

# Plan Municipal de Salud

## Diagnóstico de Salud de la población de Málaga (RESUMEN)

(ver presentación anexa)

### **Justificación**

En todas las encuestas sociológicas la salud es una de las principales preocupaciones de la población. Pero la idea de salud es muy distinta de una época a otra y en la actual, también, de una a otra persona. Muchas personas entienden la salud como no estar enfermo y la atención a su salud como la atención médica cuando caen enfermos. Pero la salud pública es más que los intereses personales de salud de cada una de las personas. La salud pública es el conjunto de iniciativas que evitan que se produzca la enfermedad y, además, y esto es muy importante, el conjunto de iniciativas (incluidas las educativas y culturales) que llevan a que las personas sean autónomas, incluso cuando caen enfermas (especialmente cuando padecen alguna enfermedad crónica que hoy son la mayoría).

Es por esto que en este plan se ha prestado una especial atención al concepto de salud, y superando la vieja definición de Salud de Alma Ata/OMS se entiende la salud como “la apropiación por el sujeto de su propio cuerpo” (es decir la capacidad de ser autónomo).

En España, existe, afortunadamente, un gran Sistema Nacional y Autonómico de Salud, razón por la que en este Plan Municipal se excluyen todas aquellas medidas que ya asume al sistema sanitario público andaluz y nacional. Es esta la razón por la que en el diseño del plan se ha puesto, sobre todo énfasis en las políticas de educación y de prevención (evitando la medicalización).

### **La salud desde una perspectiva municipal:**

A lo largo del siglo XIX y primera mitad del s.XX los Ayuntamientos tuvieron una gran responsabilidad en la salud pública. Con el desarrollo de los grandes sistemas sanitarios públicos, después de la segunda guerra mundial, los Ayuntamientos perdieron buena parte de sus competencias que pasaron a depender de los sistemas de salud

nacionales. Sin embargo ya en España en la Ley General de Sanidad se identifica a los Ayuntamientos como agentes importantes en las políticas de salud pública.

Por tanto en la elaboración de este Plan se han tenido como referentes las Estrategias de la UE en Salud Pública, Salud 21 para la Región Europea (OMS Europa), el Proyecto Ciudades Saludables de la OMS para Europa, las Estrategias del Ministerio de Sanidad, las Estrategias de las Redes de Ciudades Saludables (RECS y RACS), y el III Plan Andaluz y de Salud. Igualmente se ha incorporado la perspectiva del marco legislativo competencial existente en Salud Pública para las Corporaciones Locales proveniente tanto de legislación de ámbito Estatal como de nuestra Comunidad Autónoma.

Los objetivos genéricos del Plan Municipal de Salud contemplan el dar satisfacción a las responsabilidades que el Ayuntamiento de Málaga tiene en la protección y desarrollo de la salud de los ciudadanos.

Los objetivos específicos se fundamentan en el diseño de acciones políticas y técnicas que contribuyan, junto a la iniciativas de otras instituciones, a conseguir que la ciudad de Málaga pueda conseguir el reconocimiento de “Málaga una ciudad saludable”

El Plan Municipal de Salud definitivo, constará de una justificación, de un diagnóstico de salud, de unos programas y unas estrategias. Hoy aquí, en este acto, se presenta el **DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE MÁLAGA**. El resto de los apartados del plan, las estrategias y los objetivos están en proceso de redacción y muy avanzados.

## **DIAGNOSTICO DE SAUD DE LA POBLACION DE MÁLAGA**

Todo proyecto que pretenda cambiar la realidad a través de una intervención debe cumplir dos condiciones:

- a. Conocer bien la realidad (diagnóstico de la realidad)
- b. Contemplar la futura evaluación de los resultados de la intervención

**Con este dos objetivos en mente se ha diseñado un gran estudio epidemiológico de corte transversal, muestralmente representativo de toda la población adulta (>=18 años) de Málaga capital. El número total de personas estudiadas ha sido de 2070, habiéndose incluido personas de los 11 distritos, seleccionadas por un sistema de rutas aleatorias.**

Las encuestas de salud se han hecho en domicilio por encuestadores previamente entrenados. Las encuestas han sido diseñadas a partir de la experiencia de tres grandes

estudios nacionales y andaluces, lo que permitirá en el futuro poder contrastar los resultados con los de otros territorios:

1. **La Encuesta Nacional de Salud<sup>1</sup>,**
2. **El estudio [di@tes.es](http://di@tes.es)<sup>2,3</sup>,**
3. **La encuesta Predimed<sup>4</sup>.**

La encuesta dispone de 195 preguntas, sobre las siguientes cuestiones:

- A. **IDENTIFICACIÓN**
- B. **SEXO Y EDAD**
- C. **NACIONALIDAD**
- D. **ESTADO CIVIL**
- E. **ACTIVIDAD ECONOMICA Y LABORAL**
- F. **MÓDULO DE ESTADO DE SALUD**
- G. **MODULO DE ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)**
- H. **(ENCUESTA) DE CALIDAD DE VIDA (Cuestionario SF-12)**
- I. **LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**
- J. **SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL**
- K. **MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA**
- L. **MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD**
- M. **CONSUMO DE TABACO**
- N. **CONSUMO DE ALCOHOL**
- O. **DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO**
- P. **ALIMENTACIÓN + Adherencia a la dieta mediterránea. ENCUESTA PREDIMED**
- Q. **NIVEL DE ESTUDIOS Y DE INGRESOS**
- R. **PRIORIDADES EN SALUD**

---

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

<sup>2</sup> Soriguer F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.

<sup>3</sup> Soriguer F, Valdés S, Rojo-Martínez g. El estudio Di@bet.es, ¿y ahora qué. *Avances en Diabetología*. Vol. 28. Núm. 02. Marzo 2012 - Abril 2012

<sup>4</sup> Ramón Estruch, M.D., Ph.D., et al. for the PREDIMED Study Investigators  
Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-90.

El informe de resultados ocupa 155 páginas, 43 figuras y 110 tablas. Se adjunta aquí solo un resumen de las conclusiones más relevantes:

### **Sobre la representatividad del estudio**

El estudio ha sido diseñado con un poder estadístico suficiente como para ser capaz de representar a toda la población de Málaga y para casi todos los ítems estudiados.

### **Sobre las prioridades en salud de los ciudadanos de Málaga**

Este es un ítem de gran importancia pues mide no solo lo que le pasa a los ciudadanos sino sobre todo cuales serían sus preferencias a la hora de enfrentarse a un problema o a una política de salud. Una cuestión relevante para planearse los diseños educativos. En la tabla se resume la proporción de personas (%) que estiman como prioritarios para la prevención de la salud los criterios siguientes (Se les pregunta que estimen en una escala de 1 al 10 cuanto de prioritario es para la salud). (las preguntas no son excluyentes)

C R I T E R I O	Tabaco	Contaminación acústica	Estudios	Limpieza del barrio	Polución	Ejercicio	Calidad del agua corriente	Dieta Mediterránea	Educación ciudadana	Vivienda	Calidad del trabajo	Paro laboral	Atención médica
%	17	27,9	28,1	31	31,0	31,9	33,0	34,9	35,1	41,3	46,0	49,8	55,0

1. De todas las prioridades de salud la más valorada ha sido la atención médica (ya sea ambulatoria, hospitalaria o de urgencias), seguida del paro. La primera conclusión es que la alta prioridad que los ciudadanos dan a la atención médica, teniendo aspectos positivos, debe contemplarse críticamente pues puede ser interpretado, también, como un ejemplo de la delegación de los ciudadanos en los sistemas sanitarios de sus problemas de salud o en todo caso de la ausencia de una clara conciencia sobre la importancia de la prevención primaria, (que pasa por la participación activa del ciudadano), frente a la prevención secundarias o terciaria que generalmente demanda la participación del sistema sanitario.

2. Sorprendentemente la menos valorada ha sido el tabaco y la educación. Aunque mejor valorada, sorprende también que dos hábitos como el de la dieta mediterránea y el ejercicio físico hayan sido valoradas como prioritarias solo por una tercera parte de la población.
3. La primera conclusión es que a pesar de todos los esfuerzos que se hacen por llevar a la población una adecuada información sobre los hábitos saludables queda aún un enorme camino por recorrer
4. Los 15 determinantes de la salud aquí estudiados son algunos de los más relevantes, pero son estadios intermedios en la relación de casualidad (en la aparición de la enfermedad). Estos determinantes son a su vez determinados por otros que son las verdaderas causas. De todos los posibles el más importante ha sido el nivel de estudios. Los siguientes ítems se han asociado con el nivel de estudios::

### **La importancia de la educación**

A pesar de que la educación no ha sido considerada por muchos de los encuestados como prioritaria para la salud, la educación se ha asociado muy estrechamente con la mayoría de los determinantes de la salud. Entre otros:

- La importancia para las prioridades de salud de la calidad del agua, la contaminación ambiental o acústicas, el valor de la dieta mediterránea, o la calidad de vida
- El número de accidentes en los últimos 12 meses
- El grado de estrés y la satisfacción en el trabajo
- La probabilidad de consultar con más frecuencia al médico de cabecera o las consultas a urgencias (pero no al especialista)
- Un uso mucho menos frecuente de la sanidad privada
- Una mayor prevalencia de obesidad
- Mayor prevalencia de fumadores y una mayor precocidad en el inicio del hábito de fumar.
- Menor consumo de bebidas alcohólicas.....
- Mayor riesgo de sedentarismo
- Menor consumo de aceite de oliva virgen y menor adherencia a la dieta mediterránea.
- Mayor número de comidas al día.
- Carecer de cualquier ingreso

**Por todas estas razones la educación en sus diferentes formas se plantea como el principal reto de cualquier plan de salud y debe serlo también de este Plan Municipal de Salud**

## **Sobre el descanso nocturno:**

Los resultados del estudio muestran que más del cincuenta por ciento de la población de Málaga duerme menos de 7 horas diarias. Parece razonable diseñar estrategias para aumentar el número de horas diarias dedicadas al sueño. Indagar en las razones locales de por qué es esto así e incluir dentro de los programas del plan municipal de salud estrategias para conseguirlo deben formar parte de los objetivos del plan.

## **Sobre el peso y el reconocimiento del esquema corporal:**

Una de las conclusiones que podemos extraer del estudio es el elevado número de personas con dificultad para reconocer su situación ponderal. Una cuestión importante a la hora de plantear cualquier programa de intervención poblacional sobre la obesidad, pues es muy difícil hacer frente a un problema si este no se reconoce ni se identifica adecuadamente. No obstante esta dificultad para reconocerse como personas con obesidad contrasta con el elevado número de personas que quieren perder peso. Una contradicción solo aparente pues una cosa son las expectativas creadas por le demanda estética y de salud actuales, muchas de ellas relacionadas con el mito del “peso ideal” y otra es que las condiciones objetivas en las que viven muchas personas les permitan disponer de los instrumentos adecuados para afrontar el problema

Otra cuestión identificada en el estudio es el elevado número de personas que han hecho alguna dieta para adelgazar pero también el elevado número de fracasos. Esto es algo bien conocido<sup>5</sup> y indica claramente que el problema de la obesidad no se puede abordar solo como un asunto individual sino como una cuestión de salud pública.

Por tanto cualquier campaña que quiera advertir de los problemas de la obesidad debería contemplar estas cuestiones.

## **Sobre el tabaco**

La prevalencia de fumadores sigue siendo elevada (similar o incluso mayor a la del resto de España). Aunque parezca sorprendente todavía, en la población no está arraigada la idea de que dejar de fumar sea una prioridad para la salud. En la lucha contra el hábito tabáquico queda aún mucho por hacer y la persistencia de una proporción importante de fumadores, la precocidad en el inicio del hábito, la incorporación creciente de las mujeres, etc, hablan claramente de que no se puede bajar la guardia en uno de los más importantes factores de riesgo de salud.

## **Sobre la ingesta de alcohol**

El momento de comenzar a tomar bebidas alcohólicas se ha ido reduciendo de manera que las personas más jóvenes han comenzado a beber antes. Este comportamiento es

---

<sup>5</sup> Soriguier F, Oliveira G. Como adelgazar por la seguridad social. Editorial Arguval, Málaga, 2008

similar en los hombres que en las mujeres (que tradicionalmente habían comenzado a tomar bebidas alcohólicas más tarde). Estos resultados son bien conocidos y este estudio lo vuelve a confirmar. La educación en el consumo responsable de bebidas alcohólicas debería formar parte del cualquier programa de intervención social. El hecho de que sea recomendable, desde el punto de vista de la salud el uso moderado de vino en las comidas podría ser utilizado como un instrumento educativo, al servicio de la promoción del consumo responsable de bebidas alcohólicas.

## **Sobre el sedentarismo**

Los resultados de este estudio confirman lo que es, por otro lado, bien conocido: que hoy la mayoría de las personas tienen una actividad física en su vida cotidiana, incluida la laboral, muy pequeña y que por tanto su gasto energético procedente de la actividad laboral es muy bajo. Los resultados confirman también lo que numerosos estudios han puesto de manifiesto: que la actividad física desarrollada en el tiempo libre es escasa. De hecho solo el 26,9 % hace ejercicio en el tiempo libre de manera regular, una proporción muy parecida a la encontrada en otros estudios en Andalucía (y en España), en los que se comprueba que el número de personas que hacen actividad física en el tiempo libre es de las más bajas de Europa.

En resumen, el sedentarismo en Málaga es aún muy elevado y uno de los más importantes problemas de salud que hay que abordar en el Plan Municipal de Salud. La promoción del ejercicio en el tiempo libre es el motivo ya de numerosos programas municipales y el Plan Municipal de Salud deberá reforzarlos.

No obstante la fuente de sedentarismo más significativa es la laboral (casi el 100 % de los trabajos son sedentarios), por lo que sería de gran interés, además de diseñar estrategias para aumentar la actividad en el tiempo libre, diseñar estrategias para que se aumente la actividad durante el trabajo (incluido el desplazamiento al trabajo).

## **Sobre los Distritos**

Entre los diferentes Distritos ha habido diferencias muy significativas en muchos de los ítems incluidos en este estudio.

Las diferencias en muchos de los problemas de salud pueden ser explicados por las diferencias en la edad, sexo, nivel de estudios o la actividad laboral, pero otras diferencias permanecen a pesar de haberse ajustado los modelos de predicción por todas estas variables, lo que sugiere que haya variables ocultas, cuestiones intrínsecas al propio distrito, no incluidas en el estudio que podrían explicarlas (p.e seguridad, urbanismo, infraestructuras...). En todo caso se han identificado aquellos distritos con peores marcadores de salud (p.e Palma-Palmilla) sobre los que deberían de diseñarse intervenciones específicas.

## **Sobre los hábitos alimentarios**

Las conclusiones que se pueden sacar de esta evaluación es que la adherencia a la dieta mediterránea en la población de Málaga es baja. Como aspectos positivos el alto uso de aceite de oliva, de legumbres y lácteos y bajo de mantequilla, margarina o nata, Como negativos el excesivo consumo de pan, repostería comercial (no casera) (como galletas, flanes, dulce o pasteles),o de carne, y la baja ingesta de productos integrales así como el insuficiente consumo de verduras, legumbres, hortalizas, frutos secos y vino en la comida.

A la vista de estos resultados en los programas de educación alimentaria del plan municipal de salud habría que recomendar específicamente:

### **Recomendaciones alimentarias**

<b>Sustituir el pan blanco por pan integral</b>
<b>Reducir la ingesta de carne significativamente</b>
<b>Mantener la ingesta de pescado</b>
<b>Mantener la ingesta de aceite de oliva, especialmente AOV.</b>
<b>Aumentar la ingesta de frutas y verduras.</b>
<b>Reducir el uso de precocinados.</b>
<b>Reducir la repostería comercial (industrial) y la bollería.</b>
<b>Mantener el consumo de leche (Consumir preferentemente leche y derivados lácteos de la cabra).</b>
<b>Utilizar preferentemente alimentos de cercanías para reducir la huella de carbono</b>
<b>Teóricamente sería recomendable tomar un vaso de vino en la comida pero es esta una recomendación que debe ser hecha con mucha cautela y en el contexto de un programa educativo sobre el uso responsable de las bebidas alcohólicas.</b>

## **Sobre la calidad de vida relacionada con la salud**

La calidad de vida medida tanto en su dimensión física como en su dimensión mental no es muy diferente a la del resto de la población española o andaluza. La calidad de vida relacionada con la salud está condicionada por numerosos factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el estado civil y no tanto por el lugar (o distrito) en el que se viva. Una variable de gran importancia en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud ha sido la calidad del trabajo. Una cuestión que no debe ser indiferente en cualquier plan de salud institucional.

**La encuesta ha demostrado tener consistencia interna por lo que permitirá ser utilizada en el futuro para poder evaluar periódicamente la eficacia del plan Municipal de Salud una vez puesto en marcha**