGS.

Este modelo metodológico de adaptación territorial a los DAP toma como punto de partida la realidad del territorio y las actividades que ya se están realizando en cada uno de ellos, haciendo posible así el desarrollo de actuaciones más eficientes, transformadoras y equitativas.

Para ello, a nivel territorial (por cada centro directivo) mediante la participación del Comité territorial, la Comisión Territorial y la Comisión de Participación Ciudadana del DAP/AGS se realizará un trabajo de adaptación de las líneas de acción del nivel territorial/mixto a la realidad local, realizando un plan de adaptación territorial y un cronograma de implantación local. Es fundamental incluir la perspectiva de las y los profesionales relacionados con salud comunitaria, agentes locales y de la comunidad. Se contará con la participación de la ciudadanía a través de la intervención de las comisiones y las mesas de participación ciudadana, enriqueciendo el análisis de partida de cada territorio y contribuyendo a la toma de decisiones en la adaptación de las líneas de acción en cada distrito (ilustración 8).

Ilustración 8 - Fases del proceso de implementación a nivel territorial



Fuentes y elaboración propia

8.1. Cronograma

Los instrumentos de planificación estratégica requieren, no solo de una definición clara de sus objetivos y líneas de acción, sino también de una estructuración temporal que oriente su ejecución. En este contexto, el cronograma de implementación constituye una herramienta de gestión fundamental. Se trata de un instrumento técnico que organiza y distribuye, de manera secuencial y en plazos determinados, las actividades, responsables, recursos y metas asociadas a cada fase del proceso de implementación. Su función principal es guiar la ejecución de la política de forma ordenada y eficiente, asegurando el cumplimiento de los tiempos establecidos y permitiendo una supervisión adecuada del avance.

Contar con un cronograma bien definido permite optimizar el uso de los recursos institucionales, facilitar la coordinación entre los distintos actores involucrados y establecer

mecanismos de seguimiento y evaluación continua. Asimismo, contribuye a identificar anticipadamente posibles riesgos o retrasos, y a implementar medidas correctivas oportunas. En conclusión, el cronograma de implementación no solo es un componente operativo clave, sino también un elemento estratégico que fortalece la transparencia, la rendición de cuentas y la efectividad de la estrategia.

A continuación, se desarrolla un cronograma de la ejecución de las líneas de acción que componen las distintas líneas estratégicas (tabla 29). Si bien, es importante tener una visión de conjunto del despliegue temporal propuesto para alcanzar los objetivos específicos, es importante recordar que esta estrategia sigue una metodología de implementación adaptada a los distintos territorios del sistema sanitario de Andalucía, esto delimita el alcance de dicho cronograma. Por tanto, se establece un cronograma aproximado y general para el desarrollo de las líneas de acción que sirvan como guía su la implementación y el seguimiento.

Tabla 29 - Cronograma

LE	OE	LA	2026	2027	2028	2029	2030
1	1.1.	1.1.1.	x				
		1.1.2.	x	x	x	x	x
		1.1.3.	x	x	x	x	x
		1.1.4.	x	x	x	x	x
		1.1.5.	x	x	x	x	x
	1.2.	1.2.1.	x	x	x	x	x
		1.2.2.	x	x	x	x	x
	1.3.	1.3.1.	x	x	x	x	x
		1.3.2.	x	x	x	x	x
	1.4.	1.4.1.		x			
		1.4.2.		x			
		1.4.3.		x			
		1.4.4.		x			
		1.4.5.		x			
2	2.1	2.1.1.	x	x	x	x	x
		2.1.2.	x	x	x	x	x
	2.2	2.2.1.		x			
		2.2.2.			x	x	x
		2.2.3.			x	x	x
		2.3.1.	x	x	x	x	x
	2.3	2.3.2.	x	x	x	x	x
		2.3.3.	x	x	x	x	x
		2.3.4.	x	x	x	x	x
		2.4.1.	x	x	x	x	x
	2.4	2.4.2.	x	x	x	x	x
		2.4.3.	x	x	x	x	x
3	3.1	3.1.1.	x	x	x	x	x
		3.1.2.	x	x	x	x	x
		3.1.3.	x	x	x	x	x
		3.1.4.	x	x	x	x	x
		3.1.5.	x	x	x	x	x
	3.2	3.2.1.	x	x	x	x	x
		3.2.2.	x	x	x	x	x
		3.2.3.	x	x	x	x	x
	3.3	3.3.1.	x	x	x	x	x
		3.3.2.	x	x	x	x	x
		3.3.3.	x	x	x	x	x
	3.4	3.4.1.	x	x	x	x	x
		3.4.2.	x	x	x	x	x
	3.5	3.5.1.	x	x	x	x	x
		3.5.2.	x	x	x	x	x
4	4.1.	4.1.1.	x	x	x	x	x
		4.1.2.	x	x	x	x	x
		4.1.3.	x	x	x	x	x
		4.1.4.	x	x	x	x	x
	4.2.	4.2.1.	x	x	x	x	x
		4.2.2.	x	x	x	x	x
		4.2.3.	x	x	x	x	x
		4.2.4.	x	x	x	x	x
	4.3.	4.3.1.	x	x	x	x	x
		4.3.2.	x				
		4.3.3.	x				
5	5.1	5.1.1.	x	x	x	x	x
		5.1.2.		x			
	5.2	5.2.1.	x	x	x	x	x
		5.3.1.	x	x	x	x	x
	5.3.	5.3.2.	x	x	x	x	x
		5.3.3.	x	x	x	x	x
		5.3.4.	x	x	x	x	x

8.2. Posibilidades y forma de modificación y prórroga

En el marco del ciclo de gestión de los instrumentos de planificación estratégicos, la posibilidad de introducir modificaciones o prorrogar su vigencia constituye una herramienta necesaria para asegurar su efectividad, pertinencia y sostenibilidad. La dinámica social, los cambios en el contexto institucional y los resultados derivados del monitoreo y la evaluación exigen que todo instrumento de planificación estratégica se mantenga abierto a ajustes estratégicos que permitan corregir desviaciones, incorporar aprendizajes y responder a nuevas necesidades. Por ello, esta estrategia contempla mecanismos claros y flexibles para la modificación y/o prórroga de sus acciones, garantizando su alineación permanente con los objetivos propuestos y con las demandas de la población destinataria.

Las posibles modificaciones en la ESCA se realizarán tras una propuesta por parte de algunas de las estructuras que componen la gobernanza, fundamentada en alguno de los procesos de evaluación y seguimiento de la misma, y la aprobación por parte del comité director.

Por otra parte, la prórroga es la extensión del período de vigencia más allá del plazo originalmente establecido y puede darse cuando, los objetivos aún no se han cumplido en su totalidad, se considera necesario consolidar o ampliar los impactos alcanzados o el contexto justifica la continuidad de la intervención.

La prórroga de la ESCA se ejecutaría de forma expresa, mediante una resolución de la Viceconsejería (instrucción sexta de la Instrucción 1/2025 de la Consejería de Salud y Consumo) “siempre que se justifique la necesidad de llevarlo a cabo y se haya iniciado la y tramitación de un nuevo documento”.

9. El seguimiento y la evaluación

Es una etapa fundamental ya que permite evaluar el progreso y los resultados obtenidos, identificar posibles desviaciones y tomar acciones correctivas para asegurar el éxito. Se realizará tanto en el transcurso de su implementación como una vez que haya finalizado y se plasma en los siguientes informes:

Informes de seguimiento anuales y final: en el primer trimestre de cada año, la Oficina Técnica realiza un informe sobre el desarrollo de la ESCA del año natural anterior, donde se recogen las acciones desarrolladas, los resultados parciales conseguidos, las dificultades encontradas para el desarrollo de la ESCA, así como las propuestas de modificación y mejora de este. Antes de la finalización del primer trimestre de cada año, el informe anual debe aprobarse por el Comité Directivo y se acuerdan las modificaciones necesarias para la mejora del Plan. Con esta información se persigue analizar el grado de consecución de la ESCA y sus logros parciales, así como tomar las medidas pertinentes para garantizar los logros previstos.

Evaluación intermedia: se elabora un informe de evaluación intermedia en el segundo semestre del año 2028, donde se analizan las acciones realizadas de cada una de las líneas estratégicas a fecha de 30 de junio de 2028 y, específicamente, sobre los objetivos de resultados logrados tras los tres primeros años de implementación de la ESCA. Con esta evaluación se persigue analizar el grado de cumplimiento de los objetivos a mitad del periodo, para poder establecer las medidas correctoras en las diferentes acciones o incorporando acciones nuevas, que permiten lograr el cumplimiento de los objetivos tras la ejecución de la ESCA.

Informe de Evaluación final: finalizado el periodo de vigencia de la ESCA, el 31 de diciembre de 2030, comienza una fase de evaluación, que se plasma en un Informe de Evaluación Final de la ESCA, que sirve de base para el diseño de posteriores planes estratégicos de salud comunitaria. En esta evaluación se analiza el grado de consecución de los objetivos planteados, el grado de implementación de la temporalización prevista, analizando especialmente los criterios de eficacia, así como de cobertura y de participación.

Se diseña un sistema de indicadores que abarca desde los objetivos generales hasta las líneas de acción, incluyendo indicadores de contexto, impacto, resultado y realización. Dada la naturaleza de la ESCA, se realizará una evaluación intermedia y final de carácter participativo, contando con los diferentes actores que intervienen en la ciudadanía: profesionales, ciudadanía y las diferentes estructuras de participación: comisiones de

participación de DAP/AGS y Mesas de Participación de las UGC. Para ello se partirá de las diferentes necesidades informativas de todos los actores implicados en el desarrollo de la ESCA.

9.1. Sistema de indicadores

El desarrollo y la implementación de un sistema de indicadores representan un avance significativo en la consolidación de mecanismos sistemáticos de gestión, evaluación y mejora continua de las intervenciones en salud. Facilita la monitorización periódica de las acciones comunitarias, permitiendo identificar avances, brechas, tendencias y áreas prioritarias de intervención. Además, proporciona una base sólida para la toma de decisiones informadas y orientadas a la mejora del impacto de las políticas públicas de salud en el ámbito local, promoviendo la eficiencia y la efectividad de las actuaciones.

Este enfoque no solo fortalece la rendición de cuentas y la transparencia institucional, sino que también promueve una cultura organizativa basada en la evidencia y la orientación a resultados.

Indicadores de contexto e impacto

Los indicadores de contexto son aquellos que describen las condiciones estructurales, sociales, económicas, demográficas y ambientales que influyen en la salud de la población. No miden directamente resultados en salud, pero ayudan a entender el entorno en el que se desarrollan las intervenciones. En la misma línea, los indicadores de impacto evalúan los cambios a largo plazo en el estado de salud de la población que pueden atribuirse, al menos en parte, a las intervenciones desarrolladas. Aunque su evolución depende de múltiples factores, son clave para valorar si las estrategias implementadas contribuyen efectivamente a mejorar la salud comunitaria y reducir desigualdades.

La ESCA, al igual que el resto de políticas que se desarrollan en el SSPA, tiene como misión mejorar la salud de la población andaluza, alineándose con la línea 3 de los ODS - Salud y Bienestar, que se centra en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Con el fin de establecer indicadores de contexto e impacto para la ESCA se ha seleccionado una serie de indicadores incluidos en la línea 3 del sistema de Indicadores de

Desarrollo Sostenible de Andalucía para la Agenda 2030²⁸. El uso de estos indicadores vinculados a los ODS 2030 resulta relevante, ya que se sustentan en un marco internacionalmente consensuado, facilitan la comparabilidad de los avances y aseguran la coherencia entre las políticas autonómicas, nacionales e internacionales. Incorporar este sistema de indicadores busca reforzar su alineación con las prioridades globales en salud y desarrollo sostenible.

Tabla 30 - Indicadores de contexto e impacto.

META ODS	Nº	Indicador
3.4	1.	Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas
	2.	Tasa de mortalidad por suicidio
3.5	3.	Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas
	4.	Indicador Consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro
3.6	5.	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico
	6.	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico (datos municipales)
3.7	7.	Indicador Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
	8.	Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
3.8	9.	Cobertura de los servicios de salud esenciales
3.9	10.	Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias
3.B	11.	Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
3.C	12.	Densidad y distribución del personal sanitario
Sin meta asignada	13.	Tasa de obesidad por IMC.
	14.	Víctimas mortales en accidentes de tráfico
	15.	Proporción de personas que en su vivienda sufren problemas de ruidos procedentes del vecindario o del exterior.

Fuente: Sistema de Indicadores de Desarrollo Sostenible de Andalucía para la Agenda 2030 del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

²⁸ Fecha de acceso 04/12/2025: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/ods/listado-indicadores-3.htm>

Indicadores de resultado y de realización

Los indicadores de realización y de resultado permiten evaluar, de forma complementaria, el proceso y los productos obtenidos de los objetivos específicos y las líneas de acción de la ESCA. Los indicadores de realización se centran en el grado de ejecución de las líneas de acción, proporcionando información clave sobre la implementación, el uso de recursos y el cumplimiento de las intervenciones. Por su parte, los indicadores de resultado miden los efectos directos e intermedios logrados, permitiendo valorar la eficacia de las acciones y su contribución a los objetivos específicos de la estrategia. En conjunto, ambos tipos de indicadores constituyen herramientas esenciales para el seguimiento, la toma de decisiones y la evaluación de la ESCA.

Estos indicadores han sido seleccionados y estructurados con el fin de asegurar un seguimiento coherente, comparable y orientado a resultados, permitiendo valorar tanto el grado de ejecución de las acciones como los efectos esperados. La organización por líneas estratégicas facilita la alineación entre objetivos, intervenciones y evaluación, ofreciendo una visión integrada del avance de la estrategia.

Tabla 31 - Indicadores de la Línea Estratégica 1

Nº OE	Indicador resultado		NºLA	Indicador realización	
1.1	1.1.A	Publicación del servicio de atención comunitaria recogido en la cartera de servicios autonómica de AP: Sí/No	1.1.1	1.1.1.1	Publicación de la actualización de la cartera de servicio: SI/NO
	1.1.B	Incremento del número de objetivos e indicadores de salud comunitaria en CP/AGC	1.1.2	1.1.2.1	Porcentaje de DAP/AGS que incluyen en sus AGC objetivos relacionados con la recomendación de activos
			1.1.3	1.1.3.1	Porcentaje de DAP/AGS que incluyen en sus AGC objetivos relacionados con las actividades educativas grupales: GRUSE / GRAFA
			1.1.4	1.1.4.1	Porcentaje de DAP/AGS que incluyen en sus AGC objetivos relativos a la realización de acciones comunitarias y/o proyectos de salud comunitaria.
			1.1.5	1.1.5.1	Porcentaje de DAP/AGS que incluyen en sus AGC objetivos relativos a la realización de actualización del diagnóstico de salud comunitaria.
1.2	1.2.A	Cumplimiento de los objetivos de los AGC relacionados con los tres niveles de la Salud Comunitaria	1.2.1	1.2.1.1	Incluir en el modelo de convocatoria para la selección de los cargos intermedios (BOJA), como parte del proyecto de gestión que se solicita, la inclusión de un punto que indique "propuestas para el desarrollo de los tres niveles de salud comunitaria en su UGC": Si/No
			1.2.2	1.2.2.1	Porcentaje de UGC que realizan las actividades de la Estrategia dentro de su jornada laboral modificando la agenda
1.3	1.3.A	Incremento del número de horas en la atención continuada en la modalidad A	1.3.1	1.3.1.1	Porcentaje de UGC que utilizan la atención continuada en la Modalidad A
				1.3.1.2	Índice de distribución de genero de los profesionales que cobran la atención continuada Modalidad A
			1.3.2	1.3.2.1	Número de DAP/AGS que cuentan con comisión territorial de la ESCA
				1.3.2.2	Porcentaje de UGC que cuentan con al menos 2 profesionales de distintos perfiles profesionales que desarrollan actividades de salud comunitaria.
				1.3.2.3	Índice de distribución de género de los profesionales que desarrollan actividades de salud comunitaria.
1.4	1.4.A	Incorporación del conjunto mínimo de condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la Historia Social Digital, consensuado en el Grupo de Trabajo de Salud	1.4.1	1.4.1.1	Desarrollo de aplicativos necesarios para el registro de condicionantes sociales y del contexto familiar y comunitario en la HCD: Sí/No
			1.4.2	1.4.2.1	Existencia de enlace a herramientas de recomendación de activos y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital: Sí/No

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
	Comunitaria creado por el Ministerio de sanidad: Si/No.	1.4.3	1.4.3.1 Integración de la HCD con el mapa de activos de Andalucía: si/no
		1.4.4	1.4.4.1 Aumento del registro de actividades grupales de distintas temáticas.
		1.4.5	1.4.5.1 Inclusión de nuevas funcionalidades en la plataforma OTTAWA para registro de todas las actividades comunitarias
			1.4.5.2 Apertura de OTTAWA a todos los perfiles profesionales

Tabla 32 - Indicadores de la Línea Estratégica 2

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
2.1	2.1.A Porcentaje de UGC en los que los y las profesionales de AP colaboran en los procesos de identificación, mapeo, dinamización y recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.	2.1.1	2.1.1.1 Porcentaje de UGC con estudio realizado
			2.1.1.2 Distribución de perfiles profesionales involucrados en el proceso de mapeo de activos por UGC
			2.1.1.3 Porcentaje UGC que incluyen en el estudio la perspectiva de Género.
	2.1.B Porcentaje de UGC que identifican activos relacionados con la perspectiva de género en su mapa de activos	2.1.2	2.1.2.1 Porcentaje de UGC con mapa de activos actualizado.
2.2	2.2.A Porcentaje de profesionales que realizan recomendación de activos y recursos comunitarios.	2.2.1	2.2.1.1 Existencia de un repositorio donde se encuentran todos los materiales de apoyo, accesible a todos los profesionales de la CCAA y agentes comunitarios: Sí/No
	2.2.B El Índice de distribución de género de las recomendaciones de activos tiende al 50%	2.2.2	2.2.2.1 Porcentaje de personas con registros de DSS en la HCD
	2.2.C El Índice de distribución de género de los registros de DSS en la HCD tiende al 50%	2.2.3	2.2.3.1 Porcentaje de UGC que han realizado recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios
2.3	2.3.A Porcentaje de UGC que realizan actividades grupales: GRUSE/GRAFA	2.3.1	2.3.1.1 Porcentaje de UGC en los que algún profesional ha participado en una actividad de EpS grupal con enfoque de determinantes sociales
		2.3.2	2.3.2.1 Porcentaje de UGC que realizan actividades grupales
		2.3.3	2.3.3.1 Número de actividades de EpS grupal con enfoque de determinantes sociales que ha realizado cada EAP

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
		2.3.4	2.3.4.1 Sesiones clínicas y/o reuniones / formaciones realizadas por UGC al año sobre actividades grupales y recursos y actividades del entorno comunitario
2.4	2.4.A Porcentaje de UGC con participación de profesionales de Atención Primaria en acciones comunitarias.	2.4.1	2.4.1.1 Porcentaje de UGC que se coordinan con los centros educativos, apoyando la promoción de la salud en los centros educativos y las escuelas promotoras de salud.
	2.4.B Porcentaje de UGC que cuentan con estructuras o mecanismos de coordinación con los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y con otros sectores y agentes implicados, como, entidades locales, ciudadanía y asociaciones de pacientes, educación, servicios sociales, deportes, establecimientos sanitarios y otros agentes comunitarios, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.	2.4.2	2.4.2.1 Porcentaje de UGC que participan en acciones comunitarias
	2.4.C Porcentaje de UGC que participan en comisiones de salud comunitaria/ mesas de coordinación intersectorial local que cuente con participación ciudadana, de la zona básica de salud, barrios u otra delimitación territorial de cercanía.	2.4.3	2.4.3.1 Número de reuniones realizadas por el consejo de salud/comisión/mesa (mínimo 2)

Tabla 33 - Indicadores de la Línea Estratégica 3

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
3.1	3.1.A Oferta de formación a todos los perfiles profesionales implicados, sanitarios y no sanitarios: Sí/No	3.1.1.	3.1.1.1 Realización del análisis: si/no
		3.1.2.	3.1.2.1 Número de profesionales que realizan el itinerario formativo
			3.1.2.2 Índice de distribución del género de los profesionales que realizan el itinerario formativo
		3.1.3.	3.1.3.1 Realización de formación de formadores: Sí/No
		3.1.4.	3.1.4.1 Porcentaje de acciones formativa de carácter multidisciplinar
		3.1.5.	3.1.5.1 Inclusión de la salud comunitaria en los planes de acogida: SI/NO
3.2	3.2.A Porcentaje de programas de formación que tienen algún modulo específico sobre salud comunitaria incluido	3.2.1.	3.2.1.1 Porcentaje de programas de formación que tienen incluidos contenidos específicos sobre la planificación y gestión de la salud comunitaria.
		3.2.2.	3.2.2.1 Número de talleres realizados
			3.2.2.2 Número de directivos que han asistido a los talleres
			3.2.2.3 índice de distribución de genero del alumnado
		3.2.3.	3.2.3.1 Número de talleres realizados
			3.2.3.2 Número de directivos que han asistido a los talleres
			3.2.3.3 índice de distribución de genero del alumnado
3.3	3.3.A Planes de estudio para futuros profesionales del SSPA que cuentan con contenido específico sobre salud comunitaria en su curriculum oficial	3.3.1.	3.3.1. Reuniones/actuaciones para promover la creación de la asignatura
		3.3.2.	3.3.2. Número de cursos de postgrado con especialización en salud comunitaria con rotación con los distintos perfiles profesionales implicados en los distintos niveles de Salud comunitaria
		3.3.3.	3.3.3. Porcentaje de programas de Formación Profesional en las áreas sociosanitarias que incluyen formación teórico-práctica en salud comunitaria
3.4	3.4.A Oferta de formación a otros agentes de salud comunitaria y/o ciudadanía: Sí/No	3.4.1.	3.4.1. Porcentaje de DAP/AGS que realizan la formación monográfica
		3.4.2.	3.4.2. Número de personas que realizan la formación MOOC
3.5	3.5.A Número de profesionales de salud	3.5.1.	3.5.1.1 Número de profesionales que se inscriben/realizan la formación básica en

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
	comunitaria que realizan el itinerario		metodología de investigación
		3.5.1.2	Índice de distribución de género de las personas que realizan la formación básica en metodología de investigación
		3.5.2.	3.5.2.1 Número de profesionales investigadores de salud comunitaria incluido en IFEMI
			3.5.2.2 Índice de distribución de profesionales investigadores de salud comunitaria incluidos en IFEMI

Tabla 34 - Indicadores de la Línea Estratégica 4

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
4.1	4.1.A Realización de convocatorias específicas de investigación en salud comunitaria o con mayor puntuación de los proyectos de salud comunitaria: Sí/no	4.1.1.	4.1.1. Inclusión de criterios de discriminación positiva para los proyectos de investigación sobre salud comunitaria en las convocatorias de financiación competitiva de la Consejería de Sanidad
		4.1.2.	4.1.2.1 Porcentaje de entidades pertenecientes a la red de fundaciones gestoras de la investigación (RFGI) que tienen un referente para investigación sobre salud comunitaria en AP
			4.1.2.2 Porcentaje de entidades de la RFGI que realizan actividades de coordinación/contacto proactivo con profesionales investigadores/as de AP
			4.1.2.3 Tener una base de datos de contactos de los investigadores de primaria: si/no
		4.1.3.	4.1.3.1 Porcentaje de solicitudes de intensificación de la actividad investigadora entre profesionales de AP que sean IP de proyectos activos
			4.1.3.2 Índice de distribución de género de las personas que solicitan las intensificaciones de la actividad investigadora entre profesionales de AP que sean IP de proyectos activos
		4.1.4.	4.1.4.1 Porcentaje de PI alineados con la Salud Comunitaria que publican los resultados en una revista científica con identificador localizable (DOI)
			4.1.4.2 Índice de distribución de género de las personas que publican en revistas de impacto sobre

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
4.2	4.2.A Número anual de proyectos de investigación sobre salud comunitaria	4.2.1.	4.2.1.1 Aumento del número de grupos de investigación que tienen algún profesional de APyC, tienen entre sus líneas de investigación temáticas relacionadas con la salud comunitaria y que tengan financiación competitiva en los últimos 5 años.
			4.2.1.2 Índice de distribución de genero de las personas que pertenecen a grupos de investigación de salud comunitaria (definidos en el Indicador de realización 1)
		4.2.2.	4.2.2.1 Porcentaje de proyectos co-creados con la comunidad.
			4.2.2.2 Índice de distribución de genero de las personas implicadas en los proyectos de investigación
		4.2.3.	4.2.3.1 Número de profesionales que asisten a congresos/jornadas/encuentros con comunicaciones sobre salud comunitaria
			4.2.3.2 Índice de distribución de genero de las personas asistentes a encuentros/jornadas/congresos con comunicaciones sobre salud comunitaria
		4.2.4.	4.2.4.1 Creación y/o Convocatoria del premio: si/no
4.3	4.3.A Espacios creados: sí/no	4.3.1.	4.3.1.1 Realización del encuentro: si/no
			4.3.1.2 Número de BBPP incluidas en la plataforma virtual transferidas a la práctica, presentadas en el encuentro con descripción de resultados.
		4.3.2.	4.3.2. Existencia del sistema: si/no
		4.3.3.	4.3.3.1 Existencia de un repositorio donde se encuentran todos los materiales de apoyo, accesible a todos los profesionales de la CCAA y agentes comunitarios: Sí/No
			4.3.3.2 Número de buenas prácticas identificadas en el repositorio transferidas a la práctica clínica.

Tabla 35 - Indicadores de la Línea Estratégica 5

Nº OE	Indicador resultado	Nº LA	Indicador realización
5.1	5.1.A Aumento anual del número de publicaciones sobre salud comunitaria en las redes sociales corporativas	5.1.1.	5.1.1.1 Número de acciones realizadas.
		5.1.2.	5.1.2.1 Hacer protocolo: si/no
			5.1.2.2 Porcentaje UGC donde se ha presentado el protocolo.
5.2	5.2.A Número de reuniones entre agentes locales	5.2.1.	5.2.1.1 Publicaciones en redes/medios locales.
5.3	5.3.A Realización de campaña de comunicación: si/no	5.3.1.	5.3.1.1 Realización de jornadas u otras estrategias de difusión de resultados de investigaciones en salud comunitaria: Sí/No
		5.3.2.	5.3.2.1 Aumento del número de mensajes en RRSS corporativas de salud que incorporan el enfoque de salud comunitaria
		5.3.3.	5.3.3.1 Porcentaje de UGC que informan a la ciudadanía
		5.3.4.	5.3.4.1 Difundido: si/no

10. El presupuesto

La ESCA se financia con fondos propios, procedentes de los presupuestos del SAS para APyC para cada uno de los ejercicios presupuestarios del periodo 2026-2030. Si bien no se contempla un coste incremental para implementar las acciones, ya que todos los costes derivados de la misma cuentan con una dotación prevista en el ejercicio corriente o empezarán a asumirse en el ejercicio en curso, se han identificado aquellas líneas de acción que pueden tener un impacto económico-financiera (tabla 36).

Por otro lado, es importante destacar que el contenido económico-financiero de este plan, debido a su carácter eminentemente estratégico, constituye una estimación. Esto es especialmente relevante en el contexto actual, marcado por una elevada incertidumbre fiscal y económica, lo que impide prever con un grado razonable de certeza los recursos presupuestarios disponibles a medio y largo plazo. Esta incertidumbre responde a diversos factores, entre los que destacan: la evolución de los conflictos en Ucrania y Oriente Próximo y su impacto en los mercados de materias primas energéticas en la UE; la política monetaria de los principales bancos centrales y su influencia en los mercados y en el gasto no financiero derivado del pago de intereses; la implementación de la reforma de las reglas fiscales; la gestión de los fondos Next Generation; y, por último, la indeterminación del impacto de otras variables fiscales relacionadas con el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas. En cualquier caso, serán las sucesivas leyes de presupuestos las que determinarán los recursos efectivamente disponibles en cada momento durante la vigencia del plan.

Tabla 36 - Estimación presupuestaria de las líneas de acción con impacto económico-financiero

Líneas Estratégicas	Líneas de Acción	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
1 - Gestión	1.3.1 Establecer e implementar la atención continuada para las actividades de salud comunitaria en base a la Resolución 28/22 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS).	865.156,65 €	865.156,65 €	865.156,65 €	865.156,65 €	865.156,65 €	4.325.783,25 €
	3.1.3 Diseñar, desarrollar e implementar un programa de formación de formadores en salud comunitaria que facilite la adaptación territorial.	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	25.000,00 €
3 - Formación	3.2.2 Realizar talleres monográficos sobre salud comunitaria que alcancen a la globalidad de los equipos directivos.	4.000,00 €	4.000,00 €	4.000,00 €	4.000,00 €	4.000,00 €	20.000,00 €
	3.2.3 Realizar talleres basados en la evidencia de los beneficios de la salud comunitaria que fomenten la incorporación del cambio en la práctica clínica para los cargos intermedios con carácter multidisciplinar e interniveles.	8.000,00 €	8.000,00 €	8.000,00 €	8.000,00 €	8.000,00 €	40.000,00 €
	3.4.2 Ofertar de forma permanente una formación masiva online en abierto sobre contenidos concretos de salud comunitaria.	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	100.000,00 €
	3.5.1 Facilitar la formación básica en metodología de investigación a los profesionales que desarrollan su actividad principal en salud comunitaria.	15.000,00 €	15.000,00 €	15.000,00 €	15.000,00 €	15.000,00 €	75.000,00 €
4 - Innovación	4.1.4 Facilitar la publicación científica en revistas científicas.	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	20.000,00 €	100.000,00 €
	4.2.3 Facilitar e incentivar la participación de profesionales de distintos perfiles en encuentros, jornadas y congresos nacionales e internacionales relacionados con la salud comunitaria.	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	60.000,00 €	300.000,00 €
	4.2.4 Convocar anualmente un premio de excelencia de investigación en salud comunitaria.	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	10.000,00 €



Líneas Estratégicas	Líneas de Acción	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
	4.3.1 Organizar un encuentro anual presencial de intercambio de prácticas innovadoras y conocimiento de las actuaciones dirigidas al cambio de orientación comunitaria.	10.000,00 €	10.000,00 €	10.000,00 €	10.000,00 €	10.000,00 €	50.000,00 €
	4.3.2 Generar un sistema de recogida y sistematización de buenas prácticas.	20.000,00 €	-	-	-	-	20.000,00 €
	4.3.3 Crear una plataforma virtual con experiencias, buenas prácticas y recursos para profesionales que trabajan en la orientación comunitaria marcada por la estrategia.	15.000,00 €	-	-	-	-	15.000,00 €
5 - Difusión	5.1.1 Realizar acciones de divulgación de la ESCA enmarcada en el modelo de orientación comunitaria y sus beneficios dirigidas a profesionales y directivos del SSPA.	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	25.000,00 €
	5.3.1 Realizar campañas sobre los beneficios de activos para la salud y su importancia para el bienestar y la calidad de vida con referencia a estudios y evidencias científicas.	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	25.000,00 €
	5.3.3 Informar a la ciudadanía sobre los recursos y actuaciones de salud comunitaria existentes en su territorio.	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	25.000,00 €
	5.3.4 Difundir a través del Plan de comunicación de atención primaria la ampliación de la cartera de servicios y las funciones y competencias relacionadas con la salud comunitaria de las distintas categorías profesionales.	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	25.000,00 €
TOTAL		1.064.156,65 €	1.029.156,65 €	1.029.156,65 €	1.029.156,65 €	1.029.156,65 €	5.180.783,25 €

11. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad Consumo Y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid; 2019. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>
2. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. 2021. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>
3. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia Atención Primaria. Plan Estratégico. Sevilla; 2021. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>
4. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el Diseño de Estrategias en Salud Comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. 2022. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf
5. Feria Moreno A, Martínez Guirado F, Serrano Padial E, Serrano Padial E. Manual de Elaboración de Planes Estratégicos de Políticas Públicas en la Junta de Andalucía. Instituto. 2017. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/manualplanesestrategicos.pdf>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategias de las Comunidades Autónomas. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/estrategiasCCAA/home.htm>
7. Ministerio de Sanidad. Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. Madrid; 2023. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/condicionantesSocialesycontextofamiliar.pdf>
8. Pérez Alonso E, Cofiño Fernández R, García Blanco D, Hernán García M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid; 2023. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/OrientacionesDidacticas_AccionComunitaria.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
10. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell J. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza; 2018.
11. MSCBS, IACS, FEMP, RECS. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid; 2019.
12. OMS. Declaración de Alma-Ata. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
13. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf>
14. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 2a

- edición. Masson, editor. Barcelona; 2004.
15. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? Perm J. 2011 Jun;15:63–9.
 16. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc). 2002 Jul;119:175–9.
 17. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2001;1(1):7–16.
 18. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Vol. 26, Gaceta Sanitaria. 2012. p. 20–6.
 19. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. What we mean when we talk about “community health”. SESPAS Report 2018. Vol. 32, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 5–12.
 20. Tudor Hart J. The inverse care law. Lancet . 1971 Feb [cited 2024 Dec 3];297:405–12. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)
 21. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
 22. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Informes, estudios e investigación. Madrid; 2015. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf
 23. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
 24. Morgan Antony, Ziglio Erio. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion&Education. 2007;14(2). Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
 25. Hernán-García M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela And. 2010. 181 p. (fecha de acceso 04/12/2025) <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
 26. Hernán García M, Cardo Miota A, Francisco J, Tirado B, Grindley CB, Páez Muñoz E, et al. Salud Comunitaria basada en Activos. Escuel And. 2018. 45 p. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.easp.es/project/salud-comunitaria-basada-en-activos/>
 27. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
 28. Cassetti V, López-Ruiz MV, Gallego-Royo A, Egea-Ronda A, Gea-Caballero V, Aviñó Juan Ulpiano D, et al. Attend, consult, involve: do we need to redefine the concept of community engagement? Gac Sanit. 2023 Jan;37.
 29. OMS. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b687a7aa-4dbd-4d1d-8c1e-70bc62edc037/content>
 30. OMS. La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Helsinki: World Health Organization; 2013 Jun. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/documentos/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
 31. Borrego Márquez P. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y

- Actividades de Salud. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
32. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Community or barbarism. Community orientation of primary health care at three levels. Gac Sanit. 2023 Jan;37.
 33. García-Blanco D, Cubillo-Llanes J. Orientación comunitaria en los equipos de atención primaria. Vol. 5, Atención Primaria Práctica. Elsevier España S.L.U; 2023.
 34. García-Cubillana de la Cruz P, Martín Barato AI, Fernández Pérez MD. Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. Consejería. Sevilla; 2024. 181 p. (fecha de acceso 04/12/2025)
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html>
 35. Lafuente Robles N, et al. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Junta de A. Sevilla; 2015. 115 p. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/PiCuida-Estrategia-de-Cuidados-v1.pdf>
 36. Junta de Andalucía. Plataforma online de la Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida). (fecha de acceso 04/12/2025) <https://www.picuida.es/>
 37. Junta de Andalucía. Plan Estratégico de salud de la infancia y la adolescencia 2023-2027. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/424063.html#toc-documentos-del-plan>.
 38. Junta de Andalucía. Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familia-e-igualdad/areas/politicas-migratorias/planes-inmigracion.html>
 39. Junta de Andalucía. Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria. Sevilla; 2024. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2024/I ESTRATEGIA ANDALUZA PARA LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA 2024 2027.pdf
 40. Junta de Andalucía. El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2025/Plan_Estrategico_SaludMental_Adicciones.pdf
 41. Junta de Andalucía. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/calidad/bioetica-bioderecho.html>
 42. Junta de Andalucía. Actuación ante la violencia de género. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/apoyo-la-atencion-sanitaria/actuacion-ante-la-violencia-de-genero>
 43. Junta de Andalucía. Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud.
 44. Servicio Andaluz de Salud. Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. Sevilla; 2003. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025):
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/mapa-de-atencion-primaria-de-salud-de-andalucia>

45. Junta de Andalucía. Orden de 17 de junio de 2020, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía Número 119, 23 de junio de 2020. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/119/10>
46. Servicio Andaluz de Salud. Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana. Sevilla; 2014. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/relacion-con-la-ciudadania/participacion-ciudadana>
47. Martín Barato A, Pérez Corral O, Iriarte de los Santos T, Gómez Martínez ME. Orientaciones para el desarrollo de los Objetivos de Participación Ciudadana en las UGC. Consejería. 2016. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Orientaciones_desarrollo_objetivos_PC_UGC_2016.pdf
48. Navarro AP, Núñez A, Auxiliadora M, Burgos R, Crespo CC, Díaz F, et al. Guía metodológica para la elaboración/actualización del Plan de Participación de Hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias Créditos. Consejería. 2013. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Guia_centro.pdf
49. Servicio Andaluz de Salud. Mapa de servicios sanitarios públicos de Andalucía. Disponible en (fecha de acceso 04/12/2025): <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/mapa-centros?term=node tid depth=11267>.

12. Anexos

Anexo I: Atención continuada Modalidad A

Tabla 37 - Atención Continuada Modalidad A: Horas registradas por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Número de horas
Almería	DS Poniente de Almería	454
	AGS Norte de Almería	1.160
	DS Almería	3.547,5
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	0
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	0
	DS Bahía de Cádiz-La Janda	645
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	14.050
Córdoba	DS Córdoba - Guadalquivir	36
	AGS Sur de Córdoba	567
	AGS Norte de Córdoba	803
Granada	AGS Nordeste Granada	66
	AGS Sur de Granada	377
	DS Granada – Metropolitano	2.152
Huelva	AGS Norte de Huelva	0
	DS Huelva Costa - Condado-Campiña	60
Jaén	DS Jaén - Jaén Sur	54
	AGS Nordeste de Jaén	114
	AGS Norte de Jaén	356,5
Málaga	DS Costa del Sol	0
	AGS Este de Málaga-Axarquía	0
	AGS Serranía de Málaga	0
	DS Málaga - Valle del Guadalhorce	4
	AGS Norte de Málaga	252
Sevilla	AGS Osuna	0
	AGS Sur de Sevilla	0
	DS Sevilla	0
	DS Aljarafe - Sevilla Norte	108
Total		24.806

Fuente y elaboración propios

Anexo II: Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables

Tabla 38 - Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludable: registro por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Individual	Grupal
Almería	DAP Poniente de Almería	6	46
	AGS Norte de Almería	178	87
	DAP Almería	1.932	458
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	3.813	52
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	1.394	247
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	4.660	147
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	1.103	342
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	5.976	79
	AGS Sur de Córdoba	251	9
	AGS Norte de Córdoba	3	77
Granada	AGS Nordeste Granada	178	143
	AGS Sur de Granada	118	15
	DAP Granada - Metropolitano	5.556	2.305
Huelva	AGS Norte de Huelva	200	0
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	4.188	483
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	956	68
	AGS Nordeste de Jaén	931	75
	AGS Norte de Jaén	1.675	36
Málaga	DAP Costa del Sol	4.336	396
	AGS Este de Málaga-Axarquía	6	34
	AGS Serranía de Málaga	51	78
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	2.741	372
	AGS Norte de Málaga	1.559	1
Sevilla	AGS Osuna	2.732	104
	AGS Sur de Sevilla	446	4
	DAP Sevilla	864	77
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	676	393
Total		46.529	6128

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo III: Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía

Tabla 39 – Intervención Avanzada del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía: registro por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Individual	Grupal
Almería	DAP Poniente de Almería	56	4
	AGS Norte de Almería	40	64
	DAP Almería	87	0
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	52	27
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	10	11
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	193	32
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	859	201
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	1.713	84
	AGS Sur de Córdoba	105	51
	AGS Norte de Córdoba	2	31
Granada	AGS Nordeste Granada	8	2
	AGS Sur de Granada	197	68
	DAP Granada – Metropolitano	1.356	244
Huelva	AGS Norte de Huelva	3	4
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	223	1
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	73	7
	AGS Nordeste de Jaén	788	31
	AGS Norte de Jaén	62	4
Málaga	DAP Costa del Sol	1.631	262
	AGS Este de Málaga-Axarquía	149	32
	AGS Serranía de Málaga	86	6
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	311	37
	AGS Norte de Málaga	213	4
Sevilla	AGS Osuna	65	1
	AGS Sur de Sevilla	198	3
	DAP Sevilla	16	3
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	536	36
Total		9.032	1.253

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo IV: Programa de Hábitos de vida saludable.

Tabla 40 - Programa de hábitos de vida saludables desarrollados en el entorno educativo: registro por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Intervenciones		
		individuales (Nivel 1)	Grupales (Nivel 2)	Coordinación (nivel 3)
Almería	DAP Poniente de Almería	4	70	107
	AGS Norte de Almería	64	109	37
	DAP Almería	0	31	216
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	27	4	99
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	11	0	0
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	32	33	151
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	201	38	364
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	84	114	1.132
	AGS Sur de Córdoba	51	146	329
	AGS Norte de Córdoba	31	10	69
Granada	AGS Nordeste Granada	2	43	4
	AGS Sur de Granada	68	44	70
	DAP Granada – Metropolitano	244	113	533
Huelva	AGS Norte de Huelva	4	0	57
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	1	49	359
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	7	84	628
	AGS Nordeste de Jaén	31	18	95
	AGS Norte de Jaén	4	42	337
Málaga	DAP Costa del Sol	262	25	203
	AGS Este de Málaga-Axarquía	32	23	68
	AGS Serranía de Málaga	6	1	151
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	37	84	540
	AGS Norte de Málaga	4	1	17
Sevilla	AGS Osuna	1	24	100
	AGS Sur de Sevilla	3	25	643
	DAP Sevilla	3	15	339
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	36	128	468
Total		1.253	1.274	7.116

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo V: Plan Integral de Tabaquismo.

Tabla 41 - Plan Integral de Tabaquismo: registro por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Intervenciones	
		individuales (Nivel 1)	Grupales (Nivel 2)
Almería	DAP Poniente de Almería	3.934	475
	AGS Norte de Almería	1.877	75
	DAP Almería	3.042	461
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	1.497	97
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	2.185	298
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	7.007	224
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	6723	357
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	6109	222
	AGS Sur de Córdoba	3.171	314
	AGS Norte de Córdoba	896	54
Granada	AGS Nordeste Granada	1.392	39
	AGS Sur de Granada	2.124	183
	DAP Granada – Metropolitano	10.269	938
Huelva	AGS Norte de Huelva	533	10
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	5.822	355
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	4.556	197
	AGS Nordeste de Jaén	1.998	138
	AGS Norte de Jaén	2.958	248
Málaga	DAP Costa del Sol	4.808	1.527
	AGS Este de Málaga-Axarquía	2.466	20
	AGS Serranía de Málaga	795	131
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	8.598	1.542
	AGS Norte de Málaga	1.023	335
Sevilla	AGS Osuna	1.968	42
	AGS Sur de Sevilla	5.227	192
	DAP Sevilla	8.553	613
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	10.712	545
Total		110.243	9.632

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo VI: Plan Atención Personalizada

Tabla 42 - Plan de Acción Personalizado: registro por centro directivo en el año 2024.

Provincia	Centros directivos	PCCP	CON PAP	
			Total	Nº visitas
Almería	DAP Poniente de Almería	4.254	3.504	22.149
	AGS Norte de Almería	3.526	2.621	20.852
	DAP Almería	6.039	4.512	31.390
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	2.250	2.061	12.406
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	3.339	3.079	13.851
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	10.737	7.962	37.142
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	9.618	7.662	41.354
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	8.878	7.952	61.726
	AGS Sur de Córdoba	5.476	4.998	33.540
	AGS Norte de Córdoba	2.412	2.158	19.827
Granada	AGS Nordeste Granada	2.996	1.816	14.039
	AGS Sur de Granada	3.208	2.769	17.688
	DAP Granada - Metropolitano	15.302	13.018	91.845
Huelva	AGS Norte de Huelva	1.579	.897	9.410
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	10.630	8.264	55.355
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	7.258	6.385	44.261
	AGS Nordeste de Jaén	3.101	2.676	18.515
	AGS Norte de Jaén	4.157	3.709	25.746
Málaga	DAP Costa del Sol	8.473	5.885	24.300
	AGS Este de Málaga-Axarquía	3.839	3.692	25.165
	AGS Serranía de Málaga	1.518	1.263	9.850
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	16.418	13.529	52.373
	AGS Norte de Málaga	2.555	2.126	18.674
Sevilla	AGS Osuna	4.011	3.063	22.695
	AGS Sur de Sevilla	9.786	7.680	50.602
	DAP Sevilla	15.182	11.572	60.585
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	14.043	12.391	85.197
Total		179.998	146.675	924.182

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo VII: Grupos socioeducativos

Tabla 43 - Grupos Socioeducativos: registro por centro directivo en el año 2024

Provincia	Centros directivos	Nº personas con 3 sesiones o más.
Almería	DAP Poniente de Almería	156
	AGS Norte de Almería	87
	DAP Almería	436
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	244
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	311
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	1.173
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	1.181
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	584
	AGS Sur de Córdoba	394
	AGS Norte de Córdoba	45
Granada	AGS Nordeste Granada	162
	AGS Sur de Granada	133
	DAP Granada – Metropolitano	1.520
Huelva	AGS Norte de Huelva	0
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	36
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	60
	AGS Nordeste de Jaén	408
	AGS Norte de Jaén	486
Málaga	DAP Costa del Sol	380
	AGS Este de Málaga-Axarquía	290
	AGS Serranía de Málaga	108
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	2.084
	AGS Norte de Málaga	409
Sevilla	AGS Osuna	515
	AGS Sur de Sevilla	1.952
	DAP Sevilla	1.989
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	1.185
Total		110.243

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo VIII: Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad

Tabla 44 - Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad: registro por centro directivo en el año 2024.

Provincia	Centros directivos	Nº citas
Almería	DAP Poniente de Almería	145
	AGS Norte de Almería	146
	DAP Almería	739
Cádiz	AGS Campo de Gibraltar Este	190
	AGS Campo de Gibraltar Oeste	1.922
	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	525
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	435
Córdoba	DAP Córdoba - Guadalquivir	9
	AGS Sur de Córdoba	142
	AGS Norte de Córdoba	99
Granada	AGS Nordeste Granada	112
	AGS Sur de Granada	33
	DAP Granada – Metropolitano	409
Huelva	AGS Norte de Huelva	0
	DAP Huelva Costa - Condado-Campiña	462
Jaén	DAP Jaén - Jaén Sur	256
	AGS Nordeste de Jaén	56
	AGS Norte de Jaén	0
Málaga	DAP Costa del Sol	124
	AGS Este de Málaga-Axarquía	35
	AGS Serranía de Málaga	0
	DAP Málaga - Valle del Guadalhorce	4.499
	AGS Norte de Málaga	0
Sevilla	AGS Osuna	0
	AGS Sur de Sevilla	982
	DAP Sevilla	1.026
	DAP Aljarafe - Sevilla Norte	3.893
Total		110.243

Fuente Infoweb. Elaboración propia.

Anexo IX: Comisiones de participación ciudadana.

Tabla 45 - Comisiones de participación ciudadana: registro por centro directivo.

Provincia	Centros directivos	total reuniones	Años		
			2022	2023	2024
Almería	DAP Poniente	1	1	0	0
	AGS Norte	0	0	0	0
	DAP Almería	0	0	0	0
Cádiz	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	4	2	1	1
	Campo Gibraltar Este	0	0	0	0
	Campo Gibraltar Oeste	0	0	0	0
	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	37	10	10	17
Córdoba	AGS Norte de Córdoba	0	0	0	0
	AGS Sur de Córdoba	0	0	0	0
	DAP Córdoba Guadalquivir	0	0	0	0
Granada	AGS Nordeste de Granada	0	0	0	0
	AGS Sur de Granada	1	0	1	0
	DAP Granada Metropolitano	0	0	0	0
Huelva	AGS Norte de Huelva	3	1	2	0
	DAP Huelva Costa - Condado Campiña	0	0	0	0
Jaén	AGS Norte de Jaén	1	0	1	0
	Jaén-Jaén Sur	25	9	10	6
	AGS Nordeste de Jaén	28	12	12	4
Málaga	AGS Este Málaga Axarquía	6	3	3	0
	AGS Norte de Málaga:	3	2	1	0
	DAP Costa del Sol	1	0	1	0
	AGS Serranía de Málaga	1	0	0	1
	DAP Málaga Guadalhorce	5	2	2	1
Sevilla	AGS Osuna	1	0	0	1
	AGS Sur de Sevilla	0	0	0	0
	DAP Aljarafe Sevilla Norte	0	0	0	0
	DAP Sevilla	0	0	0	0
TOTAL		117	42	44	31

Fuente y elaboración propias.