

PLAN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

2011-2013



Subdirección de Promoción de la Salud
y Prevención

Coordinación

Santiago Sevilla Alonso

Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención

Cristina González del Yerro Valdés

Jefe de Área de Promoción y Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Jenaro Astray Mochales

Jefe de Área de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Ramón Aguirre Martín-Gil

Jefe del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Adela Fernández Delgado

Técnico de Apoyo de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Autores

Grupo de trabajo "Análisis del nivel de salud y priorización de problemas"

Felicitas Domínguez Berjón

Jefe del Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

María Ordobas Gavín

Jefe del Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

M^a Ángeles Lopaz Pérez

Jefe del Servicio de Alertas. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Jenaro Astray Mochales

Coordinador del Grupo. Jefe de Área de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Promoción de la salud materno-infantil, prevención de minusvalías mediante cribado y prevención de embarazos no deseados"

Ángel González Requejo

Pediatra. Centro de Salud de Atención Primaria "Santa Mónica"

Mar Sanz Jiménez

Matrona. Centro de Salud de Atención Primaria "Entrevías"

Inmaculada Llorente Hernández

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "Lavapiés"

M^a Antonia Gallego Sánchez

Médico de familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Guadarrama"

Milagros Rico Blázquez

Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección General de Atención Primaria

Ricard Génova Maleras

Técnico Superior del Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Juan Carlos Diezma

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Ángel Negro Jiménez

Diplomado de Salud Pública del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Elisa María Sáez Cerezal

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Leonor. Dirección General de Hospitales

María Zafra Bailera

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Leonor. Dirección General de Hospitales

Manuela Arranz Leirado

Coordinadora del grupo. Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo “Prevención de enfermedades transmisibles”

Manuel Gómez García

Médico de familia. Centro de Salud de Atención Primaria “Mirasierra”

Gema Martínez González

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria “Castroviejo”

Jaime García Aguado

Pediatra. Centro de Salud de Atención Primaria “Villablanca”

José Luís Sánchez Suárez

Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección General de Atención Primaria

Carlos Cevallos García

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Dolores Barranco Ordóñez

Técnico Superior de Salud Pública del Servio de Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Mónica Morán Arribas

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Pilar Gómez Rodríguez

Técnico Superior de Salud Pública. Sección de Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Araceli Arce Arnáez

Coordinadora del grupo. Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Prevención del cáncer"

Carlos Aguilera Collado

Médico de Familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Mar Báltico"

María Esteban Vasallo

Técnico Superior de Salud Pública. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Mª José González Hernández

Técnico de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica

Domingo Iniesta Forniés

Técnico Superior de Salud Pública. Servicio de Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Andrés López Romero.

Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección General de Atención Primaria

Belén de Llama Arauz

Médico de Familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Entrevías"

Ángel Miguel Benito

Técnico Superior de Salud Pública. Sección de Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

María Dolores Pérez Jimena

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "Valleaguado"

Ángel Rodríguez Laso

Coordinador del grupo de trabajo: Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Prevención de enfermedades cardiovasculares"

Tomás Hernández de las Heras

Médico de Atención Primaria. Unidad directiva territorial de Atención Primaria

Ana Herrero Fuentes

Médico de familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Los Fresnos"

Alfredo Avellaneda Fernández

Médico. Centro de Salud de Atención Primaria "Los Cármenes"

Luis Huerta Galindo

Enfermero. Centro de Salud de Atención Primaria "Sierra de Guadarrama"

Mónica Sabuquillo Castrillo.

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "Las Áméricas"

Elena Bartolomé Benito

Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección General de Atención Primaria

Honorato Ortiz Marrón

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Mar Garrido Pérez

Técnico de Apoyo de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Carmen Estrada Ballesteros

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio Promoción de la Salud. General de Promoción de la Salud y Prevención

Elisa Gil Montalbán

Técnico Superior de Salud Pública. Sección Epidemiología. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Cenegundis Valdés Fernández

Diplomado de Salud Pública. Sección Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Maravillas Izquierdo Martínez

Coordinadora del grupo de trabajo. Técnico del Servicio Análisis e Intervención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Prevención de enfermedades no transmisibles"

Carmen Arroyo Manresa

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "San Cristóbal"

Jana Saura Conti

Fisioterapeuta. Centro de Salud de Atención Primaria "Ángela Uriarte"

José María López Jiménez

Jefe del Servicio de Planificación de Recursos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Domingo Cabañas González

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Marisa Martínez Blanco

Técnico Superior de Salud Pública. Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Sara Martín Sánchez

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "San Cristóbal"

M^a Ángeles Badía Collados

Médico de Familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Núñez Morgado"

Mónica Jiménez Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud de Atención Primaria "Ensanche de Vallecas"

Luisa Lasheras Lozano

Coordinadora del grupo. Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Prevención de accidentes y violencia"

Luís Antonio Blanco Andrés

Médico de Familia. Centro de Salud de "La Cabrera"

Julia Domínguez Bidagor

Responsable de Promoción de la Salud. Unidad directiva territorial de Atención Primaria

Carmen García Riobos

Técnico Superior del Servicio Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Susana Herrera Parra

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "Alicante"

Isabel Lozano García

Enfermera. Responsable de Enfermería del Centro de Salud "Puerta de Madrid"

Ana Murciano Sánchez

Diplomado de Salud Pública. Sección de Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Raimundo Pastor

Médico de Familia. Centro de Salud "Miguel de Cervantes"

José Luís Sánchez Suárez

Técnico de Apoyo de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección General de Atención Primaria

Maribel Sillero Quintana

Técnico de la Sección de Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Belén Zorrilla Torras

Técnico Superior de Salud Pública del Servicio Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Marisa Pires Alcaide

Coordinadora del grupo de trabajo. Técnico Superior del Servicio Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Grupo de trabajo "Promoción de la salud en colectivos vulnerables"

Darío Fernández Delgado

Médico de Familia. Centro de Salud "Los Ángeles"

Carmen Solano Villarrubia

Enfermera .Responsable de Centros de Salud. Dirección Asistencial Sureste

Elena Robles Delgado

Enfermera. Centro de Salud de Atención Primaria "Doctor Cirajas"

Oscar Aguado Arroyo

Enfermero. Unidad directiva territorial de Atención Primaria

Sonsoles Garabato González

Diplomado de Salud Pública. Técnico del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Pilar Serra Rivas

Diplomado de Salud Pública. Técnico del Servicio Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Milagros Ramasco Gutiérrez

Diplomado de Salud Pública. Técnico del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

José Antonio Pinto Montanillo

Técnico del Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Margarita García Barquero

Técnico Superior de Salud Pública. Sección de Promoción y Prevención. Servicio Territorial de Salud Pública de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Nicole Aerny Perreten

Diplomado de Salud Pública. Técnico del Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Carlos Martínez Cepa

Coordinador del grupo de trabajo. Técnico Superior de Salud Pública del Servicio de Prevención. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Apoyo Administrativo**Beatriz Elvira Rodríguez**

Secretaria del Área de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Esther Ortiz de Villajos Moreno

Secretaria del Servicio de Planificación y Apoyo. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Revisores

Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha

Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria

Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid

Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria

Asociación Madrileña de Salud Pública

Asociación Madrileña de Administración Sanitaria

INDICE

1. PRESENTACIÓN	14
2. INTRODUCCIÓN	15
3. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS	19
4. DISEÑO Y METODOLOGÍA	20
5. ANÁLISIS DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID	23
6. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS	37
7. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN	46
7.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL, PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS MEDIANTE CRIBADO Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS	47
7.1.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL.....	55
7.1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS EN RECIÉN NACIDOS MEDIANTE CRIBADO	66
7.1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS.....	79
7.2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	98
7.2.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES POR VACUNACIÓN	100
7.2.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS	109
7.2.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	119
7.3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER.....	135
7.3.1. PROGRAMA DE REFERENTES EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA	141
7.3.2. PROGRAMA DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.....	148
7.4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	154
7.4.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLE	158
7.4.2. PROGRAMA DE MEJORA DEL AFRONTAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL	164
7.4.3. PROGRAMA DE MEJORA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	175
7.5. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENFERMEDADES MENTALES, OSTEOMIOARTICULARES, ASMA Y EPOC).....	184
7.5.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OSTEOMIOARTICULARES.....	189

7.5.2 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS, EN LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES	200
7.5.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ASMA	209
7.5.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA EPOC	217
7.6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y VIOLENCIA	226
7.6.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.....	231
7.6.2 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE RELACIONES SALUDABLES, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA	250
7.7. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS VULNERABLES.....	282
7.7.1. ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS SOBRE LOS COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD	287
7.7.2. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL EXTREMA.....	302
7.7.3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES FRÁGILES	312
7.7.4. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN GRUPOS VULNERABLES DE POBLACIÓN INMIGRANTE	326
7.7.5. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN O EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL	334
8. RECURSOS	344
9. CRONOGRAMA.....	347
10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	348
11. APÉNDICES	351
I.- SIGLAS	352
II.- ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA	356
III- TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	359
IV- ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	361

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Número de muertes anuales por las causas más frecuentes. Comunidad de Madrid, 2006	39
Tabla 2: Episodios anuales de enfermedades más frecuentes en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, 2007	42
Tabla 3: Evolución de las características de los partos. Comunidad de Madrid, 1986-2006	51
Tabla 4: Datos del cribado universal para detección precoz de endocrino-metabopatías congénitas en recién nacidos de la Comunidad de Madrid, 2009	68
Tabla 5: Detección de Hiperfenilalaninemia materna. Comunidad de Madrid, 1995-2009	68
Tabla 6: Visitas y consultas on-line al sitio web sitelias.net, 2005-2008	82
Tabla 7: Fracción atribuible poblacional a factores de riesgo modificables de todos los cánceres combinados en países de renta alta, 2005	137
Tabla 8: Indicadores de enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	155

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura de la población por edad y sexo, actual y prevista para el futuro próximo. Comunidad de Madrid	38
Figura 2: Mortalidad por grandes grupos de causas. Comunidad de Madrid, 2006	39
Figura 3: Mortalidad proporcional por principales localizaciones de tumores. Comunidad de Madrid, 2006	40
Figura 4: Mortalidad proporcional por principales enfermedades circulatorias. Comunidad de Madrid ,2006	41
Figura 5: Carga de enfermedad: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa, por sexo y componentes de los AVAD (mortalidad- AVP y discapacidad- AVD). Comunidad de Madrid, 2006	42
Figura 6: Morbilidad hospitalaria. Comunidad de Madrid, 2007	43
Figura 7: Nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975-2017	48
Figura 8: Hijos por mujer. Comunidad de Madrid, 1975-2017	49
Figura 9: Pirámides de población. Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2017	50
Figura 10: Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo. Comunidad de Madrid. 1998- 2008	53
Figura 11: Interrupciones voluntarias del embarazo, por edad y nacionalidad. Comunidad de Madrid, 2008	53
Figura 12: Tasas de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, según Comunidad Autónoma de residencia. España, 2008	79
Figura 13: Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces en su última relación sexual. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2008	80
Figura 14: Casos de sarampión por cuatrimestre. Comunidad de Madrid, 2001-2009	100
Figura 15: Incidencia de varicela global y por sexo. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid, 2001-2009	101
Figura 16: Distribución por serotipos de casos de enfermedad neumocócica invasora en menores de 5 años. Comunidad de Madrid, 2001-2009	102
Figura 17: Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1994-2009	110
Figura 18: Evolución de la proporción de casos VIH (+), alcoholismo, usuarios de drogas por vía parenteral. Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1994-2009....	110

Figura 19: Incidencia anual de Sida por 100.000 habitantes, según sexo y año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2005-2009.....	119
Figura 20: Porcentaje de casos según mecanismo de transmisión y sexo por año de diagnóstico de Sida. Comunidad de Madrid, 2005-2009.....	120
Figura 21: Mortalidad proporcional por principales localizaciones de tumores, en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.	136
Figura 22: Morbilidad hospitalaria por osteoporosis y fracturas patológicas. Comunidad de Madrid, 2007	185
Figura 23: Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria por edad y sexo. Tasas por 1.000. Comunidad de Madrid, 2007	186
Figura 24: Cuidadores informales por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007	187
Figura 25: Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.....	188
Figura 26: Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema	188

1. PRESENTACIÓN

La Dirección General de Atención Primaria ha dispuesto la elaboración de este Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013, coordinado a través de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, considerando fundamentalmente la utilización de los recursos disponibles del nivel de Atención Primaria de Salud y con la finalidad de promover y fomentar la salud y prevenir la enfermedad de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Se trata de un proyecto pragmático y operativo que aborda los problemas de salud prioritarios de la población de la Comunidad de Madrid, mediante acciones coordinadas de la red de recursos de Atención Primaria, a través del diseño y ejecución de programas y actuaciones realizables dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, y estableciendo mecanismos de seguimiento y evaluación ágiles y adecuados.

Las estrategias de intervención comunitaria que se definen en este Plan se han articulado en consonancia con los programas actualmente vigentes en el ámbito de la Atención Primaria, que se encuentran en funcionamiento en la Comunidad de Madrid y están relacionados con el fomento de hábitos y estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad.

El Plan que se presenta es el resultado del esfuerzo realizado por un conjunto multidisciplinar de profesionales sanitarios que, siguiendo una metodología de trabajo en equipo, han diseñado los programas de este Plan, analizando la situación de salud de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid y estableciendo intervenciones comunitarias que, desde la Salud Pública y la Atención Primaria, incidan en el cambio de los estilos de vida hacia prácticas saludables y hacia la prevención de la enfermedad.

Quiero agradecer a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este documento su esfuerzo y dedicación, colaborando con el compromiso de la Consejería de Sanidad de garantizar el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Antonio Alemany López
Director General de Atención Primaria

2. INTRODUCCIÓN

El Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 recoge la necesidad de establecer líneas estratégicas de actuación que garanticen, sobre la base del diagnóstico de la situación de salud de la población de la Comunidad de Madrid, la definición de prioridades para incidir en el ámbito comunitario sobre los hábitos y conductas de riesgo para la salud, promoviendo estilos de vida saludables, y sobre la prevención de las enfermedades prevalentes, contribuyendo a su control y disminución.

El punto de partida de este proceso de orientación comunitaria es el análisis del nivel de salud de la Comunidad de Madrid, considerando los datos recogidos en el "Informe de Salud de la población de la Comunidad de Madrid 2009". Este análisis de la población en su conjunto y de los grupos de problemas prioritarios, ha permitido determinar las necesidades y los tipos de intervenciones a realizar.

El Informe de Salud constituye una herramienta imprescindible para la detección de necesidades de salud de la población, proporcionando información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que afectan a la población de la Comunidad de Madrid, seleccionados sobre la base de la estimación de la población afectada y la factibilidad de las intervenciones. Permite conocer el estado de salud de la población, los determinantes que influyen en ella y las áreas de mayor vulnerabilidad que deben ser priorizadas.

En el "Informe de salud de la población de la Comunidad de Madrid 2009" se han integrado datos procedentes de las fuentes y sistemas de vigilancia epidemiológica y de la "Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007", para analizar los problemas de salud de importante repercusión. Esta información ha constituido la base fundamental para la elaboración de este Plan de Promoción de la Salud y Prevención, cuyo objetivo será contribuir a mejorar la salud de la población mediante acciones integradas en Atención Primaria. Así mismo, ha permitido priorizar las actividades en función de las necesidades detectadas y orientar la optimización de recursos.

Considerando las prioridades establecidas y de acuerdo con las posibilidades de actuación en el marco de la Atención Primaria, se han programado actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a desarrollar mediante la utilización y coordinación de los recursos de este nivel asistencial y en consonancia con los programas actualmente vigentes y que se encuentran en funcionamiento en Atención Primaria. Se han establecido mecanismos e indicadores de seguimiento de las actividades programadas y del Plan en su conjunto, en

relación con su estructura, procesos y resultados, previendo evaluaciones parciales anuales y una final al completarse el Plan.

Analizada la situación de salud de la población de la Comunidad de Madrid, este Plan de Promoción de la Salud y Prevención presenta las siguientes líneas estratégicas de intervención para los años 2011-2013:

- Promoción de la salud materno-infantil, prevención de minusvalías mediante cribado y prevención de embarazos no deseados.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Prevención del cáncer.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Prevención de enfermedades no transmisibles.
- Prevención de accidentes y violencia.
- Promoción de la salud en colectivos vulnerables.

La intervención sobre los problemas de salud que se recogen en las estrategias definidas supone abordar, desde la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria, las enfermedades y situaciones más prevalentes que, por una parte, causan mayor mortalidad en la población general (cáncer y enfermedades cardiovasculares), o en la población joven (accidentes), con la consiguiente repercusión en años de vida perdidos.

Además, implica participar activamente en el control de problemas de salud como la diabetes y la obesidad, cuya prevalencia y su papel desencadenante de otras causas de muerte aconsejan un control adecuado. O en el área de la salud mental, en la que el coste en consumo de recursos, calidad de vida y sensibilidad social obligan también al desarrollo de actuaciones prioritarias.

También se considera necesario priorizar programas preventivos centrados en la etapa preconcepcional y gestacional que garanticen la adecuada información, el consejo genético y el cribado de patologías. Estas actividades deben incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar (inmigración, aumento de las gestantes de más edad) y que pueden suponer modificaciones en los factores de riesgo tradicionalmente tenidos en cuenta.

La actuación ante las enfermedades osteoarticulares (referidas por la población como las más prevalentes, especialmente en lo referido al dolor y la recuperación funcional, y que además

originan un elevado consumo de recursos, así como un alto grado de discapacidad funcional), las enfermedades transmisibles (cuya importancia no radica en su impacto en términos de morbilidad, sino en el hecho de su posible prevención y control), el asma (que ocasiona frecuentes ingresos hospitalarios, en menores de 15 años y mayores de 64 años, y la discapacidad que produce en el grupo de edad de 15 a 29 años) y la EPOC (que ocasiona una elevada mortalidad por enfermedades respiratorias), garantiza que se estarán abordando los principales problemas de salud de la población en la Comunidad de Madrid.

Se analiza la vulnerabilidad social desde nuevas perspectivas en las que se valoran sus múltiples dimensiones, las interacciones que se producen entre ellas y el carácter dinámico de su evolución. Se propone la elaboración de Mapas de Riesgos de la Vulnerabilidad para identificar y ubicar en las Zonas Básicas de Salud los focos problemáticos relacionados con marginación y exclusión, grupos que viven en condiciones sociales de vulnerabilidad y núcleos o puntos donde se concentran problemas urbanos o medio-ambientales; este análisis permitirá programar actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidos en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social.

A través de este Plan de Promoción de la Salud y Prevención también se intenta potenciar la actuación sobre los factores determinantes de esos problemas de salud, individuales y colectivos: consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física, entornos y prácticas seguras. En definitiva, se incidirá sobre los principales condicionantes de la salud, lo que contribuirá a prevenir y reducir su magnitud futura.

En el desarrollo de acciones y programas de prevención y promoción de la salud se implican normalmente numerosas y diversas instituciones y entidades, por ello, en la Comunidad de Madrid tienen lugar cotidianamente una gran cantidad de intervenciones de promoción y educación para la salud, abarcando a todos los ámbitos poblacionales y temas de salud posibles.

El Plan de acciones que en este documento se detalla, generará también numerosas intervenciones de prevención, promoción de la salud y educación para la salud que, unidas a las que se realizan actualmente, nos indican la necesidad de crear una Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid, que incluirá aquellas que cumplan unos criterios de calidad determinados y posibilitará el acceso y conocimiento de las mismas a los profesionales e instituciones interesadas en la Promoción de la Salud.

Por otro lado, el ámbito educativo constituye un marco privilegiado para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención. La dinámica propia de las instituciones escolares, sus

programas docentes, los profesionales, junto a los colectivos de padres y madres, confieren a este ámbito una enorme capacidad pedagógica para el aprendizaje y práctica de la promoción y educación para la salud y la prevención. De este modo, muchas de las líneas de actuación que se recogen en este documento tienen objetivos dirigidos al medio escolar, si bien no han sido desarrollados de forma exhaustiva, derivando esta tarea al compromiso de diseñar un Plan específico de Promoción de la Salud Escolar. La necesidad de transmitir un mensaje de promoción de la salud integral en un ámbito tan complejo, nos ha llevado a rechazar la inclusión de actividades educativas aisladas en cada línea y abogar por la creación de una estructura de coordinación entre las instituciones implicadas, cuyo objetivo sea la elaboración e implementación de un Programa Integral Regional de Promoción de la Salud Escolar.

3. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS

Misión

Promover y fomentar la salud y prevenir la enfermedad de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid a través de intervenciones en el ámbito de Atención Primaria de Salud.

Visión

Este Plan supone la coordinación multidisciplinar de los recursos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid para establecer líneas estratégicas de actuación en el ámbito comunitario, encaminadas a la promoción y fomento de la salud y la prevención de la enfermedad de la población de la Comunidad de Madrid.

Objetivos

- **General**

Conocer el nivel de salud de la población de la Comunidad de Madrid y establecer líneas estratégicas de intervención sobre los problemas de salud detectados y priorizados, que estarán dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la actuación coordinada de la red de recursos de Atención Primaria de Salud.

- **Específicos**

1. Analizar el nivel de salud de la población de la Comunidad de Madrid, a partir de los datos recogidos en el "Informe del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid 2009", y priorizar los problemas de salud detectados en función de su magnitud, gravedad, importancia, trascendencia y viabilidad de las intervenciones.
2. Definir y planificar las líneas estratégicas de actuación e intervención sobre los problemas de salud detectados y priorizados.
3. Implantar y ejecutar las actuaciones programadas dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
4. Monitorizar las actividades realizadas y evaluar el Plan en su conjunto.

4. DISEÑO Y METODOLOGÍA

La planificación ha sido abordada desde una perspectiva integral, definiendo la misión y visión y estableciendo líneas y objetivos estratégicos, así como actuaciones operativas para toda la organización.

La fase de diseño de este Plan, a lo largo del año 2010, constituyó la primera etapa de su puesta en marcha, iniciándose con la constitución de grupos de trabajo de profesionales sanitarios, a iniciativa de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Dirección General de Atención Primaria.

El primer grupo se formó con los jefes de los Servicios de Informes de Salud y Estudios, de Epidemiología y de Alertas, del Área de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, al objeto de analizar el nivel de salud de la población de la Comunidad de Madrid y priorizar los problemas de salud detectados que serán objeto de intervención, a partir de los datos recogidos en el "Informe del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid 2009".

Se determinaron las líneas estratégicas de actuación partiendo de los problemas priorizados, que constituyeron los programas básicos de actividades de promoción y prevención.

Con la participación de los profesionales de Atención Primaria, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Oficina Regional de Coordinación Oncológica y la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Dirección General de Atención Primaria, en la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención se formaron grupos de trabajo para la elaboración de los programas de actuación. El número y composición de los grupos se determinó según el contenido y la complejidad de las líneas estratégicas definidas.

Los profesionales sanitarios que formaron parte de los citados grupos de trabajo fueron los siguientes:

- Profesionales de Centros de Salud: médicos de familia, enfermeros, fisioterapeutas, pediatras y matronas.
- Técnicos de las Secciones de Epidemiología y Promoción y Prevención de los Servicios territoriales de Salud Pública, de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
- Técnicos de los Servicios centrales de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

- Técnicos de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de la Dirección General de Atención Primaria.
- Técnicos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- Técnicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

Los grupos se encargaron de la elaboración de los programas de actuación, definiendo: objetivos, actividades, población diana y profesionales implicados en el desarrollo de las actividades, sistema de registro y monitorización de las actuaciones e indicadores de seguimiento.

Los programas definidos por los grupos de trabajo fueron dados a conocer a diferentes sociedades científicas y colegios profesionales especialmente vinculados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el ámbito de la Atención Primaria, con la finalidad de establecer estrategias pertinentes, oportunas y ajustadas a la evidencia científica.

La segunda fase del Plan se iniciará en 2011 con la puesta en marcha de las actividades programadas, estableciendo un registro y monitorización de su ejecución y realizando un balance semestral del avance de la programación. Se propone, además, realizar anualmente evaluaciones parciales de diferentes aspectos del Plan, que se completarán con una evaluación integral al finalizarse.

Estas actuaciones permitirán conocer si se han alcanzado los objetivos propuestos y corregir, en caso necesario, las estrategias de intervención. Los indicadores para el seguimiento se establecieron de acuerdo con las actividades programadas y los resultados esperados.

Los balances semestrales se establecerán a partir de los registros de las actividades con el fin de medir el grado de su cumplimiento, de acuerdo con los siguientes indicadores de seguimiento:

- a) Cumplimiento de las actividades de cada programa según los siguientes criterios:
 - Nº de actividades iniciadas / Nº total de actividades planificadas.
 - Nº de actividades realizadas según estándar establecido / Nº total de actividades planificadas.

Para evaluar cada Programa los estándares serán fijados anualmente por los responsables del seguimiento y evaluación del mismo.

b) Cumplimiento del Plan:

- Nº de programas del Plan que se han puesto en marcha / Nº total de programas del Plan.
- Nº de programas del Plan que cumplen el estándar fijado para la realización de las actividades correspondientes a cada año / Nº total de programas del Plan.

En la evaluación del cumplimiento del Plan los estándares serán fijados anualmente por la Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan.

Se creará una Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan, presidida por el Director General de Atención Primaria, en la que estarán representadas la Gerencia Adjunta Asistencial, la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad y la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Se han establecido 6 periodos para el seguimiento y evaluación del Plan, junio y diciembre de 2011, 2012 y 2013, valorando el cumplimiento de las actividades de los programas así como una serie de criterios de valor (ver apartado 10 sobre Seguimiento y Evaluación) que permitirán introducir, en caso necesario, las modificaciones oportunas para mejorar los resultados, así como establecer el mérito y valor del Plan.

5. ANÁLISIS DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DINÁMICA DEMOGRÁFICA

La población de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.386.932 residentes a primero de enero de 2009 (padrón continuo). Tres años antes había cruzado por primera vez el umbral de los seis millones (6.008.183). Según las previsiones oficiales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid el crecimiento demográfico tenderá a desacelerarse en los próximos años y las previsiones para el año 2017 son que la población superará los 6.775.000 habitantes.

La distribución por edades de la población de la Comunidad de Madrid tenderá a madurar en los próximos años. Por una parte, aumentará el número absoluto y la proporción de personas mayores sobre el total. Por otra, las entradas por nacimiento, tras algunos años de ligero incremento, volverán muy probablemente a reducirse, como consecuencia no tanto de la evolución prevista de la fecundidad, que seguirá en leve ascenso, como de una fuerte reducción del tamaño de las cohortes de mujeres en edades maternas.

El crecimiento reciente de la población de la Comunidad de Madrid se ha producido fundamentalmente por la gran aportación de la inmigración con destino a nuestra región, especialmente procedente del extranjero. A partir del cambio de siglo el número de residentes de nacionalidad extranjera empezó a aumentar de manera significativa. Las proyecciones oficiales apuntan a una atenuación de estos flujos migratorios. De acuerdo con el padrón continuo de 2009, Rumanía (201.208 personas) pasa a ser la nacionalidad con mayor presencia en la Comunidad de Madrid, desbancando a Ecuador (133.135) que hasta 2007 había sido la más numerosa. Por detrás quedan Marruecos (83.294), Colombia (69.342), Perú (62.518) Bolivia (50.167) y China (38.957).

El número de nacidos vivos de madre residente en la Comunidad de Madrid siguió aumentando en 2008, tras el leve freno observado en 2005. La cifra de nuevos madrileños (78.864 nacidos) no se alcanzaba desde 1978. Buena parte del número de nacimientos habidos en 2008 se explica por el gran tamaño de las cohortes de mujeres que actualmente están en las edades de máxima fecundidad. El indicador sintético de fecundidad se situó en 2008 en 1,45 hijos por mujer, un valor no alcanzado desde 1986. Las mujeres madrileñas tienen sus hijos actualmente a una edad, en promedio, mucho más alta que la de la generación de sus madres. La edad media a la maternidad es de 32,0 años. El 10 % del total de recién nacidos pasa a formar parte de una familia numerosa.

MORTALIDAD

La mortalidad general de la población de la Comunidad de Madrid ha seguido mejorando durante los últimos años. La principal contribución al aumento de la esperanza de vida sigue correspondiendo a la mejora de la mortalidad en las edades avanzadas. Las enfermedades del sistema circulatorio son las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, en tanto que la aportación de los tumores se reparte entre ese grupo de edad y el de los adultos. Son sobre todo las peores tasas en hombres, tanto de tumores (50 a 69 años) como causas circulatorias (a partir de los 70), las que dejan la esperanza de vida al nacer de los madrileños en 78,89 años, frente a los 85,33 de las madrileñas en 2007.

El persistente descenso de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio hizo que por primera vez en 2006 el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad se viera superado por el de los tumores, tendencia que se ha confirmado en 2007 y 2008. Entre los varones los tumores ya eran la primera causa de muerte desde años atrás. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa más importante de defunción. Una vez ajustadas por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también en la población femenina, al igual que en los hombres y en el conjunto de ambos sexos reunidos.

Los tumores fueron la primera causa de muerte en las zonas sur y este de la Comunidad de Madrid. En el resto lo fueron las enfermedades del sistema circulatorio.

MORBILIDAD

En 2007, 4.351.907 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 67% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (TIS). El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. En la población adulta en todos los grupos de edad, la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es mayor que la de hombres. Esto también ocurre en los extranjeros, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2007 se han registrado en OMI-AP 16.614.740 episodios de consulta en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 2.558 episodios por 1.000 personas que constan en TIS. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 544 episodios por 1.000 personas. La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor

frecuencia, seguida por el aparato locomotor. El código CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 12,2% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y la infección intestinal inespecífica. Dentro de las patologías crónicas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulino dependiente.

En el año 2007 en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se registraron 896.374 altas hospitalarias correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 145,1 por 1.000 habitantes. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo son en las mujeres superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con las edades fértiles), mientras que en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria, el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (33,71 por 1.000), siendo la siguiente causa en frecuencia los tumores (tasa de 17,25 por 1.000 en hombres y 17,58 en mujeres). Las siguientes causas con tasas más elevadas en los hombres son las enfermedades digestivas (tasa 17,01 por 1.000), respiratorias (14,50 por 1.000) y circulatorias (13,63 por 1.000) y en las mujeres las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (tasa 17,39 por 1.000), digestivas (12,85 por 1.000) y circulatorias (11,99 por 1.000).

CARGA DE ENFERMEDAD Y EXPECTATIVAS DE SALUD

En el año 2006 en la Comunidad de Madrid se perdieron 601.831 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud (AVAD). El 52,4 % corresponde a varones y el 47,6 % a mujeres. Las enfermedades no transmisibles concentran casi el 90 % del total de la carga de enfermedad, frente al 5,5 % de las enfermedades transmisibles y el 4,7 de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (30,3 % del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (16,7 %) y las circulatorias (11,0 %). En conjunto, el 39,25 % de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 60,75 fueron años vividos en mala salud (AVD).

Una persona de 15 años de edad residente en Madrid puede esperar vivir en adelante, en promedio, 47,3 años en buena salud (un 69,8% de los 67,7 años que le quedan de vida), 16,3 años en salud regular y 4,1 en mala salud. A medida que avanza la edad, la esperanza de vida

va disminuyendo y el peso de la salud regular y mala va proporcionalmente aumentando. A los 65 años, de los 20,7 que quedan como media por vivir sólo 8,8 lo serán en buena salud (un 42,6%). A los ochenta años, dos de cada tres años se vivirán en salud regular o mala. Este comportamiento (a mayor edad, peor indicador de salud) se verifica también en la esperanza de vida libre de discapacidad y en la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas.

Tanto los indicadores de carga de enfermedad como las expectativas de salud confirman que, a pesar de tener una esperanza de vida más alta –es decir, una mortalidad más favorable- las mujeres tienen un peor estado de salud que los hombres.

ENCUESTA DE SALUD

En 2007, un 15% de la población mayor de 15 años ha declarado que su estado de salud era muy bueno y un 59,6% que era bueno. Como en los indicadores citados anteriormente, también en la encuesta las mujeres refieren una peor salud a cualquier edad.

El problema de salud crónico diagnosticado más prevalente en la población general de 16 años o más es la hipertensión (13,9%) seguido por las artrosis, artritis y reumatismos (13,8%) y las ciáticas, lumbagos y dolores de espalda (12,8%), siendo estos dos últimos epígrafes los que engloban las patologías que más frecuentemente limitan o reducen la realización de las actividades habituales. En menores de 35 años, la alergia (17,0%), los dolores de espalda (5,2%), las jaquecas y migrañas (3,9%) y el asma (3,6%) son los trastornos más frecuentes, mientras que en los de 65 y más años lo son la hipertensión arterial (43,0%), la artrosis (42,8%), el colesterol elevado (26,2%), los dolores de espalda (19,4%) y la diabetes (16,0%).

El 11,1% de la población mayor de 15 años dice tener alguna limitación grave permanente. La prevalencia es mayor entre las mujeres (12,8% frente a 9,3% en los hombres), aumenta con la edad, es mayor en trabajadores manuales y mayor en las personas de origen español.

Un 5,6% de la población general (7% entre las mujeres) declara ser el cuidador principal (solo o con ayuda) en el propio domicilio de una persona discapacitada o una persona mayor de 74 años que lo requiere.

El 88% de la población de 16 años ó más ha consultado al médico general o a la enfermera del primer nivel asistencial (público o privado) en el último año.

El 20,0% de las personas de más de 15 años ha utilizado los servicios de urgencias (tanto públicos como privados) en los últimos 12 meses. La utilización es mayor por las mujeres y se incrementa en las edades extremas. Han acudido más frecuentemente los trabajadores manuales. Los inmigrantes que llevan 5 ó más años viviendo en España han acudido con más frecuencia que las personas de origen español, pero los que llevan menos de 5 años lo han hecho con menor asiduidad.

Un 7,4% de la población mayor de 15 años opina que el funcionamiento del sistema sanitario madrileño es muy bueno y un 44,9% adicional que es bueno. No se aprecian patrones de valoración notablemente diferentes en los dos sexos. Las personas mayores de 64 años son las más satisfechas y las más descontentas las que tienen entre 45 y 64 años.

Un 78,8% de la población mayor de 15 años tiene cobertura exclusivamente pública, un 2,1% exclusivamente privada y un 19,0% mixta. La distribución del aseguramiento presenta diferencias significativas según edad, nivel socioeconómico, país de nacimiento y zona geográfica.

SALUD INFANTIL

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando en 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Este aumento es en términos relativos, mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples y partos distócicos atendidos. La mortalidad infantil registrada en el año 2008 es de 2,84 por 1.000 nacidos vivos y las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria, con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio (23,8% del total de altas a estas edades).

LA SALUD DE LOS JÓVENES

En el análisis de la morbilidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

La frecuencia de numerosos factores de riesgo asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco. En 2008 se observa una estabilización en la prevalencia del consumo de tabaco después de una tendencia descendente en los últimos años. El descenso del consumo de drogas del comercio ilegal, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en 2008. Un porcentaje alto de los jóvenes manifiesta haber recibido información sobre las drogas, si bien este porcentaje es menor en los alumnos de los Ciclos Formativos de Grado Medio que en los alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO).

La tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2008 en un 14,95 por 1.000. El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres.

LA SALUD DE LOS MAYORES

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 14,2% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.523,1 por 100.000) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.295,2 por 100.000) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

Ocho de cada diez personas mayores de 64 años han sido atendidas al menos en una ocasión, en el año 2007, en Atención Primaria del sistema sanitario público. En 2007 se registraron 296.762 altas hospitalarias (tasa de 336,95 por 1.000 habitantes) en este grupo de edad. Cuatro de cada cinco muertes se producen en mayores de 64 años.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las más frecuentes en Atención Primaria y son causas importantes de estancia hospitalaria si bien es a partir de los 84 años cuando ocupan el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria. Las enfermedades del aparato locomotor son las segundas en frecuencia en Atención Primaria en los mayores de 64 años. En los mayores de 84 años la incapacidad o minusvalía del aparato locomotor es la cuarta causa específica más frecuente.

Las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos son la primera causa de estancia hospitalaria en el grupo de 65 a 84 años de edad. Según los datos referidos en la encuesta de salud 2007, un 9,3% de los mayores de 64 años tienen una limitación grave permanente en la vista y un 9,6% en el oído.

SALUD MENTAL

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. El componente de mala salud tiene un peso mucho mayor que el de la mortalidad. Ésta última se produce a edades elevadas, debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer.

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en 2007. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con sustancias mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007, la patología mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

En 2009 las coberturas de vacunación infantil en los primeros meses de edad se mantienen en valores muy elevados y es en las vacunas de los 14 años de edad en las que se observan coberturas más bajas (en torno al 70%). El registro nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante y deberá constituir en el futuro un apoyo al sistema asistencial para conseguir una alta calidad de los programas de vacunación. La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica.

Las enfermedades infecciosas representaron en torno a un tercio de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007. Las tasas más elevadas se observaron en mujeres, en población española y especialmente en el grupo de edad de 1 a 4 años. Las infecciones más frecuentes fueron las localizadas en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda superior fue la primera causa de infección en todos los grupos de edad.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 1,6% de las altas hospitalarias registradas en 2007. Las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida. Las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una tendencia ascendente en los últimos años por lo que es necesario revisar los programas de prevención que se están llevando a cabo.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública y es necesario seguir con el esfuerzo para prevenir y controlar esta enfermedad, adaptándose a los cambios epidemiológicos de los últimos años en los que aumenta el porcentaje de casos en inmigrantes.

Aunque la incidencia y la mortalidad por sida muestren una tendencia descendente desde la introducción de las terapias combinadas con antirretrovirales de gran actividad, es fundamental favorecer y adaptar los programas de prevención y control de la infección por VIH/Sida. Junto a la importancia del mantenimiento de los programas de reducción de daño en los usuarios de drogas, hay que considerar también que es necesario conseguir un diagnóstico precoz de la

infección por VIH cuando se tienen o se han tenido conductas sexuales que impliquen un riesgo de transmisión del VIH.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Los tumores son la primera causa de mortalidad y morbilidad hospitalaria –descartando la atención al parto, que no es propiamente una enfermedad, pero que ocupa el primer puesto como tasa de morbilidad hospitalaria- y la segunda en carga de enfermedad en la población madrileña. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el de colon y recto, y el de mama en mujeres son los tumores que causan mayor mortalidad.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente-, la tercera en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de las muertes por este grupo de causas, las cardiopatías isquémicas representaron en 2007 el 39,5% en hombres y el 25,0% en mujeres, y las cerebrovasculares el 20,5% y el 23,4% respectivamente. El centro del municipio de Madrid (distritos Centro y Chamberí) y el de Navalcarnero coinciden en presentar una mortalidad tanto isquémica como cerebrovascular significativamente mayor que el resto de la Comunidad.

La bronquitis y el enfisema (EPOC) motivaron el 30,9% en hombres y el 9,8% en mujeres de las muertes por enfermedades respiratorias -tercera causa de mortalidad en 2007 en la Comunidad de Madrid-. En la distribución espacial de la mortalidad por estas enfermedades destaca, tanto en hombres como en mujeres, un patrón de agregación de secciones con exceso de mortalidad en los distritos del sur y este de la región. La morbilidad hospitalaria por EPOC corresponde sobre todo a varones con un incremento progresivo con la edad (a partir de los 45 años), mientras que en el conjunto de las enfermedades respiratorias junto a las edades avanzadas se añade el grupo de menores de cinco años.

Las causas digestivas específicas que ocasionaron una mayor mortalidad fueron la cirrosis (en 2007, 33,9% de las muertes por enfermedades digestivas en los hombres y 16,4% en mujeres) y la enfermedad vascular intestinal (11,4% en hombres y 14,8% en mujeres). Las enfermedades digestivas son una causa importante de morbilidad hospitalaria con un aumento progresivo con la edad y ligeramente más frecuente en hombres.

Los resultados del estudio PREDIMERC (Prevalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular) muestran que en la población adulta (30-74 años) de la Comunidad de Madrid la prevalencia de diabetes mellitus es moderada (8,1%) con una frecuencia elevada de enfermedad desconocida, sobre todo en varones. Se observa una prevalencia elevada de hipertensión arterial (29,3%), hipercolesterolemia (23,2% con valores de CoT ≥ 240 mg/dl y

54,2% con CoT ≥ 200 mg/dl), sobrepeso (41,5%), obesidad (21,7%), consumo de tabaco (28,4%), sedentarismo laboral/ocupación habitual (32,6%), personas inactivas (sedentarias) en el tiempo libre (85,5%), agrupación de 3 ó más factores de riesgo (32,5%), síndrome metabólico (24,6%) y riesgo cardiovascular alto (13,3%). En general, tanto la diabetes como el resto de factores de riesgo cardiovascular son mas frecuentes en hombres que en mujeres y suelen aumentar con la edad en ambos sexos.

Algunos de estos factores de riesgo lo son también para otras enfermedades no transmisibles, como algunos tumores. Por ello es fundamental continuar y reforzar las labores de prevención primaria que se realizan desde el ámbito comunitario y asistencial.

CAUSAS EXTERNAS

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2007. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres.

Las lesiones representaron en 2007 algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria. Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres.

Las causas externas supusieron en 2007 el 5% de todas las altas hospitalarias. En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres, aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres.

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces. En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres se aprecia un patrón de agregación de mayor mortalidad en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navalcarnero, Aranjuez, Arganda y Collado Villalba, entre otros.

La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico se concentra claramente en los varones jóvenes. En jóvenes la no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 38,8% (en 2008) todavía no se lo pone siempre y la utilización del casco en bicicleta continúa siendo extraordinariamente infrecuente.

Las tasas de mortalidad por suicidio han sido, en la Comunidad de Madrid en el año 2006, notablemente inferiores a las de España, si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones. Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas. En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio se aprecia mayor incidencia en el sur de la región.

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres.

La disponibilidad de datos fiables sobre violencia de pareja contra la mujer es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención, promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

HÁBITOS SALUDABLES

Cerca de la mitad de la población madrileña es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y cuatro de cada cinco personas no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Los hombres son más sedentarios en la actividad habitual y las mujeres en el tiempo libre. En relación con mediados de los años noventa, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cinco años se observa una estabilización), especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre. La falta de tiempo es el principal motivo aducido para justificar el bajo nivel de ejercicio físico realizado.

El consumo de alimentos sigue dibujando un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas no ingiere fruta diariamente (se incrementa al 44% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 43% consume dos o más raciones de cárnicos y derivados. Aproximadamente un tercio de la población adulta madrileña come frecuentemente fuera del hogar, especialmente los hombres jóvenes, lo que incrementa los riesgos asociados con una alimentación poco saludable. A los factores anteriores se añade que entre el 6 y el 11% de los madrileños, en función de la fuente de información analizada, realiza algún tipo de dieta para perder peso. Es preocupante constatar como esta práctica, más frecuente en mujeres, se realiza habitualmente sin ningún control médico y está basada en una publicidad con notable credibilidad dentro de la población.

La escasa actividad física y la mala alimentación tienen como consecuencia que entre el 41 y el 44% de la población adulta madrileña, según el SIVFRENT-A (Sistema de Información y

Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en Adultos), tiene sobrepeso u obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo cerca de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, y creciente con la edad. Por el contrario, la presencia de un peso insuficiente es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en las más jóvenes.

La percepción que tienen los ciudadanos sobre su peso corporal subestima claramente el exceso de peso real detectado, lo que puede conducir a una falsa sensación de normalidad. A pesar de este hecho, los madrileños conocen de forma adecuada cuáles son las causas principales del sobrepeso y de la obesidad (alimentación inadecuada y ausencia de ejercicio físico), y cuáles sus consecuencias (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión). Además, cerca de un 40% expresa el deseo de perder peso, aunque la falta de motivación es el principal obstáculo para conseguirlo.

TABACO, ALCOHOL, DROGAS

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que, en la actualidad, todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años fuma habitualmente. Además durante 2007 se ha observado por primera vez en esta década una estabilización en la tendencia, derivada principalmente de un paro en el descenso del consumo en la población más joven, así como de una estabilización de la tendencia ascendente del abandono del tabaquismo, que habrá que vigilar detenidamente a corto plazo.

El efecto del consumo de tabaco en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

El consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende casi a la mitad el número de bebedores de riesgo teniendo en cuenta el consumo promedio de alcohol. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión la reducción es menor y sólo se observa en los hombres. En el 2007 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,1% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 10,4%. Combinando ambos indicadores, el 11,6% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó la prevalencia más elevada seguido por la cocaína, ambas con valores ligeramente inferiores a los de 2005. Respecto a los datos sobre consumo problemático de drogas, se observa una tendencia estable en el número de urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (58,7%) y que provoca la urgencia (46,2%) (2008).

Respecto a los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, en los años 2006-2007 se observó una tendencia al alza, si bien en 2008 ha descendido respecto a 2007. En cuanto a las sustancias encontradas, los opiáceos muestran un ligero ascenso de 2005 a 2008; los antipsicóticos presentaron una tendencia ascendente de 2005 a 2007 y en 2008 han disminuido; y respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. Con ambos indicadores, urgencias y fallecimientos, se observa un envejecimiento de la población afectada.

6. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS

6. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS

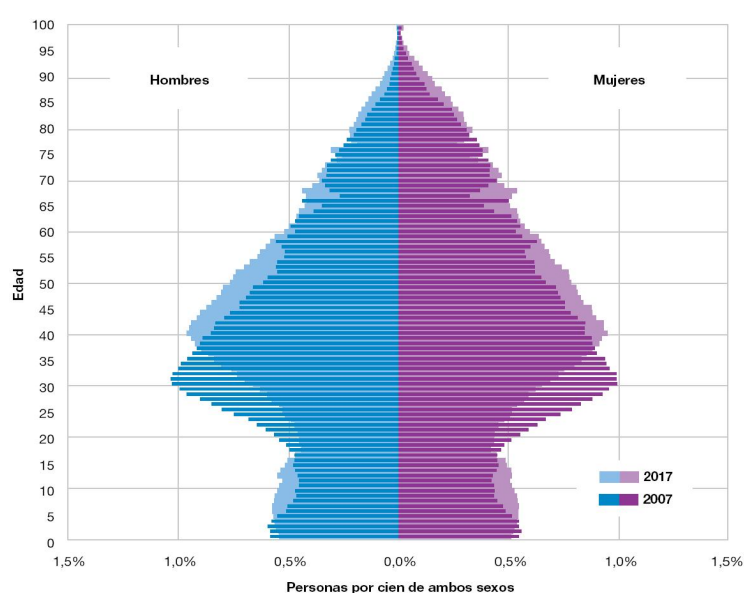
En la priorización de problemas de salud se pueden utilizar diferentes técnicas que comparten una serie de entradas:

- Demografía
- Mortalidad
- Morbilidad
- Factores de riesgo
- Capacidad de prevenir la enfermedad según la evidencia científica:
 - o Actuando sobre el factor de riesgo
 - o Actuando en la detección de marcadores de riesgo
 - o Actuando sobre la detección precoz de la enfermedad
- Posibilidad de tratamiento adecuado
- Trascendencia social, etc.

Para la priorización de las enfermedades y factores de riesgo que han determinado las líneas estratégicas de actuación de este Plan, se han utilizado técnicas de consenso y discusión en grupos. De forma resumida, los elementos fundamentales que han condicionado esta priorización han sido los siguientes:

1.- Demografía

Figura 1: Estructura de la población por edad y sexo, actual y prevista para el futuro próximo. Comunidad de Madrid



2.- Mortalidad

Figura 2: Mortalidad por grandes grupos de causas. Comunidad de Madrid, 2006

	Tasas Brutas (por 100 mil)			Tasas Estandarizadas* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	13,48	15,68	11,42	10,52	14,70	6,96
II. Tumores	194,56	241,76	150,22	153,85	225,96	103,34
III. Enfermedades de la sangre y de los órg. hematopoyéticos, y de la inmunidad	2,20	1,57	2,79	1,48	1,37	1,57
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,79	9,87	15,53	8,53	9,14	7,85
V. Trastornos mentales y del comportamiento	15,43	8,78	21,69	9,15	7,93	9,55
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	24,76	19,50	29,71	16,46	17,70	15,15
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	189,33	171,17	206,40	125,43	155,95	101,04
X. Enfermedades del sistema respiratorio	92,49	97,26	88,01	58,68	87,17	41,89
XI. Enfermedades del sistema digestivo	36,08	38,42	33,88	26,20	35,65	18,43
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	2,00	1,30	2,66	1,22	1,12	1,29
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4,58	3,04	6,03	2,82	2,67	2,84
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	18,74	17,66	19,76	11,78	15,91	9,35
XV. Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,72	2,12	1,35	2,50	2,96	2,02
XVII. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	1,70	2,08	1,35	1,99	2,44	1,53
XVIII. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	26,72	30,84	22,84	21,20	29,36	13,87
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	23,11	31,28	15,43	18,89	28,76	10,11
Todas las causas	659,71	692,31	629,08	470,69	638,79	346,78

* Método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 1: Número de muertes anuales por las causas más frecuentes. Comunidad de Madrid, 2006

1. Tumores	11.761
2. Enfermedades circulatorias	11.445
3. Enfermedades respiratorias	5.591
4. Enfermedades digestivas	2.181
5. Causas externas	1.397

Figura 3: Mortalidad proporcional por principales localizaciones de tumores. Comunidad de Madrid, 2006

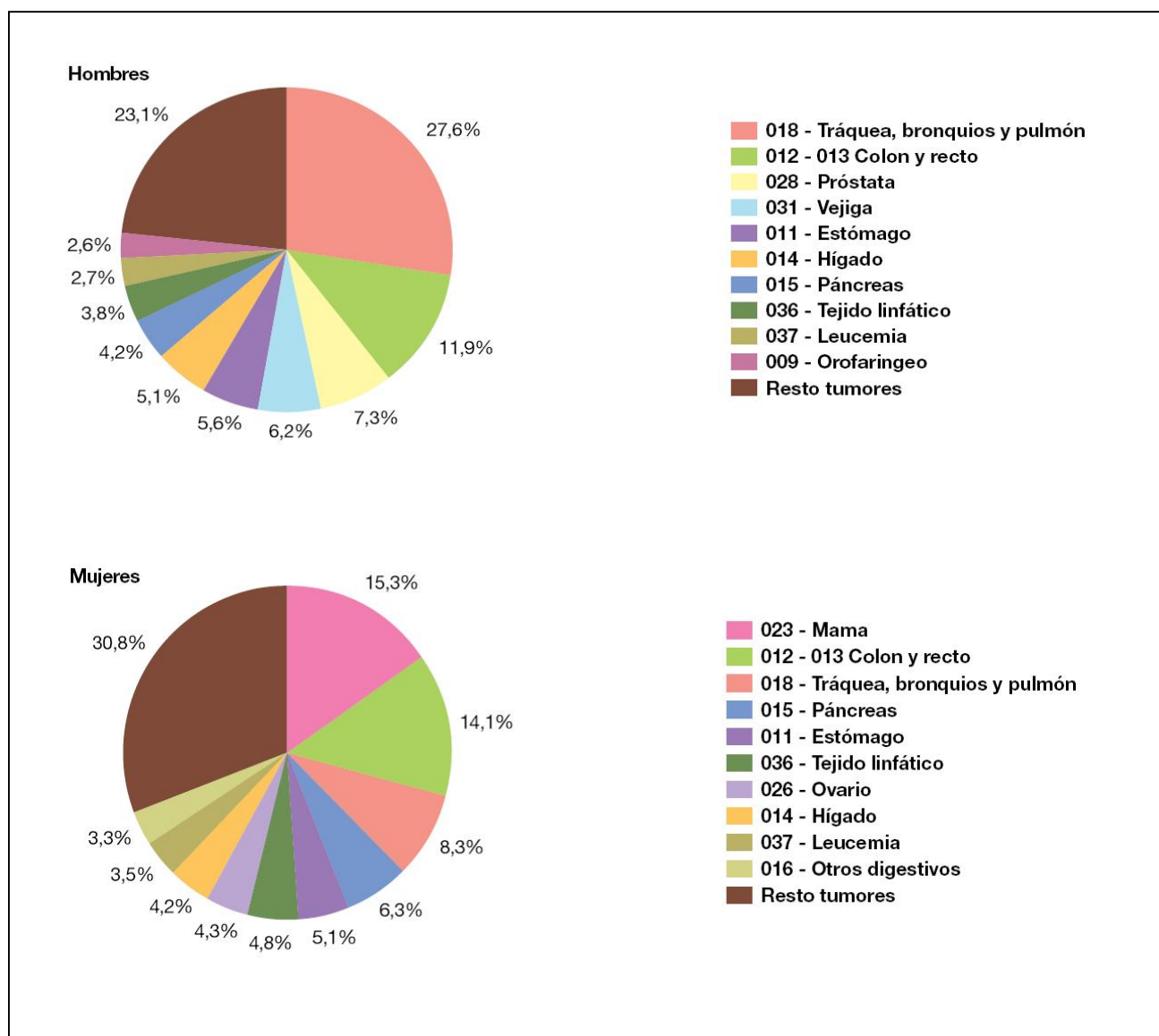


Figura 4: Mortalidad proporcional por principales enfermedades circulatorias. Comunidad de Madrid ,2006

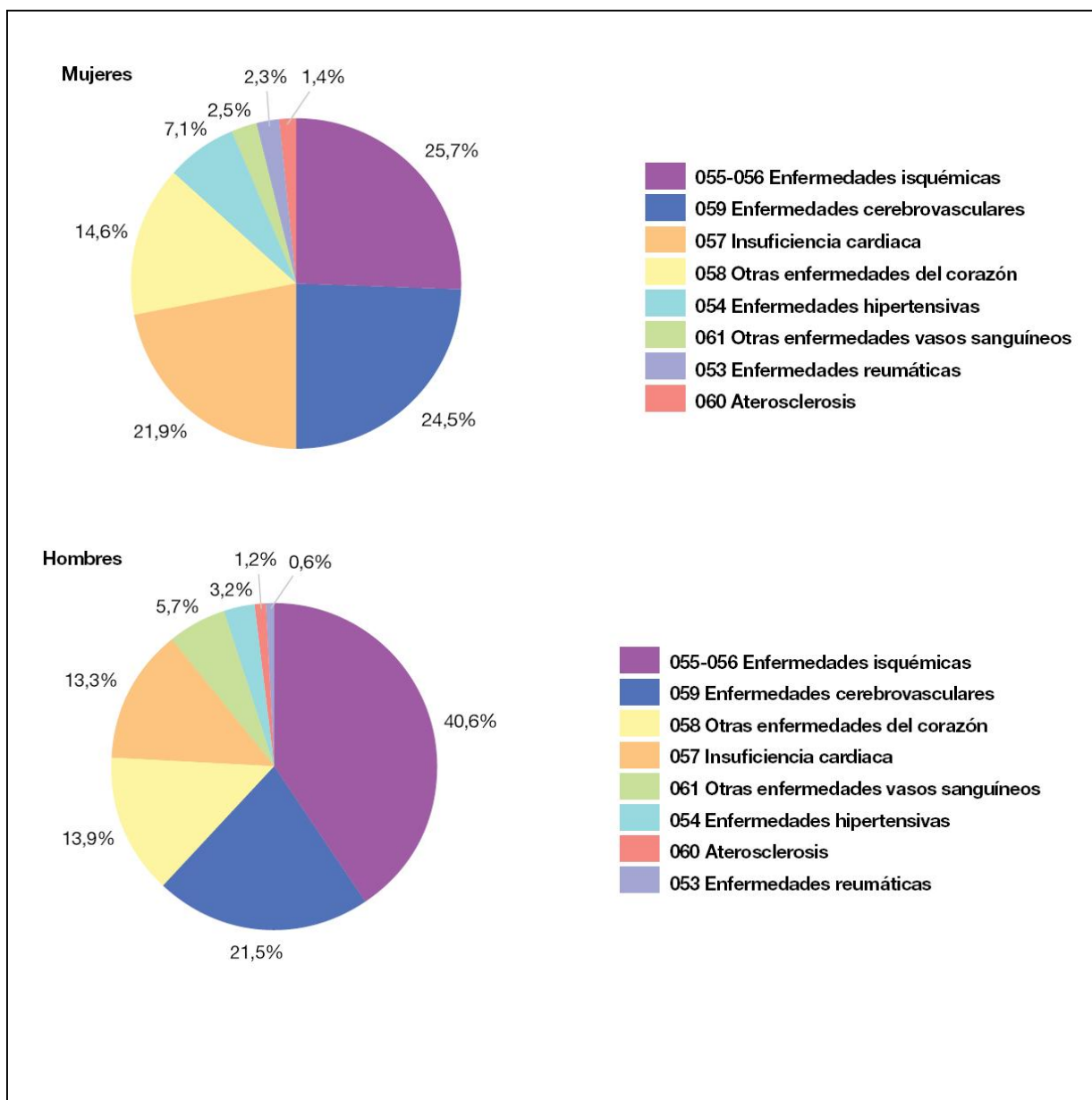
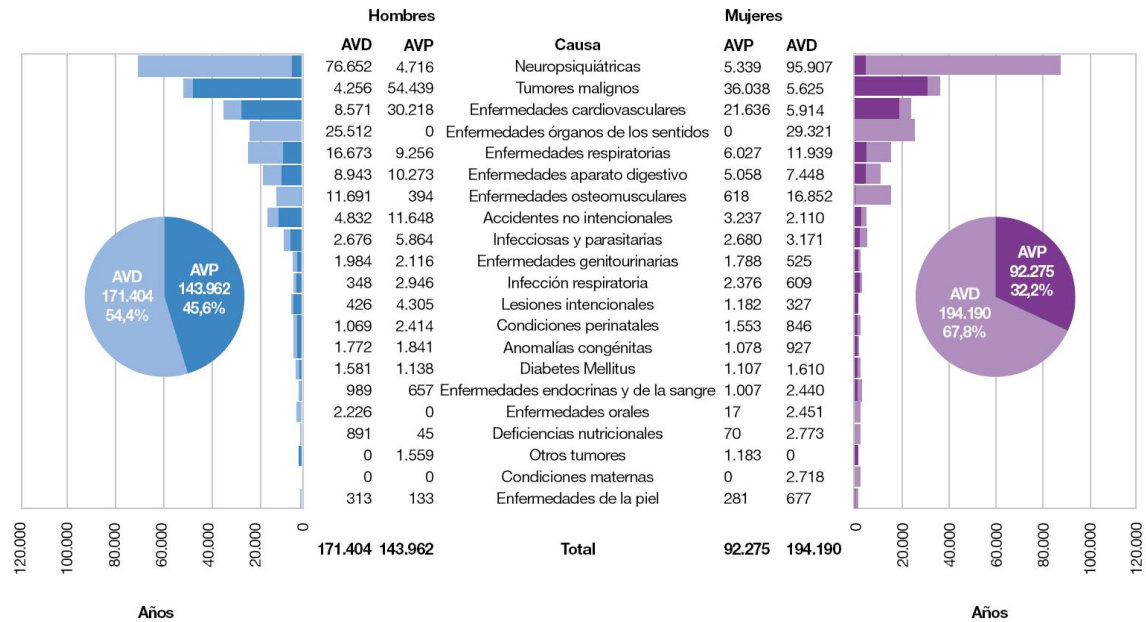


Figura 5: Carga de enfermedad: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa, por sexo y componentes de los AVAD (mortalidad- AVP y discapacidad- AVD). Comunidad de Madrid, 2006



3.- Morbilidad

Tabla 2: Episodios anuales de enfermedades más frecuentes en Atención Primaria. Comunidad de Madrid 2007

1. Infección respiratoria aguda	2.031.210
2. HTA no complicada	588.664
3. Infección intestinal	410.329
4. Trastornos del metabolismo lipídico	364.325
5. Signos/Síntomas lumbares	252.973

Figura 6: Morbilidad hospitalaria. Comunidad de Madrid, 2007

Priorización Hospitalaria. Por altas			
	casos	Días	Estancia media
02-Tumores	127.472	607.566	4,8
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	125.652	90.675	0,7
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	115.927	266.877	2,3
09-Enfermedades del aparato digestivo	106.915	471.116	4,4
08-Enfermedades del aparato respiratorio	89.114	578.650	6,5
07-Enfermedades del aparato circulatorio	88.155	734.961	8,3
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	85.148	249.350	2,9
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	70.418	183.535	2,6
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	56.412	474.612	8,4
18-Códigos V	53.064	293.670	5,5
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	40.228	42.890	1,1
16-Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	25.146	129.511	5,2
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	17.151	127.470	7,4
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	15.791	86.878	5,5
05-Trastornos mentales	15.689	798.160	50,9
14-Anomalías congénitas	14.372	46.536	3,2
15-Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13.253	110.582	8,3
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	7.199	47.187	6,6

Priorización Hospitalaria por Días de estancia			
	casos	días	Estancia media
05-Trastornos mentales	15.689	798.160	50,9
07-Enfermedades del aparato circulatorio	88.155	734.961	8,3
02-Tumores	127.472	607.566	4,8
08-Enfermedades del aparato respiratorio	89.114	578.650	6,5
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	56.412	474.612	8,4
09-Enfermedades del aparato digestivo	106.915	471.116	4,4
18-Códigos V	53.064	293.670	5,5
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	115.927	266.877	2,3
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	85.148	249.350	2,9
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	70.418	183.535	2,6
16-Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	25.146	129.511	5,2
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	17.151	127.470	7,4
15-Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13.253	110.582	8,3
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	125.652	90.675	0,7
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	15.791	86.878	5,5
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	7.199	47.187	6,6
14-Anomalías congénitas	14.372	46.536	3,2
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	40.228	42.890	1,1

4.- Evidencia Científica

Evidencia científica: factores que se relacionan con más de un problema de salud identificado

	Cáncer pulmón	Cáncer mama	Cáncer colon y recto	Cáncer próstata	Cardiopatía isquémica	Enf. cerebro-vascular	HTA	Accidente de tráfico	Osteomio-articular	Problemas de salud mental	IVE	Asma	EPOC	DM	VIH	Tbc	Enfermedades vacunables
FACTORES DE RIESGO																	
Dieta inadecuada		?	RR < 2	?	+	+	+							+			
Sedentarismo		?	RR < 2		23%	+	+		+					24%			
Obesidad		3%			7%	15%			19% *					20%			
Alcohol		2,1%					+	+									
Tabaco	H: 80% M: 55%				17%	11%						+	H: 86% M: 69%	+			
Hipercolesterolemia					39%	?											
HTA					20%	20%											
DM					1%	?											
Contaminación atmosférica	Aumenta incidencia											Polen	+				
Exposición laboral	H: 18% ◇ M: 1% ◇								13,5 % *			Alergenos					

Los porcentajes corresponden al límite inferior de los riesgos atribuibles poblacionales publicados.

COLECTIVOS																	
Inmigrantes y colectivos desfavorecidos										Mayor prevalenc.	Mayor prevalenc.				Prácticas de riesgo	Mayor incidencia	Bolsas sin vacunar
Adolescentes y jóvenes											+				+		
ACCIONES																	
Detección de discapacidad y apoyo sociosanitario						+		+	+	+		+	+				
Rehabilitación terapia ocupacional						+		+	+	+			+				
Grupos de apoyo		+	+	+						+	+			+	+		
Cuidados paliativos	+	+	+	+		+							+		+		
Registro de tumores		+	+	+													
Investigación			Prevención 2ª	FR	Genética	Estrategias	Carga de enfermedad	FR, estrategias	Efectiv. cribado								

HTA: hipertensión arterial; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; DM: diabetes mellitus; Tbc: tuberculosis; RR: riesgo relativo; +: relación no cuantificada; ?: posible factor de riesgo; H: hombres; M: mujeres; FR: factores de riesgo; * Artrosis de rodilla; ◇ Asbestos.

En base a los criterios anteriores, los problemas de salud priorizados han sido los siguientes:



Asimismo, se ha considerado prioritario fomentar la equidad y la disminución de las desigualdades sociales en salud. Por ello en la formulación de este Plan se ha procurado promover una atención equitativa y adaptada a las necesidades de los diferentes colectivos sociales; se ha definido una línea estratégica en la que se desarrollan aspectos más específicos de la atención a grupos de población más vulnerables.

Ante los principales problemas de salud priorizados, se han determinado las siguientes líneas estratégicas de actuación:

1. Promoción de la salud materno-infantil, prevención de minusvalías mediante cribado y prevención de embarazos no deseados
2. Prevención de enfermedades transmisibles
3. Prevención del cáncer
4. Prevención de enfermedades cardiovasculares
5. Prevención de enfermedades no transmisibles
6. Prevención de accidentes y violencia
7. Promoción de la salud en colectivos vulnerables

7. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN

7.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL, PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS MEDIANTE CRIBADO Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS

INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil en relación con el contexto demográfico de la Comunidad de Madrid

La población de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.386.932 residentes a primeros de enero de 2009 (padrón continuo). De ellos, 897.210 eran niños en edades pediátricas (0-13 años cumplidos, 354.520 con 0-4) y 1.714.355 mujeres en edades fértiles (15-49 años cumplidos).

Según las proyecciones oficiales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, el crecimiento demográfico tenderá a desacelerarse en los próximos años. Las previsiones para el año 2017 son que la población superará los 7.211.497 habitantes. Los niños de 0-4 años alcanzarán los 403.399 y el conjunto de la población en edades pediátricas será 1.090.681. Por su parte, las mujeres entre 15 y 49 años cumplidos (las llamadas edades fértiles) pasarán a ser 1.812.177. En los siguientes años, tanto el número de niños como el de mujeres en edades fértiles descenderán, en este segundo caso de manera muy acusada. La distribución por edades de la población de la Comunidad de Madrid tenderá a madurar. Por una parte, aumentará el número absoluto y la proporción de personas mayores sobre el total. Por otra, las entradas por nacimiento, tras algunos años de ligero incremento, volverán muy probablemente a reducirse.

El crecimiento reciente de la población de la Comunidad de Madrid se ha producido fundamentalmente por la gran aportación de la inmigración con destino a nuestra región, especialmente procedente del extranjero. A partir del cambio de siglo el número de residentes de nacionalidad extranjera empezó a aumentar de manera significativa, hasta sobrepasar el millón de personas en la actualidad (1.063.803). Las proyecciones oficiales apuntan a una atenuación de estos flujos migratorios.

La inmigración con llegada a Madrid lo hace por motivos económicos (trabajo) y se concentra en las edades adultas -20-44 años-, que son asimismo las edades a las que se tienen los hijos. No sólo se desplazan ellos, sino también su potencial reproductivo, de manera que niños que hubieran nacido en Rumania, Ecuador, Marruecos, Bolivia o China nacen en Madrid. De ahí el importante peso que la inmigración está teniendo en los últimos años en la fecundidad de nuestra

Comunidad. Actualmente, más del 27 % de los nacidos vivos de residentes en Madrid (21.314 niños en 2008) son hijos de madre de nacionalidad no española.

El número de nacidos vivos de madre residente en la Comunidad de Madrid siguió aumentando en 2008 (figura 7) en una tendencia que se mantiene desde que a mediados de los años noventa se alcanzó el suelo de nacidos por año (47.006 en 1995). La cifra de nuevos madrileños de 2008 (78.864 nacidos vivos) no se alcanzaba desde 1979. Sin embargo, ni la Tasa Bruta de Natalidad (12,5 por 1.000, semejante a la de 1984), ni el indicador sintético de fecundidad (1,45 hijos por mujer, un valor no alcanzado desde 1986) (figura 8) han aumentado en la misma proporción.

El número de nacimientos en 2008 se explica por el gran tamaño de las cohortes de mujeres que actualmente están en las edades de máxima fecundidad. Y, a su vez, esto viene motivado por dos circunstancias: la primera, la concentración en estas edades de mujeres de nacionalidad no española; la segunda, que se encuentran actualmente en esas edades las generaciones muy llenas nacidas en los años de alta fecundidad previos al vertiginoso descenso de finales de los setenta y todos los ochenta del siglo XX.

Figura 7: Nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975-2017

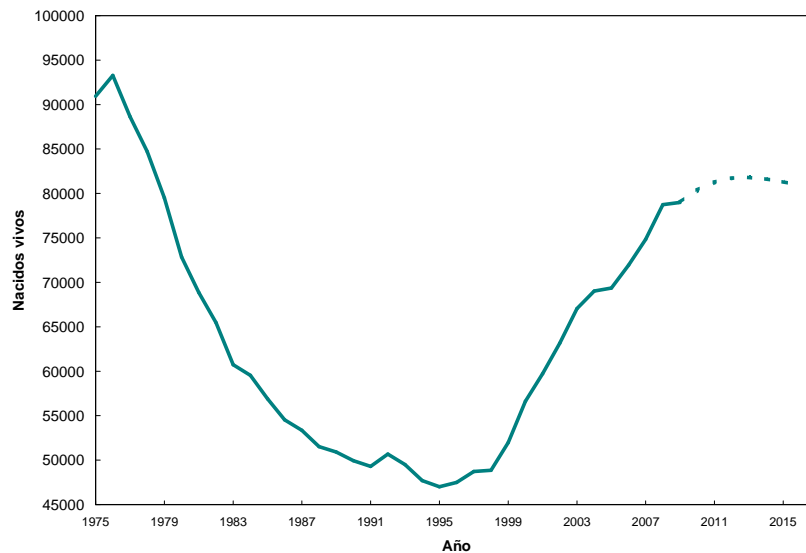
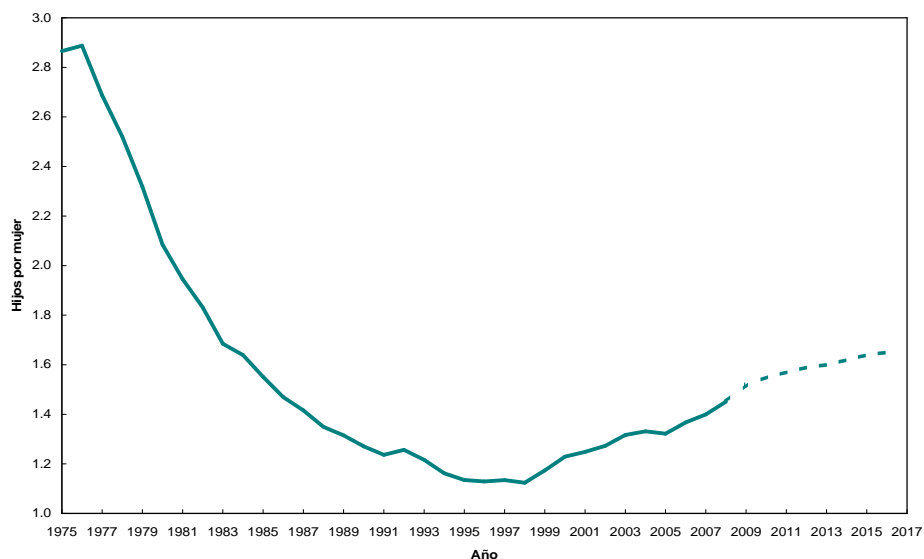
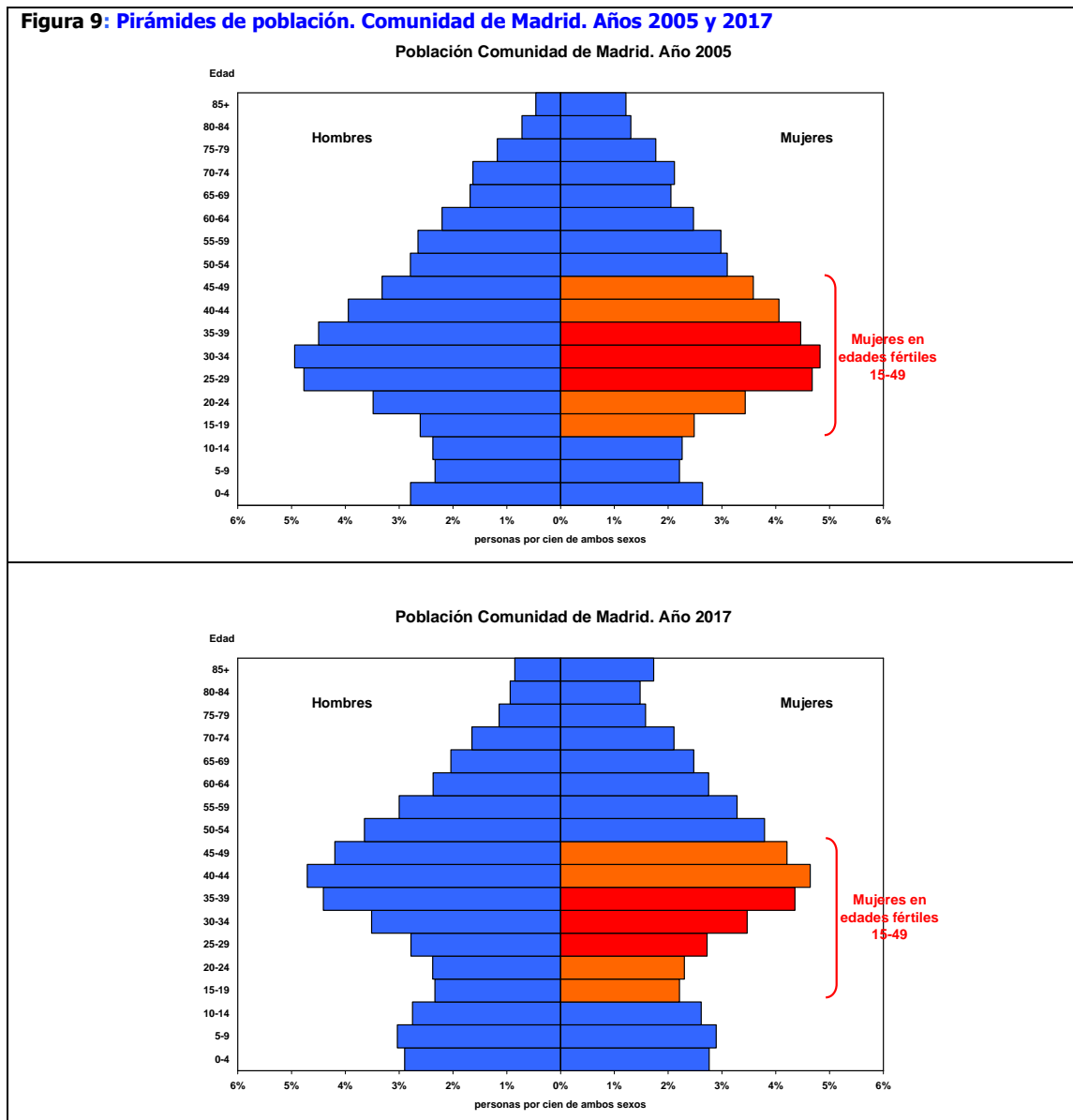


Figura 8: Hijos por mujer. Comunidad de Madrid, 1975-2017

Por estas mismas razones, en los próximos años es más que probable un descenso del número de nacimientos, y así lo muestran las proyecciones oficiales, pese a que la fecundidad seguirá en leve ascenso (1,65 hijos por mujer en 2017). Progresivamente irán llegando a las edades maternas cohortes cada vez menos numerosas –las nacidas a finales de los ochenta y en los años noventa– al mismo tiempo que se prevé tanto una fuerte disminución de las nuevas entradas por inmigración como un incremento de los retornos de inmigrantes a sus países de origen. Las previsiones actuales apuntan que 2013 será el año de inflexión (con algo más de 81.800 nacimientos), a partir del cual descenderá el número de nacidos vivos (figura 9).

Figura 9: Pirámides de población. Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2017

Actualmente, cerca del 55 % de los nacidos vivos en Madrid son el primer hijo. Los segundos hijos son el 36 %, por lo que menos de uno de cada diez nacidos corresponden a un orden de nacimiento de tres o superior. En 1975, estas proporciones eran, respectivamente, del 40, 31 y 29 %. Se generan, por tanto, muchas menos familias numerosas y ha aumentado extraordinariamente la proporción de mujeres que sólo tienen un hijo.

Las mujeres madrileñas tienen sus hijos actualmente a una edad, en promedio, mucho más alta que la de la generación de sus madres. La edad media a la maternidad en 2008 es de 32,0 años. La edad media al primer hijo es de 30,64 años. Las mujeres de nacionalidad no española tienen una edad media a la maternidad más joven. Desde principios de los años noventa hasta la

actualidad se ha triplicado el número de partos de mujeres de 40 o más años de edad. Tras descender entre 1986 y 1996, la proporción y el número de nacimientos de madre adolescente (menor de 20 años) han tendido a aumentar desde 1998.

En los últimos años ha descendido el peso medio al nacer y aumentado el número y la proporción de niños con bajo peso al nacer. Los nacidos de madre no española tienen mayor peso al nacer y menor proporción de casos de bajo peso que los nacidos de madre española.

El número y la proporción de partos múltiples han aumentado notablemente en los últimos veinte años (tabla.3).

Tabla 3: Evolución de las características de los partos. Comunidad de Madrid, 1986-2006

	Partos múltiples		Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
							> ó = 40 años		< 20 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	Tasas por 1.000
1986	963	1,8	3.838	7,0	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.956	7,4	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	3.637	7,1	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	4.094	8,0	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	4.705	9,4	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	5.543	11,2	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	4.536	9,0	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	3.053	6,2	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	5.210	10,9	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	2.841	6,0	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.177	2,5	3.446	7,3	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.446	7,1	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.293	6,7	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.658	7,0	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.307	7,6	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.537	7,6	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.163	8,2	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.694	8,5	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	6.113	8,9	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.804	8,4	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	5.852	8,1	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70

Salud infantil

La mortalidad infantil registrada en el año 2008 fue de 2,84 por 1.000 nacidos vivos. Tanto ésta como la mortalidad neonatal y postneonatal han tendido a decrecer en los últimos años hasta situar a la Comunidad de Madrid en unos valores extremadamente bajos en el contexto español e internacional. Las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

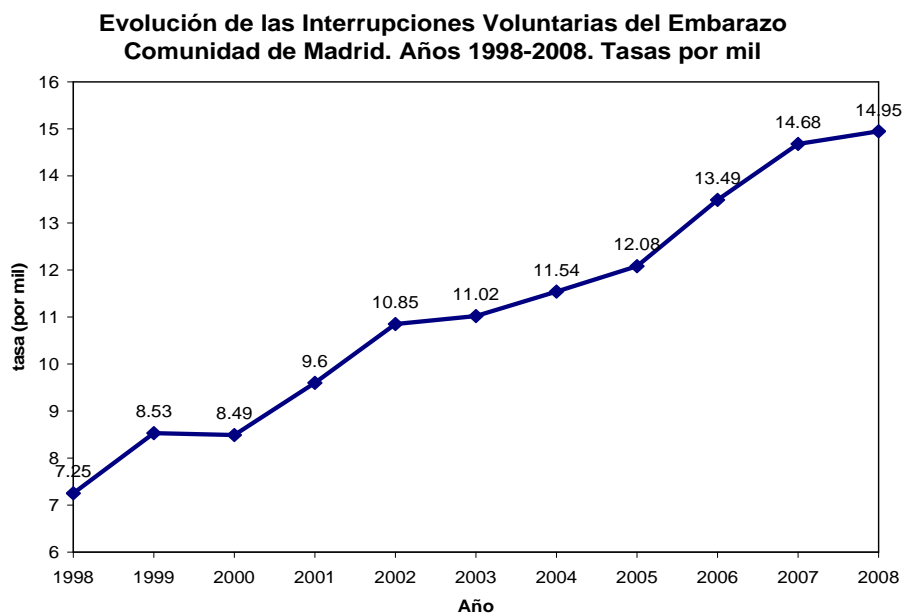
Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria (excluyendo las consultas por actividades preventivas), con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio (23,8% del total de altas a estas edades).

Es necesario priorizar programas preventivos centrados en la etapa preconcepcional y gestacional que garanticen la adecuada información, el consejo genético y el cribado de patologías. Estas actividades deben incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar (inmigración, aumento de las gestantes de más edad) y que pueden suponer modificaciones en los factores de riesgo tradicionalmente tenidos en cuenta. Debe garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

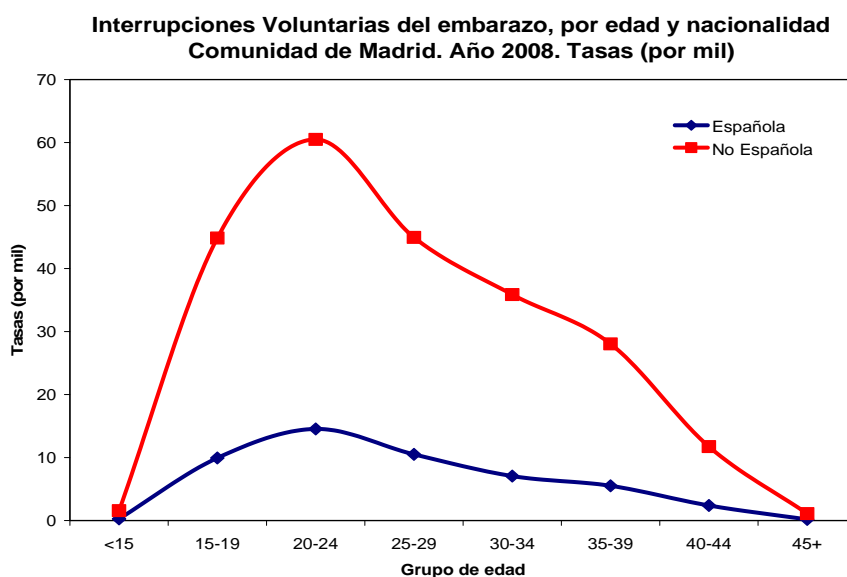
También deben priorizarse las actividades destinadas a disminuir las enfermedades transmisibles que afectan al aparato respiratorio, que son las causantes de la mayor parte de la morbilidad en los más pequeños. En este aspecto tanto la vacunación en el caso de patologías inmunoprevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.

Interrupción voluntaria del embarazo

En 2008 se notificaron en la Comunidad de Madrid 26.613 Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). El 82% se realizaron a mujeres residentes en nuestra Comunidad y de éstas, el 23,9% se financiaron por la Administración Sanitaria pública. La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2008 en un 14,95 por 1.000 (figura 10).

Figura 10: Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo. Comunidad de Madrid, 1998-2008

El 61% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España (tasa de 33,7 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años). El 11,3% de las mujeres eran menores de 20 años y el 49,9% tenían entre 20 y 29 años (figura.11). Sólo en el 2,0% se refiere causa de malformación fetal como motivo de la IVE y 2 se realizaron por motivo de violación denunciada. El 58,6% de las IVE se hicieron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 6,4% después de la semana 15 (IVE tardía).

Figura 11: Interrupciones voluntarias del embarazo, por edad y nacionalidad. Comunidad de Madrid, 2008

Para el 70% de las mujeres españolas y el 54% de otro país, la IVE notificada fue la primera. Consecuentemente, el 30% de las españolas y el 46 % de las no españolas que tuvieron una IVE en 2008 habían abortado anteriormente (para el 2% representó la cuarta o más, con 18 mujeres en más de 9 veces). Un 9,5% de las que tenían IVE anteriores, habían abortado en el mismo año. Las mujeres originarias de Europa del este son las que mayor tasa de IVE de repetición presentan.

Hay diferencias apreciables en cuanto a la financiación pública de la IVE en las diferentes poblaciones madrileñas. Por municipios, en los extremos se encuentran Alcalá de Henares (46%) y Móstoles (18%). Si se relacionan estos datos con la información que reciben las mujeres en cuanto a la posibilidad y recursos para acceder a la IVE (Alcalá de Henares 49,2%, Móstoles 18%), lo que parece indicar que cuando las mujeres son informadas de los recursos de IVE existentes desde los servicios sanitarios, se les informa también de la posibilidad de la financiación pública.

La Atención Primaria de Salud cobra una enorme importancia tanto en la prevención de embarazos no deseados a través de programas específicos para los diferentes grupos poblacionales, como en la protocolización de recursos y posterior derivación a los centros donde se realizan las IVE, por lo que hay que dotar a la misma de los recursos necesarios para llevar a cabo esta tarea multidisciplinar. En este sentido, existen experiencias con resultados positivos como es el caso de Andalucía donde en AP tienen un “boletín de derivación” a las clínicas donde se efectúan los abortos, así como protocolos para mujeres repetidoras y colocación de DIU “in situ”.

Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres.

Se deben promover campañas informativas desde la Atención Primaria acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para las mujeres inmigrantes, adoptando distintos abordajes en materia de prevención que tengan en cuenta sus necesidades desde la diferencia de sus claves culturales.

7.1.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL

INTRODUCCIÓN

Los indicadores de salud infantil vienen condicionados por múltiples variables que inciden desde los primeros momentos de la existencia, ya que la herencia genética, etapa embrionaria, fetal, la atención al parto, el periodo perinatal y neonatal son de enorme trascendencia en la vida del niño y del futuro adulto.

Está demostrada la relación directa entre el desarrollo de programas de prevención eficaces dirigidos al control prenatal, embarazo y período perinatal con la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal.

SITUACIÓN ACTUAL

La actual Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria recoge varias actividades que se relacionan con la promoción de la salud materno-infantil. En concreto, se trata de los Servicios 101, 102, 103, 106, 107, 301, 302 y 303.

- El Servicio 101 “Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables”, dirigido a niños de 0 a 14 años, incluye la información/consejo sobre alimentación, prevención de accidentes, prevención del tabaquismo y consejo sobre exposición solar; en los niños entre 7 y 14 años constará, además, consejo sobre promoción del ejercicio físico y prevención del sedentarismo.

Este Servicio presentó una cobertura de 52,62, según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 102 “Seguimiento del Desarrollo en la Infancia”, dirigido a niños de 0 a 14 años, incluye la valoración del estado nutricional/metabólico, con la medición de peso y talla y percentiles; en los niños menores de 13 meses constará la medición del perímetro cefálico y su percentil. En los niños menores de 6 años constará que se ha realizado valoración del desarrollo psicomotor. En los niños de 6 a 14 años constará que se ha realizado valoración del comportamiento y el aprendizaje.

Este Servicio presentó una cobertura de 77,48, según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 103 “Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia”, dirigido a niños de 0 a 14 años susceptibles de ser vacunados en el último año, incluye las dosis de vacunación correspondientes a la edad según calendario vacunal vigente en la Comunidad de Madrid.

Este Servicio presentó una cobertura de 70,88, según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 104 "Detección Precoz de problemas en la infancia", dirigido a niños de 0 a 14 años a los que se haya realizado, como mínimo, detección precoz de alteraciones visuales y, al menos, de hipoacusia o hipertensión arterial. Incluye, además, la realización de pruebas endocrino-metabólicas antes del octavo día de vida, cribado de criptorquidea, de displasia evolutiva de caderas, hipoacusia y de alteraciones visuales, exploración y cribado de hipertensión.

Este Servicio presentó una cobertura de 70,96, según la evaluación de Cartera de 2009."

- El Servicio 106 "Atención a Niños con Obesidad", dirigido a niños de 0 a 14 años con Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$) superior al percentil 95 (p95), incluye anamnesis y valoración funcional de: antecedentes familiares de obesidad, estado nutricional metabólico y hábitos alimenticios, actividad física y ejercicio, rol/relaciones y la existencia o no de problemas conducta y problemas de imagen corporal.

Este Servicio presentó una cobertura de 4,06 según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 107 "Atención Bucodental en la Infancia", dirigido a niños de 6 a 14 años, incluye revisión bucodental, instrucciones sobre medidas higiénico-dietéticas y, cuando proceda, aplicación de flúor, sellado y obturaciones.

Este Servicio presentó una cobertura de 2,38 según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 301 "Atención a la Mujer Embarazada", dirigido a mujeres embarazadas, incluye anamnesis, valoración del riesgo obstétrico, valoración funcional y consejos sobre: alimentación, ejercicio físico; higiene postural, consumo de fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas; molestias habituales durante el embarazo (náuseas y vómitos); signos y síntomas de consulta urgente.

Este Servicio presentó una cobertura de 54,34 según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio "302 Preparación para el Parto y la Maternidad", dirigido a mujeres embarazadas, incluye sesiones informativas de preparación para el parto y de recuperación psico-física post-parto, ejercicios físicos anteparto y post-parto, técnicas dinámicas de relajación, cuidados del recién nacido y de promoción de lactancia natural.

Este Servicio presentó una cobertura de 49,3 según la evaluación de Cartera de 2009.

- El Servicio 303 "Visita Puerperal", dirigido a mujeres púerperas en el primer mes post-parto, incluye una visita en domicilio en los primeros 15 días después del parto, valoración funcional, exploración física y plan de cuidados para la madre y el recién nacido.

Este Servicio presentó una cobertura de 13,27 según la evaluación de Cartera de 2009.

JUSTIFICACIÓN

Este Programa de Promoción de la Salud Materno-infantil contempla la promoción de la salud de la mujer y el hijo en las etapas relacionadas con el embarazo, puerperio y primera infancia proyectando mejoras en la atención, con la finalidad de garantizar una prestación preventiva equitativa que homogenice las actuaciones desde el ámbito sanitario en periodos de la vida tan vulnerables.

Considerando un planteamiento integrador de la salud, se debe potenciar la atención precoz de los recién nacidos, detectando situaciones de riesgo físico y psicosocial de la madre o del niño que permitan actuar tempranamente, tanto a profesionales sanitarios como a trabajadores sociales. De esta forma, se favorecerá la formación del vínculo afectivo necesario para iniciar los cuidados y la lactancia natural (siempre que sea posible) a fin de lograr el mejor desarrollo físico y madurativo del niño. No hay que olvidar que los padres, el modelo de familia y el entorno socioambiental van a ser el marco de referencia sobre el que se implementarán las actuaciones preventivas y de atención sanitaria.

La población diana de este Programa son las de mujeres en edad fértil y el conjunto de la población infantil de la Comunidad de Madrid, priorizando la captación de personas en situaciones especiales de riesgo físico o psicosocial (mujeres que presenten embarazos considerados de riesgo y niños con factores de riesgo perinatal físico y/o psicosocial).

La población inmigrante tiene gran importancia en los últimos años en relación a la fecundidad en la Comunidad de Madrid; más del 27 % de los recién nacidos vivos residentes en Madrid (21.314 niños en 2008) son hijos de madre de nacionalidad extranjera. Casi un tercio de las consultas a médicos de familia y ginecólogos las realizan mujeres inmigrantes, según la encuesta MIAS, englobada en el Programa de Asistencia Sanitaria a la Mujer Inmigrante e impulsada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Las mujeres de Europa del este y las latinoamericanas son las que más acuden a consultas, mientras que las mujeres asiáticas y subsaharianas son las que acuden con menor frecuencia.

La mortalidad infantil registrada en el año 2008 es de 2,84 por 1.000 nacidos vivos. Tanto ésta como la mortalidad neonatal y postneonatal han tendido a decrecer en los últimos años, destacando la Comunidad de Madrid con valores muy bajos en relación al entorno español e internacional. Las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la Salud Materno-Infantil, homogenizando los criterios de actuación preventivos y de promoción de la salud relativos a la atención preconcepcional, del embarazo y el puerperio, del recién nacido y durante la primera infancia y priorizando la detección de situaciones de especial riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Protocolizar y unificar los criterios preventivos y asistenciales en Atención Primaria relativos al período preconcepcional, diagnóstico prenatal y al seguimiento y control del embarazo según el grado de riesgo.
2. Potenciar los talleres de educación maternal y preparación al parto, implicando a los padres, para favorecer la maternidad y paternidad responsable y deseada.
3. Crear y desarrollar un Registro de los embarazos en la Comunidad de Madrid.
4. Potenciar el control de la salud de la mujer en el puerperio para lograr su óptima recuperación física y psicológica.
5. Captación precoz de los recién nacidos en las consultas de Atención Primaria.
6. Promover y apoyar la lactancia materna, fomentando que se mantenga durante los 6 primeros meses de vida.
7. Mejorar el control y seguimiento del desarrollo antropométrico de los niños de 0-5 años de edad en Pediatría de Atención Primaria.

ACTIVIDADES

Las actividades se implementarán a diferentes niveles organizativos, desde la planificación y gestión a la actuación preventiva personalizada asistencial, potenciando la coordinación entre los distintos ámbitos sanitarios para favorecer la equidad y la eficiencia.

- **Objetivo específico 1.** Protocolizar y unificar los criterios preventivos y de atención sanitaria relativos al período preconcepcional, diagnóstico prenatal y al seguimiento y control del embarazo según el grado de riesgo.

Actividad 1.1: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en el ámbito de Atención Primaria para elaborar protocolos de atención sanitaria y de actividades preventivas en el periodo preconcepcional, diagnóstico prenatal y seguimiento y control del embarazo según el grado de riesgo.

Actividad 1.2: Elaboración de protocolos sobre actuaciones preventivas preconcepcionales de la mujer en edad fértil y su pareja. El grupo de trabajo definirá los profesionales encargados de las diferentes actuaciones en las consultas de los centros de salud.

Se tendrá en cuenta la inclusión de la anamnesis de riesgo; valorar hábitos tóxicos, inmunizaciones, enfermedades genéticas hereditarias y control de tensión arterial; petición de: citología, antecedentes de infecciones, serología infecciones Grupo TORCH, determinar E. Chagas*, según la procedencia; recomendaciones sobre la administración de ácido fólico en el periodo preconcepcional.

Actividad 1.3: Elaboración de protocolo unificado sobre los criterios y recomendaciones preventivas para el diagnóstico prenatal, con la información precisa y en los periodos adecuados.

Actividad 1.4: Elaboración de protocolo unificado sobre criterios de actuación preventivos y de atención sanitaria en relación al control y seguimiento del embarazo, según el grado de riesgo, potenciando la atención y control del embarazo antes de la 12ª semana. Se tendrá en cuenta la indicación de suplementos recomendados por entidades científicas competentes (yodo, ácido fólico, sal yodada, etc.).

Actividad 1.5: Coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria para las derivaciones y citaciones necesarias según protocolo: exámenes y seguimiento del embarazo protocolizados; exploraciones y controles ecográficos protocolizados.

- **Objetivo específico 2.** Potenciar los talleres de educación maternal y preparación al parto, implicando a los padres, para favorecer la maternidad y paternidad responsable y deseada.

Actividad: 2.1. Realizar talleres de educación maternal y paternal mediante información, preparación física y psíquica a embarazadas y futuros padres.

- **Objetivo específico 3.** Crear y desarrollar un Registro de los embarazos en la Comunidad de Madrid.

Actividad 3.1. Creación de un grupo de trabajo para establecer un sistema de registro unificado e informatizado de embarazos en la Comunidad de Madrid, homogeneizando los estándares y variables del mismo. Será un registro de Atención Primaria que incluirá los embarazos registrados en la historia clínica de Atención Primaria.

* Valorar el "Cribado de Enfermedad de Chagas" a mujeres que procedan de zonas geográficas de elevada prevalencia, como Latinoamérica. La detección precoz permite abordar la principal vía de transmisión del parásito *Trypanosoma Cruzi* en nuestro entorno, la vía vertical materno-fetal. El tratamiento de la infección congénita alcanza cifras de curación cercanas al 100%.

- **Objetivo específico 4:** Captación precoz de los recién nacidos en las consultas de Atención Primaria.

Actividad 4.1: Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada para protocolizar la captación y atención precoz de los recién nacidos en los Centros de Salud.

Actividad 4.2: Creación de un sistema de Registro unificado e informatizado de recién nacidos en la Comunidad de Madrid, homogeneizando los estándares y variables del Registro.

Para realizar estas actividades se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar.

- **Objetivo específico 5:** Promover y apoyar la lactancia materna, priorizando que se mantenga durante los 6 primeros meses de vida.

Actividad 5.1: Formación continuada sobre lactancia materna dirigida a profesionales sanitarios de los centros de salud.

Actividad 5.2: “Talleres de Lactancia” dirigido a madres y mujeres embarazadas. A través de la “Consulta del Puerperio”, ofrecer apoyo a la madre que amamanta en el inicio de la lactancia; evaluación de la toma y ofrecer el apoyo necesario y adecuado a sus necesidades y para la instauración y logro de la lactancia materna.

- **Objetivo específico 6:** Mejorar el control y seguimiento del desarrollo antropométrico de los niños de 0-5 años de edad en Pediatría de Atención Primaria (AP-Madrid) y en el Documento de Salud Infantil.

Actividad 6.1. Inclusión en OMI/AP-Madrid de las Tablas de Crecimiento de la OMS* para el control y seguimiento antropométrico de los niños de 0-5 años de edad.

Actividad 6.2: Inclusión de las Tablas de Crecimiento de la OMS* en el “Documento de Salud Infantil” editado por la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Actividad 6.3: Edición y distribución del “Documento de Salud Infantil” a través de las maternidades de hospitales públicos y privados.

* Estándares de crecimiento y desarrollo de la Organización Mundial de Salud. Entre 1997 y 2003, la OMS llevó a cabo un estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento con el fin de determinar un nuevo conjunto de curvas destinadas a evaluar el crecimiento y el desarrollo de los lactantes y los niños pequeños en todo el mundo. En el marco de este estudio se obtuvieron datos básicos sobre el crecimiento e información conexa de unos 8500 niños de muy distintos orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán). Las nuevas curvas de crecimiento proporcionan una referencia internacional única que corresponde a la mejor descripción del crecimiento fisiológico de todos los niños menores de cinco años, y fijan al lactante alimentado al pecho como modelo normativo de crecimiento y desarrollo.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Creación de grupo de trabajo para elaborar protocolos	Mujeres en edad fértil y población infantil	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS) y matronas. Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Memoria de la SPSP	Creación grupo trabajo: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
1.2 Elaboración de protocolo Preconcepcional	Mujeres en edad fértil	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Memoria de la SPSP	Elaboración Protocolo preconcepcional: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.3 Elaboración Protocolo Diagnóstico Prenatal	Mujeres en edad fértil	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Elaboración Protocolo Diagnóstico Prenatal: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
1.4 Elaboración protocolo control y seguimiento del embarazo	Mujeres embarazadas	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Elaboración protocolo control y seguimiento del embarazo: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
1.5 Coordinación A. Especializada (AE) y AP derivaciones	Mujeres embarazadas	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de AE	Memoria de la SPSP	Reuniones de coordinación: SÍ/NO Protocolo derivaciones: SÍ/NO	SÍ SÍ	Junio 2012	SPSP
2.1. Talleres de educación maternal y paternal	Mujeres embarazadas y sus parejas	Profesionales sanitarios de los CS y matronas	Registro de actividades de Educación para la Salud (EpS) de AP	N ° CS que han realizado 1 taller anual de educación maternal y paternal/Total CS	30% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1. Grupo de trabajo para homogeneizar estándares y variables del registro embarazos	Mujeres embarazadas	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la GAPC y de la SPSP. Profesionales sanitarios de AE	Memoria de la SPSP	Creación grupo trabajo: SÍ/NO Establecimiento de sistema de registro unificado de embarazos: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
4.1 Coordinación AE y AP captación precoz recién nacidos en el CS	Niños recién nacidos	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de AE	Memoria de la SPSP	Creación grupo trabajo: SÍ/NO Elaboración de protocolo captación precoz: SÍ/NO	SÍ SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
4.2 Creación Registro de recién nacidos	Niños recién nacidos	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de AE	Memoria de la SPSP	Implantación del Registro: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
5.1 Curso lactancia materna	Profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios de los CS y matronas	Registro de actividades de formación continuada de AP y de la SPSP	N ° Cursos lactancia materna/ año	1 curso/ año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
5.2 Talleres de lactancia materna	Mujeres embarazadas y mujeres con niños recién nacidos	Profesionales sanitarios de los CS y matronas	Registros específicos de actividades EpS de AP	% de CS que han realizado 1 taller de lactancia año	20% al finalizar 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
6.1 Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Control y Seguimiento antropométrico de niños de 0-5 años	Niños de 0-5 años	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Control y Seguimiento antropométrico de niños de 0-5 años: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP GAPC
6.2 Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Documento Salud Infantil	Niños de 0-5 años	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Técnicos de la SPSP	Documento Salud Infantil	Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Documento de Salud Infantil : SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP GAPC
6.3 Edición y distribución del Documento Salud Infantil	Niños de 0-5 años	Profesionales sanitarios de maternidades. Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Edición y distribución del Documento de Salud Infantil: SÍ/NO	SI	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Creación de grupo de trabajo para elaborar protocolos				X	X	X	X	X	X	X	X	X																									X
1.2 Elaboración de Protocolo Preconcepcional									X	X	X	X																									
1.3 Elaboración Protocolo Diagnóstico Prenatal											X	X	X																								
1.4 Elaboración Protocolo control y seguimiento del embarazo												X	X	X	X																						
1.5 Coordinación A.E y AP para derivación de embarazadas													X	X	X	X	X																				
2.1. Talleres de educación maternal y paternal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1. Grupo de trabajo para registro embarazos e implantación de registro																									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 Coordinación AE y AP captación precoz recién nacidos en el CS													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.2 Creación Registro de recién nacidos. Grupo de trabajo																					X	X	X	X	X	X	X	X	X								
5.1 Curso lactancia materna									X													X													X		
5.2 Talleres de lactancia materna									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.1 Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Control y Seguimiento antropométrico de niños de 0-5 años													X	X	X	X	X																				
6.2 Inclusión Tablas Crecimiento de la OMS en Documento Salud Infantil													X	X	X	X	X																				
6.3 Edición y distribución del Documento Salud Infantil			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría, Manual de Lactancia Materna Ed. Panamericana. 2008.
2. Carlos González. Un regalo para toda la vida. Guía de la Lactancia Materna. Ed. Temas de hoy, Madrid, 2006.
3. Hernández Aguilar, MT; Cervero, L et al. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año: guía de práctica clínica basada en la evidencia. Mayo 2004. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf.
4. Lasarte, Juan José. Leche insuficiente. 2006. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>
5. OMS, Relactacion: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. OMS, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 1998. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>
6. OMS Clasificación de las prácticas para el cuidado posparto. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/mspba/recooms.htm>
7. Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica. Cuidados puerperales y rutinarias para las mujeres y sus bebés. Julio 2006. Guía Clínica .NICE 37. Disponible en: <http://nice.org.uk/CG037>
8. Bajo Arenas, JM; Melchor Marcos, JC, Merce, L. Fundamentos de Obstetricia de SEGO, 2007.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Enero 2002. Disponible en: http://www.prosego.com/docs/protocolos/pa_obs_002.pdf
10. Estrategia de Atención al Parto del SNS. Sanidad 2007. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
11. Bailón Muñoz, E; Arribas Mir, L y Landa Goñi, J. Actividades Preventivas en el Embarazo. Grupo de Actividades preventivas en la Mujer del PAPPS. Actualización 2009. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/05%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
12. Grupo de trabajo de trastornos por déficit de Yodo de la Sociedad Española de Endocrinología Déficit de yodo en España. Situación actual. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación SEEN. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/yodoSEEN.pdf>
13. WHO. Reporte sobre la enfermedad de Chagas: Grupo de trabajo científico 17-20 de Abril 2005. Actualizado en julio 2007. Buenos Aires. Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/swg_chagas.pdf
14. Barona, Carmen; Fullana, Ana; Mas, Rosa. Enfermedad de Chagas importada: Protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana 2009.
15. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Los pasos para ser IHAN. Disponible en: <http://www.ihan.es/index13.asp>

16. Como ser IHAN. Disponible en: <http://www.ihan.es/index2.asp>
17. Recomendaciones para la lactancia materna en: Ruso, Euskera, Catala, Galego, Rumano y Árabe. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactmat-ruso.pdf>
<http://www.aeped.es/lactmat-euskera.pdf>
<http://www.aeped.es/lactmat-catala.pdf>
<http://www.aeped.es/lactmat-galego.pdf>
<http://www.aeped.es/lactmat-rumano.pdf>
<http://www.aeped.es/lactmat-arabe.pdf>
18. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. Disponible en:
https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=f1fb83681c2f4c6098408e7465ace458&URL=http%3a%2f%2fwww.aepap.org%2fprevinfad%2fpdfs%2frecomendaciones_previnfad-papps_2009.pdf
19. "Programa de Salud Infantil. AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Enero 2009. Exlibris Ediciones S.L. Madrid.
20. Informe Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1161769238915
21. Estándares de crecimiento y desarrollo infantiles de la Organización Mundial de la Salud, Informes, Estudios e Investigación 2008, Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.060.es>
22. Arranz Manuela, Serra Pilar, S. de Prevención. Documento de Salud Infantil. Consejería de Sanidad de Comunidad de Madrid, Edición 1995-2010.
23. Polanco Isabel, Roldán Belén, Arranz Manuela, Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública. Asociación de Celíacos Madrid: "Protocolo de Prevención Secundaria de la Enfermedad Celíaca" Comunidad de Madrid 2006.
24. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Edición actualizada. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, año 2009.
25. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid 2009.
26. Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid.

7.1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS EN RECIÉN NACIDOS MEDIANTE CRIBADO

INTRODUCCIÓN

Las actividades de cribado poblacional son actividades de prevención secundaria que se aplican para la detección y tratamiento precoz de enfermedades graves en una etapa presintomática para prevenir la discapacidad, mejorar el pronóstico e incrementar la expectativa de vida. La Organización Mundial de la Salud, en 1968, y el Consejo de Europa, en 1994, publicaron una serie de principios para el cribado como herramienta de prevención de las enfermedades crónicas. Ambos documentos, junto con las mejores prácticas actuales en cada uno de los ámbitos del cribado sirven de base para la ampliación de las detecciones precoces.

La técnicas de cribado suponen la aplicación de procedimientos de selección (test pruebas bioquímicas, marcadores, cuestionarios, exploraciones, examen físico, anticuerpos, etc.) a poblaciones de individuos aparentemente sanos, con objeto de identificar en la fase de latencia o periodo subclínico, a los que pueden estar enfermos o tienen un riesgo incrementado de padecer una enfermedad determinada porque presentan un factor de riesgo específico.

SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente en la Comunidad de Madrid, las pruebas de cribados con carácter universal en recién nacidos incluyen la detección de los siguientes procesos patológicos:

- Hipoacusias en recién nacidos.
- Enfermedades endocrino-metabólicas congénitas:
 - Hipotiridismo congénito.
 - Fenilcetonuria.
 - Hiperplasia suprarrenal congénita.
 - Drepanocitosis.
 - Fibrosis quística.

La detección precoz de estas enfermedades graves o incapacitantes se realiza mediante la utilización de técnicas de cribado universal, aplicables a recién nacidos, sencillas, objetivas y fiables que permiten el diagnóstico precoz, para el tratamiento y estimulación temprana del niño a fin de prevenir severas secuelas.

La detección precoz de enfermedades en recién nacidos deberá tener carácter universal para garantizar su equidad, permitiendo tratar precozmente a todos los niños diagnosticados y de esta forma, prevenir o minimizar complicaciones, minusvalías neurológicas, sensoriales, orgánicas y psíquicas mejorando el pronóstico de los enfermos detectados y su calidad de vida.

Los cribados son métodos de prevención secundaria dirigidos a la población, ya que detectan enfermedades en fase asintomática. Para conseguir mantener la cobertura universal de esos cribados es necesaria la participación eficaz de todas las maternidades públicas y privadas de la Comunidad de Madrid a fin de captar a los niños en el momento de nacer.

Al objeto de incorporar nuevos procesos patológicos a los cribados, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha publicado la Orden 237/2010, de 5 de mayo, por la que se dictan normas en relación a las pruebas de cribados para la detección precoz de enfermedades y prevención de minusvalías en recién nacidos (BOCAM núm. 124, de 26 de mayo de 2010). Se han incorporado pruebas de cribado para la detección precoz de hipoacusia y de fibrosis quística en recién nacidos.

- **Cribado neonatal de endocrino metabolopatías congénitas**

El cribado neonatal de endocrino metabolopatías congénitas comenzó a realizarse a partir de los años 60 en algunos países desarrollados y, debido al avance de la biología molecular con sus aplicaciones al estudio de las enfermedades genéticas, progresó significativamente durante los años 70. En España, el primer programa se realizó en Granada durante 1968, después en Barcelona el año 1969 y en Madrid se inició en el año 1973.

La detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas mediante la conocida "*Prueba del talón*", consisten en analizar dos pequeñas muestras de sangre de los recién nacidos; la primera muestra se extrae en todas las maternidades (públicas y privadas) y la segunda en las consultas de Atención Primaria (públicas y privadas). La centralización de las analíticas en el Laboratorio del Hospital Universitario Gregorio Marañón ha permitido crear un registro informatizado de datos, que permite conocer mensualmente el número de nacidos vivos en la Comunidad de Madrid.

Desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención se realiza la coordinación, gestión y seguimiento del cribado universal neonatal endocrino metabólico en la Comunidad de Madrid, en coordinación con el Laboratorio Central del Cribado Neonatal del Hospital Universitario Gregorio Marañón y el Centro de Diagnostico de Enfermedades Moleculares de la Universidad Autónoma de Madrid. Así mismo, es necesaria la coordinación con maternidades, públicas y privadas, y Unidades clínicas hospitalarias de referencia para mantener la cobertura universal del cribado y evaluar el tratamiento precoz y seguimiento de los niños a los que se ha detectado alguna patología en los cribados.

Las Unidades clínicas de referencia están constituidas por consultas de especialidades médicas encargadas de realizar, con carácter urgente, el diagnóstico de confirmación de las enfermedades detectadas en el cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas (Tabla 4), de informar a los padres y del seguimiento protocolizado de los recién nacidos afectados.

Tabla 4: Datos del cribado universal para detección precoz de endocrino-metabolopatías congénitas en recién nacidos de la Comunidad de Madrid, 2009

ENDOCRINO METABOLOPATÍAS CONGÉNITAS	Nº Análisis Total	Nº Positivos Total
HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (HSC)	78.611	7
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO (HC)	78.611	34
FENILCETONURIA (PKU)	79.535	25
DREPANOCITOSIS (Hbs)	78.611	561
FIBROSIS QUISTICA (FQ)	38.194	16

Datos del Laboratorio de Cribado Neonatal Hospital Universitario Gregorio Marañón.

HSC (17OHP) = Hiperplasia Suprarrenal Congénita. Analizados para 17-hidroxi progesterona (17OHP)

HC (TSH Y T4T) = Hipotiroidismo Congénito. Analizados para hormona tirotrópica (TSH) y tiroxina total (T4T)

PKU- Fenilcetonuria. Analizados para fenilalanina (PHE)

Hbs = Enfermedad de Células Falciformes o Drepanocitosis.

FQ= Fibrosis Quística (iniciado en julio 2009 a diciembre 2009)

- Detección de Hiperfenilalaninemia Materna para prevención prenatal de malformaciones congénitas**

Desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención se lleva a cabo la coordinación, gestión y seguimiento de la Detección de Hiperfenilalaninemia Materna (HFM), prueba dirigida a mujeres en edad fértil a las que no se realizaron las pruebas metabólicas al nacer, y al objeto de prevenir minusvalías en sus hijos, malformaciones graves y abortos de repetición (Tabla 5).

Tabla 5: Detección de Hiperfenilalaninemia materna. Comunidad de Madrid, 1995-2009

Nº MUJERES ANALIZADAS AÑO 2009	Nº MUJERES DETECTADAS AÑO 2009	Nº MUJERES ANALIZADAS PERIODO 1995-2009	Nº MUJERES DETECTADAS PERIODO 1995-2009
4.748	0	86.888	7

Resultados del Laboratorio de Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid.

- Cribado universal para detección precoz de hipoacusia en recién nacidos**

La detección precoz de hipoacusias congénitas en recién nacidos mediante cribado universal se realiza en las maternidades, para garantizar una intervención temprana y potenciar la capacidad para el lenguaje oral en los recién nacidos.

El objetivo es aplicar el cribado de hipoacusia a todos los recién nacidos en los hospitales con maternidad, tanto públicos como privados, de la Comunidad de Madrid, realizando el diagnóstico y tratamiento precoz por Unidades hospitalarias especializadas de los Servicios de otorrinolaringología.

En la Comunidad de Madrid, todos los hospitales públicos con maternidad ya realizan el cribado utilizando la técnica de Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral automatizados

(PEATC-a), que explora la vía auditiva desde el órgano receptor hasta la entrada en el encéfalo, por lo que es una prueba eficaz para un programa de cribado auditivo neonatal. Actualmente, continúa el proceso de incorporación de las maternidades privadas, en las que aún no se realiza el cribado universal, distribuyendo documentación técnica, protocolos y folletos para información a los padres.

La gestión del Registro Informático de datos de hipoacusias de la Comunidad de Madrid es gestionado por el Servicio de Prevención de la Enfermedad de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. En el año 2009 la cobertura del cribado de hipoacusia en recién nacidos ha sido del 65,41%.

OBJETIVO GENERAL

Prevenir discapacidades y complicaciones graves para la salud detectando precozmente alteraciones en el desarrollo infantil y logrando la cobertura universal de las pruebas de cribado, para detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas y de hipoacusia en recién nacidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Potenciar la cobertura universal del cribado de enfermedades endocrino-metabólicas congénitas en recién nacidos.
2. Coordinar los procedimientos para la incorporación de nuevos procesos patológicos a los cribados para la prevención de enfermedades endocrino-metabólicas.
3. Potenciar la cobertura universal del cribado de hipoacusias en recién nacidos.
4. Coordinar y ampliar las actuaciones sobre el cribado y detección precoz de hipoacusia en recién nacidos.
5. Actualizar y difundir entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada el procedimiento y estrategia actual de cribado en la Comunidad de Madrid para la detección precoz de endocrino-metabopatías e hipoacusias en recién nacidos.
6. Mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre el cribado de enfermedades endocrino-metabólicas congénitas y de hipoacusias en recién nacidos.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Potenciar la cobertura universal del cribado de enfermedades endocrino-metabólicas congénitas en recién nacidos.

Actividad 1.1: Elaboración y distribución del folleto “Detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas en recién nacidos”, dirigido a padres, a través de las unidades de hospitalización obstétrica y neonatología de las maternidades públicas y privadas.

Actividad 1.2: Difusión a los profesionales sanitarios de los resultados estadísticos de las pruebas de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas en recién nacidos con carácter anual, a través de la intranet de la Consejería de Sanidad y mediante correo electrónico a las unidades de hospitalización obstétrica y neonatología de las maternidades privadas.

Actividad 1.3: Mantenimiento e impulso de los procedimientos de cribado para la detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas en recién nacidos.

- **Objetivo específico 2:** Coordinar los procedimientos para la incorporación de nuevos procesos patológicos a los cribados para la prevención de enfermedades endocrino-metabólicas.

Actividad 2.1: Elaboración del documento técnico justificativo sobre la incorporación de nuevas patologías a los cribados para la prevención de enfermedades endocrino-metabólicas.

Actividad 2.2: Adaptación de las infraestructuras, dotación de equipamiento y entrenamiento de los profesionales para la ampliación de enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado de endocrino-metabolopatías.

Actividad 2.3: Validación de las técnicas de laboratorio necesarias para la realización de las pruebas de cribado de las nuevas enfermedades congénitas incluidas.

Actividad 2.4: Incorporación de nuevas enfermedades al cribado para la detección precoz de endocrino-metabolopatías congénitas en recién nacidos, en base al conocimiento científico disponible.

- **Objetivo específico 3:** Potenciar la cobertura universal del cribado de hipoacusias en recién nacidos.

Actividad 3.1: Elaboración y distribución del folleto “Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos” dirigido a padres, a través de las unidades de hospitalización obstétrica y neonatología de las maternidades públicas y privadas.

Actividad 3.2: Difusión a los profesionales sanitarios de los resultados estadísticos de las pruebas de cribado de hipoacusia en recién nacidos con carácter anual, a través de la intranet

de la Consejería de Sanidad y mediante correo electrónico a las unidades de hospitalización obstétrica y neonatología de las maternidades privadas.

- **Objetivo específico 4:** Coordinar y ampliar las actuaciones sobre el cribado y detección precoz de hipoacusia en recién nacidos.

Actividad 4.1: Difusión de la nueva normativa para la realización, con carácter universal, del cribado y detección precoz de hipoacusia a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid, en centros tanto públicos como privados.

Actividad 4.2: Mejora del sistema de registro de hipoacusias.

Actividad 4.3: Mantenimiento e impulso de la estrategia de detección precoz de hipoacusia en recién nacidos en todos los hospitales.

- **Objetivo específico 5:** Actualizar y difundir entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada el procedimiento y estrategia actual de cribado en la Comunidad de Madrid para la detección precoz de endocrino-metabolopatías e hipoacusias en recién nacidos.

Actividad 5.1: Actualización del espacio específico de la página web de la Consejería de Sanidad sobre el cribado neonatal, respecto a los procedimientos de actuación y unidades de referencia para la detección precoz de endocrino-metabolopatías e hipoacusias en recién nacidos.

Actividad 5.2: Jornada dirigida a profesionales sanitarios sobre la estrategia actual de cribado y protocolos de actuación en la Comunidad de Madrid para la detección precoz de endocrino-metabolopatías e hipoacusias en recién nacidos.

Actividad 5.3: Coordinación y realización de un curso sobre "Cribado en recién nacidos para la detección precoz de endocrino-metabólicas y otras enfermedades congénitas en la Comunidad de Madrid".

Actividad 5.4: Coordinación y realización de un curso sobre "Atención Temprana en alteraciones del desarrollo infantil".

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Elaboración y distribución del folleto “Detección precoz de enfermedades endocrinometabólicas en recién nacidos”	Padres de recién nacidos	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios de Unidades de hospitalización obstétrica	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución de los folletos en maternidades: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.2 Difusión anual resultados estadísticos de pruebas de cribado de enfermedades endocrinometabólicas	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Difusión resultados de las pruebas de cribado : SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.3 Mantenimiento e impulso procedimientos de cribado de enfermedades endocrinometabólicas	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP Profesionales de Unidades directivas de Atención Especializada y de Atención Primaria	Memoria de la SPSP	% de recién nacidos a los que se han realizado las pruebas de cribado	99%	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				Tasa de incidencia anual de cada una de las enfermedades de cribado	-----		
2.1 Elaboración documento técnico justificativo sobre incorporación de nuevas patologías a cribados de enfermedades endocrinometabólicas	Profesionales sanitarios	Comité de Expertos Asesor del Programa de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid	Memoria de la SPSP	Elaboración documento técnico: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
2.2 Adaptación de infraestructuras, equipamiento y entrenamiento de profesionales para ampliación de enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP. Profesionales del Centro de Diagnostico de Enfermedades Moleculares de la Universidad Autónoma de Madrid y del Laboratorio Central del Cribado Neonatal Hospital Universitario Gregorio Marañón (HUGM)	Memoria de la SPSP	Adaptación : SÍ/NO Dotación de material: SÍ/NO Entrenamiento: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.3 Validación de las técnicas de laboratorio	Profesionales sanitarios	Profesionales del Laboratorio del HUGM	Memoria de la SPSP	Validación de las técnicas de laboratorio: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
2.4 Incorporación de nuevas enfermedades al cribado de endocrinometabolopatías	Recién nacidos	Comité de Expertos Asesor del Programa de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid	Memoria de la SPSP	Número e identificación de nuevas enfermedades incorporadas	-----	Diciembre 2011	SPSP
3.1 Elaboración y distribución del folleto sobre cribado de hipoacusias	Padres de recién nacidos	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de unidades de hospitalización obstétrica	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución de los folletos en maternidades: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.2 Difusión resultados de pruebas cribado de hipoacusia	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Difusión resultados de las pruebas de cribado : SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.1 Difusión de nueva normativa sobre cribado y detección precoz de hipoacusia	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	% hospitales públicos con maternidad a los que se envía información por escrito	99%	Junio 2011	SPSP
				% hospitales privados con maternidad a los que se envía información por escrito	99%		
				Reunión informativa con sociedades de seguros médicos con maternidad: SÍ/NO	SÍ		
				Actuaciones divulgativas en medios de comunicación: SÍ/NO y N°	SÍ		

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
4.2 Mejora del sistema de registro de hipoacusias	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Introducción de mejoras en el sistema de registro de hipoacusias: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
4.3 Mantenimiento e impulso estrategia de detección precoz de hipoacusia en recién nacidos en todos los hospitales	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	% hospitales privados adheridos al programa	95% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				% hospitales públicos que realizan el programa	99% a finales de 2013		
5.1 Actualización del espacio específico de la página web de la Consejería de Sanidad sobre el cribado neonatal	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP	Página web	Actualización espacio de página web sobre el cribado neonatal: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
5.2 Jornada sobre la estrategia actual de cribado en recién nacidos	Profesionales sanitarios	Comité de Expertos Asesor del Programa de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid. Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Realización de Jornada sobre la estrategia actual de cribado en recién nacidos: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
5.3 Curso “Cribado en recién nacidos para la detección precoz de endocrino-metabólicas y otras enfermedades congénitas en la Comunidad de Madrid”	Profesionales sanitarios	Comité de Expertos Asesor del Programa de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid. Técnicos de la SPSP	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP	Nº cursos realizados/año Nº profesionales formados/año	1 curso realizado/año -----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
5.4. Curso sobre “Atención Temprana en alteraciones del desarrollo infantil”	Profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP	Nº curso realizado/año Nº profesionales formados/año	1 curso realizado/año -----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Distribución y difusión del folleto “Detección precoz de enfermedades endocrinometabólicas en recién nacidos”			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2 Difusión anual resultados estadísticos de pruebas de cribado de enfermedades endocrinometabólicas			X	X									X	X											X	X											
1.3 Mantenimiento e impulso procedimientos de cribado de enfermedades endocrinometabólicas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1 Elaboración documento técnico justificativo sobre incorporación de nuevas patologías a cribados de enfermedades endocrinometabólicas			X	X	X	X																															
2.2 Adaptación de infraestructuras, equipamiento y entrenamiento de profesionales para ampliación de enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado			X	X	X	X																															
2.3 Validación de las técnicas de laboratorio				X	X	X																															
2.4 Incorporación de nuevas enfermedades al cribado de endocrinometabolopatías								X	X	X	X	X																									
3.1 Distribución y difusión del folleto sobre cribado de hipoacusias			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.2 Difusión resultados estadísticos de pruebas cribado de hipoacusia			X	x									X	X											X	X											
4.1 Difusión de nueva normativa sobre cribado y detección precoz de hipoacusia			X	X	X																																
4.2 Mejora del sistema de registro de hipoacusias			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
4.3 Mantenimiento e impulso estrategia de detección precoz de hipoacusia en recién nacidos en todos los hospitales			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1 Actualización del espacio específico de la página web de la Consejería de Sanidad sobre el cribado neonatal			X	X									X	X											X	X											
5.2 Jornada sobre la estrategia actual de cribado en recién nacidos													X	X																							
5.3 Curso “Cribado en recién nacidos para la detección precoz de endocrino-metabólicas y otras enfermedades congénitas en la Comunidad de Madrid”					X												X											X									
5.4. Curso sobre “Atención Temprana en alteraciones del desarrollo infantil”										X													X											X			

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Cribado Neonatal [consultado el 09/08/2009]. Disponible en <http://aecne.es/pdf/datos2007.pdf>
2. Thomason M, Lord J, Murray D, Chalmers RA, Littlejohns P, Addison M, et al. Systematic review of evidence for the appropriateness of neo-natal screening programmes for inborn errors of metabolism A J Public Health. 1998;20:331-43.
3. Rodríguez Sánchez MD, Pandilla Esteban ML, González Sicilia IG, Lorenzo Navarro L, Bittini Copano A, Dulín Iñíguez E, y cols. Hipotiroidismo congénito. Detección precoz. Diagnóstico y tratamiento. Acta Pediatr Esp. 1994;52:217-27.
4. Alonso Fernández JR, Barreiro Conde J, Cabezón Vicente R, Castiñeiras Ramos D, Cerdá Mota T, García Caeiro AL, y cols. Guía de práctica de hipotiroidismo congénito. Avalia-t. Xunta de Galicia; 2008.
5. Mayayo E, Ferrández A, Labarta J. Hipotiroidismo congénito. An Esp Ped. (Libro de actas) 1999;154-60.
6. Mayayo E, Puga B, Antón R, Guallar A, Labarta JI, Fernández A. "Screening" neonatal del hipotiroidismo congénito primario: informe del programa del Hospital Miguel Servet. Bol Soc Ar Pediatr (Zar). 1993;23(5):145-55.
7. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for congenital hypothyroidism. Reaffirmation Recommendation Statement March 2008 [consultado el 09/08/2009]. Disponible en www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/conhypo/conhyprs.htm
8. American Academy of Pediatrics and American Thyroid Association. Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics. 1987;80:745-9
9. American Thyroid Association Committee on Public Health. Screening neonatal del hipotiroidismo congénito: pautas recomendadas. Pediatrics (ed esp). 1993;35(6):346-53.
10. Grüters A, Delange F, Giovannelli G, Klett M, Rochiccioli P, Torresani T. Working Group on con-genital hypothyroidism of the European Society for Paediatric Endocrinology. Guidelines for neonatal screening programmes for congenital hypothyroidism. Eur J Pediatr. 1993;152:974-5.
11. Screening for congenital hypothyroidism: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation. Ann Fam Med. 2008;6:166.
12. American Thyroid Association, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. Pediatrics. 2006;117:290-303.
13. Working Group of Neonatal Screening of the European Society for Pediatric Endocrinology. Revised guidelines for neonatal screening programmes for primary congenital hypothyroidism. Horm. Res. 1999; 52:49-52.
14. Baldellou A, Tamparillas M, Salazar I. Screening of phenylketonuria. En: Proceedings of the 5º World Congress of Perinatal Medicine. Carrera J, Cabero L, Baraibar R. eds. Bologna: Monduzzi Editore; 2001. p. 909-16.

15. Baldellou A, Tamparillas M, Salazar I. Investigación sistemática neonatal de las hiperfenilalaninemias. *Bol Soc Ar Pediatr (Zar)*. 1993;23(5):138-44.
16. Feldman W. Screening for phenylketonuria [consultado el 09/08/2009].
Disponible en: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s2c17e.pdf
17. Screening for phenylketonuria (PKU): US Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation. *Ann Fam Med*. 2008; 6:166.
18. AHRQ. Screening for phenylketonuria. March. 2008 [consultado el 09/08/2009].
Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/pku/pkurs.htm
19. Cocho de Juan JA, Castiñeiras Ramos DE, Fraga Bermúdez JM. Cribaje de metabolopatías. En: Sanjurjo P, Baldellou Vázquez A (eds). *Diagnóstico de enfermedades metabólicas hereditarias*. 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 47-61.
20. Frézal J, Farriaux JP. La phénylcetonurie hier et aujourd'hui. Bilan de l'action de dépistage néonatal systematique. *Rev Prat (Paris)*. 1992;42(18): 2316-26.
21. Rey Liste T, García Caeiro AL. Neonatal screening for congenital adrenal hiperplasia: a systematic review. *Endocrinol Nutr*. 2007; 54(4):216-24. Ferrández A, Mayayo E, Guallar I, Torrijo M, Sanjuan P, Labarta J. Screening neonatal para la detección de la hiperplasia suprarrenal congénita: ¿Es necesario? *Bol Soc Ar Pediatr (Zar)*. 1993;23: 180-2.
22. Balsamo A, Cacciari A, Piazzzi E, Cassio A, Bozza D, Pirazolli P, et al. Congenital adrenal hyperplasia: neonatal mass screening compared with clinical diagnosis only in the Emilia-Romagna Region of Italy, 1980-1995. *Pediatrics*. 1996;98:362-7.
23. Pang S, Wallace M, Hoffmann L, Thuline H, Dorch C, Lyon I, et al. Worldwide experience in newborn screening for classical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Pediatrics*. 1988; 81:866-74.
24. Therrell B, Berenbaum S, Manter-Kapanke V, Simmank J, Prentice L, González J, et al. Results of screening 1,9 millions Texas newborn for 21-hydroxylase deficient congenital huperplasia. *Pediatrics*. 1998; 101:583-90.
25. Paz-Valiñas L, García-Vega FJ. Cribado neo-natal de la fibrosis quística. Serie Avaliación de Tecnoloxías. Informes de avaliación: INF2004/02. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, Avalia-t; 2004.
26. Real Patronato sobre Discapacidad. Programas de Cribado Neonatal en España. XIV Reunión de los Centros de Cribado Neonatal 14 de octubre de 2008 [consultado el 09/08/2009]. Disponible en: <http://aecne.es/pdf/datos2007.pdf>
27. Serra M. Cribaje neonatal de la fibrosis quística. *Breus (Bar)*. AATM BR01;2000:1-20.
28. Mérelle ME, Nagelkerke AF, Lees CM, Dezateux C. Cribaje (screening) de la enfermedad fibroquística en el recién nacido (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

29. Gregg R, Simmantel A, Farrell P, Kosciuk R, Kosorok M, Laxova A, et al. Newborn screening for cystic fibrosis in Wisconsin: comparison of biochemical and molecular methods. *Pediatrics*.1997; 99: 819-24.
30. Casado M, Barberán J, Roqueta M, Martorell Q, Bosch A, Rovira JM. Screening neonatal de drepanocitosis en el consorci Sanitari de Mataró. Justificación y primeros resultados. *An Esp Pediatr*.1998; 49:157-60.
31. Davies SC, Cronin E, Gill M, Hickmann M, Normand C. Screening for sickle cell disease and thalassaemia: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2000; 4(3):1-119.
32. Pandor A, Eastham J, Beverley J, Chilcott S. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of neo-natal screening for inborn errors of metabolism using tandem mass spectrometry: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2004;8812:1-312.
33. J. Galbe Sánchez-Ventura^a y Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia^b Cribado neonatal de metabolopatías.
34. Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos de la Comunidad de Madrid 2005-2007.
35. Documento Técnico de Salud Pública n.º 98, D. G. de Salud Pública: Detección Precoz de Hipoacusia en recién nacidos de la Comunidad de Madrid.
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de los defectos congénitos, informes, estudios y documentos. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>
37. Estrada María Dolores (coord); Guillen, M; Estrada, MD; Iruretagoiena, ML; Taboada, J; López de Argumedo, M; Lapuente, JL; Gutiérrez, MA; Feijas, A; Cuntin, LG; Gestoso, JF; García AL; Cerda, T. Descripción del estado de situación del cribado prenatal de la cromosomopatías fetales mas frecuentes –principalmente el S.Down- en el Estado Español y propuestas de mejora en la práctica clínica habitual. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Avalucio de Tecnología i Recerca Mediques de Catalunya; 2007. Informe de evaluación de Tecnologías sanitarias AATRM num. 2006-03. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cribado_prenatal_aatrm-pesns-2007.pdf
38. Orden 237/ 2010, de 5 de mayo, B.O.C.M. núm. 124, de 26 de mayo, por la que se dictan normas en relación a las pruebas de cribados para detección precoz de enfermedades y prevención de minusvalías en recién nacidos.
39. Orden 918/92, de 1 de diciembre, B.O.C.M. núm. 298, de 15 de diciembre, del Consejero de Salud por la que se dictan Normas en relación al "Programa de Prevención de Minusvalías", para lograr la máxima cobertura y eficacia en la realización del Cribado endocrino-metabólico neonatal, protocolizando la toma de muestras en todas las Maternidades.

7.1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS

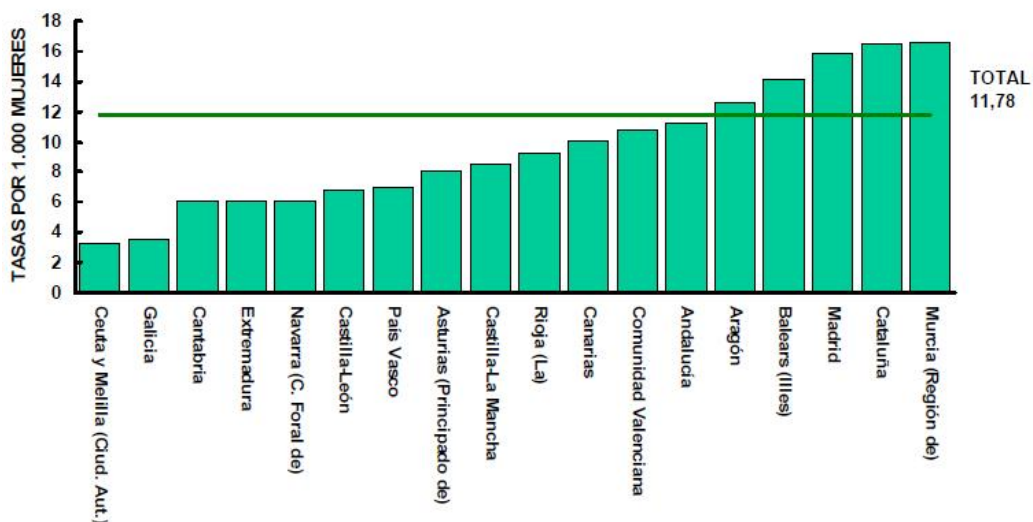
INTRODUCCIÓN

Los embarazos no deseados, no planificados, no esperados, constituyen un importante problema de salud pública, tanto si se interrumpen voluntariamente (IVE) como si llegan a término, sobre todo si ocurren en mujeres jóvenes o en aquellas que sufren algún tipo de exclusión social o precariedad socioeconómica.

Está comprobado que las madres adolescentes tienen menor nivel de estudios, menores tasas de actividad y empleos menos estables. Estas circunstancias desfavorables asociadas a un embarazo adolescente persisten a lo largo de la vida de estas mujeres.

Por otro lado, el 41,5% de los embarazos no deseados en mujeres jóvenes acaba en una IVE. Madrid, junto a Cataluña y Andalucía, es una de las regiones con mayor número absoluto de IVE, con más de 20.000 casos y junto con la Región de Murcia, la ya nombrada Cataluña, las Islas Baleares y Aragón, ostenta una tasa por encima de la media nacional (figura 12).

Figura 12: Tasas de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, según Comunidad Autónoma de residencia. España, 2008

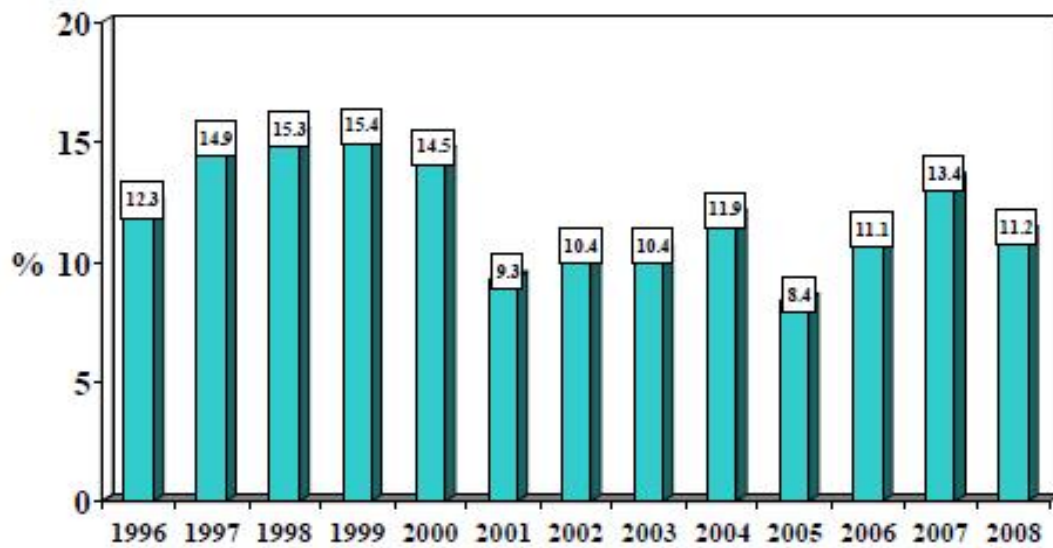


Es un hecho constatado que en los últimos años, en nuestro país, las chicas y los chicos comienzan sus relaciones sexuales con prácticas cóitales a edades más tempranas. En nuestra Comunidad, el 32,6% de los jóvenes de 15-16 años ya ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas, pero aumenta significativamente

con la edad. Mientras que en los jóvenes de 15 años este porcentaje es del 19,3%, a los 16 es de un 31,7%.

Un 11,2% de estos jóvenes no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (ningún método, marcha atrás, o no sabe con seguridad). La estimación de este indicador para el año 2008 se situó en torno al promedio observado desde 2001 (figura 13).

Figura 13: Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces * en su última relación sexual. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2008



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
 * Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

Así mismo, todo parece indicar que está aumentando el número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos, existiendo diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. En nuestra Comunidad, más de la mitad de las IVE se realizan en mujeres nacidas fuera de España, residentes en nuestro territorio.

SITUACIÓN ACTUAL

A continuación se citan las principales intervenciones que actualmente se llevan a cabo en relación a este Programa.

➤ **Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria**

La actual Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria recoge varias actividades que se relacionan con la prevención de embarazos no deseados. En concreto, se trata de los servicios 201, 304, 305, 503 y 504.

- El servicio 201 "Promoción de la salud en la adolescencia", dirigido a adolescentes entre 15 y 19 años, incluye, entre otros parámetros, la anamnesis y valoración funcional de la existencia o no de relaciones sexuales y uso del preservativo, y el haber recibido información/consejo/refuerzo sobre prevención de embarazos y prevención de enfermedades de transmisión sexual (uso de preservativo), al menos una vez cada dos años. Este Servicio presentó una cobertura de 10,69 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 304 "Información de métodos anticonceptivos", dirigido a mujeres entre 20 y 49 años, incluye la anamnesis, valoración funcional, información y orientación sobre métodos anticonceptivos, incluyendo la píldora postcoital, al menos una vez cada dos años. Este Servicio presentó una cobertura de 6,81 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 305 "Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales", dirigido a mujeres de 15 a 49 años, incluye la realización, en la primera visita, de anamnesis e información dirigida a descartar contraindicaciones absolutas y relativas de este tipo de métodos, además del control anual de ciertos parámetros. Este Servicio presentó una cobertura de 28,2 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 503 "Educación para la salud en centros educativos", dirigido a centros que cubren todas las etapas formativas (colegios, institutos de educación secundaria, centros universitarios y de educación de adultos), incluye la realización de proyectos educativos (sin que se especifique la temática). En 2009 se realizaron 273 proyectos.
- El Servicio 504 "Educación para la salud con grupos", dirigido a toda la población, incluye la realización de acciones educativas sobre temas de salud que se realicen con metodología grupal. En 2009 se realizaron 651 proyectos de este tipo.

➤ **Actividades de formación**

Cursos del Plan de Formación Continuada 2010 de la Agencia Laín Entralgo relacionados con la prevención de embarazos no deseados y dirigidos a los profesionales sanitarios de atención primaria: "Actualización en anticoncepción regular y de urgencia"; "Atención al adolescente.

Salud Sexual y Reproductiva”; y “Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva”.

➤ **Instalación de máquinas expendedoras de preservativos**

Desde marzo de 2008, la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Atención Primaria, mantiene un convenio con el Consorcio Regional de Transportes Públicos Regulares de Madrid para la instalación de máquinas expendedoras de preservativos en los intercambiadores de transporte público y la red de metro de Madrid.

A finales de 2009, se habían instalado 122 máquinas, el 67,2% en intercambiadores de transporte y estaciones de la red de metro de Madrid, y el resto en instalaciones deportivas y centros cívicos y culturales municipales.

➤ **El sitio web “sitelias.net”**

El sitio web “www.sitelias.net” es un lugar en internet de información y asesoramiento en materia de sexualidad orientado a la población adolescente y joven; es gestionado por el Servicio de Promoción de la Salud de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

En la tabla siguiente se ve la evolución del uso de este sitio web desde 2005 a 2008:

Tabla 6: Visitas y consultas on-line al sitio web sitelias.net. 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
Total visitas	5.234	30.198	42.873	60.712
Total consultas on-line	192	240	479	797

En 2009, durante el período del 1 de enero al 24 de septiembre de 2.009, se han registrado un total de 43.097 visitas.

JUSTIFICACIÓN

Se consideran grupos especialmente vulnerables en relación con los embarazos no deseados a la población joven, a la población inmigrante y a aquellas personas que sufren violencia sexual, fundamentalmente por los siguientes motivos:

- a. Jóvenes. La población joven se encuentra con dificultades para acceder a los servicios sanitarios, entre otros motivos, por problemas de comunicación y falta de adecuación de la información; la visibilidad del recurso y el miedo a la no privacidad; las restricciones horarias de acceso a los servicios; la falta de reconocimiento de los derechos sexuales de la población joven; la inhibición de los profesionales y las consiguientes derivaciones; las interpretaciones restrictivas de la consideración de la madurez de los jóvenes; y el desconocimiento de la normativa sobre la autonomía del paciente. Esto se agrava en situaciones de ruralidad y discapacidades.
- b. Población inmigrante. En la vivencia de la sexualidad está presente también la realidad social, económica y cultural de las personas. Aspectos como la autoestima, las creencias sobre el amor y las relaciones o las situaciones de soledad y aislamiento, tienen una influencia clave sobre la salud sexual de la población española y también inmigrante. Esto, unido a las características específicas que traen consigo los procesos migratorios, en ocasiones pueden hacer que las personas inmigrantes se encuentren con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de embarazos no deseados, información que no debería subestimarse teniendo en cuenta las tasas de IVE según nacionalidad.
- c. Personas que sufren violencia sexual. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, incluyendo, entre otras muchas cuestiones, los abortos y embarazos forzados, y la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción. Estas agresiones tienen sus raíces profundas en las desigualdades de género y en las relaciones de poder, siendo a su vez una de las manifestaciones más desgarradora de la misma.

La violencia de género causa indefensión y grandes dificultades a las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva. En las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de tener un embarazo no deseado, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas. Por otra parte, la noticia de un nuevo embarazo es en sí misma un factor de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres*.

* Dada la especificidad que la violencia sexual tiene como problema de salud pública, se ha considerado oportuno que las posibles acciones que se deban llevar a cabo ante la misma, en relación con el objetivo de este programa, se encuadren dentro del **Programa de Prevención de la violencia**

OBJETIVOS GENERALES

- Prevenir los embarazos no deseados, no planificados en mujeres en edad fértil (prevención primaria).
- Mejorar la atención sanitaria a los embarazos no deseados (prevención secundaria) desde la Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Potenciar y mejorar la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción desde la Atención Primaria.
2. Mejorar la prevención de los embarazos no deseados y la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción en grupos especialmente vulnerables.
3. Mejorar la educación sexual en las etapas educativas previas a la universidad y ampliar su cobertura (tanto en el número de centros escolares como en los cursos y ciclos educativos).
4. Facilitar la accesibilidad al preservativo.
5. Mejorar la información, educación y comunicación (IEC) a la población general sobre la salud sexual y la anticoncepción.
6. Mejorar la atención socio-sanitaria a las mujeres con un embarazo no deseado, no planificado, imprevisto.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Potenciar y mejorar la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción desde la Atención Primaria.

- **Objetivo operativo 1.1:** Mejorar la formación (actualización de conocimientos y habilidades) de los profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas) y trabajadoras sociales en salud sexual y en anticoncepción regular y de urgencia.

Actividad 1.1.1: Realización de nuevas ediciones de los cursos sobre anticoncepción y salud sexual: Curso "Actualización en anticoncepción regular y de urgencia"; Curso "Atención al adolescente. Salud Sexual y Reproductiva"; y Curso "Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva".

Actividad 1.1.2: Curso de educación sexual y prevención de embarazos no deseados, específico para matronas.

Actividad 1.1.3: Diseño y realización de una estrategia informativa general, dirigida a los profesionales sanitarios de Atención Primaria, sobre los anticonceptivos de última generación que vayan a ser incluidos en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, con financiación pública*.

- **Objetivo operativo 1.2:** Mejorar el abordaje de la historia sexual en la entrevista clínica realizada en la consulta de Atención Primaria.

Este objetivo y las actividades que a continuación se describen también se contemplan en el **Programa de Prevención del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.**

Actividad 1.2.1: Elaboración de una Guía que facilite el abordaje de la historia sexual por los profesionales de Atención Primaria: "Guía de Buenas Prácticas para el abordaje de la historia sexual en Atención Primaria", disponible AP-Madrid y accesible a todos los profesionales al realizar la historia sexual. Se creará un grupo de trabajo específico para la elaboración de la Guía, formado por profesionales sanitarios de Atención Primaria y técnicos de la Subdirección de la Promoción de la Salud y Prevención.

Actividad 1.2.2: Revisión de los protocolos de promoción de hábitos saludables en adolescentes y adultos, y el patrón nº 9 de M. Gordon, e inclusión de nuevos campos para ampliar la recogida de datos de la historia sexual. Esta revisión será realizada por el grupo de trabajo encargado de la elaboración de la Guía referida en la actividad anterior.

Los datos referidos a la Historia Sexual, en lo que concierne a los objetivos de este programa, debería contemplar, al menos, la existencia o no de relaciones sexuales (cóitales) con personas de diferente sexo, el uso y tipo de método anticonceptivo, la existencia de embarazos no deseados o imprevistos y si hay antecedentes de haber sufrido una IVE. Tendría que incluir otras variables en consonancia con los objetivos de otros programas, como los de prevención del VIH, de otras ITS y de la violencia sexual.

- **Objetivo operativo 1.3:** Mejorar el consejo contraceptivo en Atención Primaria.

Actividad 1.3.1: Realización y distribución en los Centros de Salud de una guía/protocolo electrónico para Atención Primaria con los contenidos y normas de aplicación del "Consejo Contraceptivo".

- **Objetivo operativo 1.4:** Potenciar la información y formación en anticoncepción de las personas en edad fértil potencialmente usuarias de los Centros de Salud (especialmente en grupos vulnerables).

Actividad 1.4.1: Realización de talleres grupales (proyectos de EpS) en los Centros de Salud y preferentemente en centros cívicos sociales, centros juveniles (servicio 504 de Cartera de

* Según lo previsto en el artículo 7, apartado b), de la Ley Orgánica 2/2010

Servicios Estandarizados de Atención Primaria) sobre sexualidad y anticoncepción dirigidos a poblaciones especialmente vulnerables frente a los embarazos no deseados (población adolescente/joven y población inmigrante).

- **Objetivo operativo 1.5:** Potenciar y mejorar la coordinación de los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud con los centros monográficos públicos (o con áreas/programas monográficos) en salud sexual y reproductiva (centros de planificación familiar, centros y consultas jóvenes, centros municipales de salud,...).

Actividad 1.5.1: Realización de una guía, con actualización periódica, de centros, públicos y subvencionados, monográficos o con áreas específicas de salud sexual y reproductiva, para su distribución en los Centros de salud y en los dispositivos sociales con los que contacta la población inmigrante y a sus ONG, con información sobre su localización, prestaciones, población atendida, horarios, requisitos, modo de contactar, etc.*.

Actividad 1.5.2: Coordinación entre la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención y los Ayuntamientos de los municipios (del ámbito rural y área metropolitana de Madrid) que cuenten con áreas/programas de salud sexual en relación con la prevención de embarazos no deseados, para la colaboración entre los Centros de Salud y los centros municipales de esas localidades.

Actividad 1.5.3: Coordinación entre Madrid Salud Instituto de Salud Pública (Ayuntamiento de Madrid) y la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (Consejería de Sanidad) para facilitar la colaboración y establecer protocolo de colaboración entre los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud y los Centros pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid (Centros Municipales de Salud).

Actividad 1.5.4: Coordinación entre la Asociación de Planificación Familiar de Madrid y la Consejería de Sanidad para facilitar la colaboración de los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud y el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), en relación con la prevención de embarazos no deseados.

Objetivo específico 2: Mejorar la prevención de los embarazos no deseados y la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción en grupos especialmente vulnerables.

- **Objetivo operativo 2.1:** Mejorar la prevención de embarazos no deseados y la atención sanitaria en salud sexual y anticoncepción en la población inmigrante, con especial atención a las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

* Esta actividad estará ligada a las recogidas en el **Programa de Promoción de la Salud en grupos vulnerables de población inmigrante.**

Actividad 2.1.1: Coordinación de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención con asociaciones y ONG que trabajen con población inmigrante (y con jóvenes en situación de vulnerabilidad), para el desarrollo de proyectos de educación sexual y prevención de embarazos no deseados.

Actividad 2.1.2: Coordinación de los Centros de Salud con los dispositivos sociales con los que suelen contactar la población inmigrante recién llegada (servicios sociales, oficinas del padrón municipal, asociaciones de inmigrantes). Oferta a los mismos de información básica sobre cómo acceder a los centros de salud y sobre las prestaciones asistenciales en anticoncepción.

Estas actividades estarán ligadas a las que se recogen en el **Programa de Promoción de la Salud en grupos vulnerables de población inmigrante.**

- **Objetivo operativo 2.2:** Mejorar la prevención de embarazos no deseados y atención sanitaria en salud sexual y anticoncepción, a la población adolescente y joven.

Actividad 2.2.1: Realización y distribución electrónica, entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria, de un documento técnico sobre el actual marco legal y bioético sobre la autonomía sanitaria en menores de edad.

Esta actividad se llevaría a cabo desde el Servicio de Promoción de la Salud con el asesoramiento de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Actividad 2.2.2*: Realización de un proyecto piloto para la puesta en funcionamiento de la "Consulta Joven" en Institutos de Educación Secundaria (IES), en colaboración con la Consejería de Educación (Dirección General de Educación Secundaria).

Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión Mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación, siguiendo el modelo que existe en la mayoría del resto de CCAA. Esta actividad debería estar enmarcada dentro del Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos.

* Actividad no evaluable

Objetivo específico 3: Mejorar la educación sexual en las etapas educativas previas a la universidad y ampliar su cobertura (tanto en el número de centros escolares como en los cursos y ciclos educativos).

- **Objetivo operativo 3.1:** Incluir en el Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid, la formación en Salud Sexual y Salud Reproductiva del profesorado y del alumnado.

Las actividades correspondientes a este objetivo se establecerán en el futuro Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid.

Objetivo específico 4: Facilitar la accesibilidad al preservativo.

- **Objetivo operativo 4.1:** Ampliar la instalación de máquinas expendedoras de preservativos en espacios públicos, en los diferentes municipios de la Comunidad de Madrid.

Actividad 4.1.1: Continuación y seguimiento del convenio de colaboración con el Consorcio Regional de Transportes Públicos Regulares de Madrid, para la instalación de máquinas expendedoras de preservativos en la red de metro y en intercambiadores de transporte. Continuar con la instalación y mantenimiento de estas máquinas expendedoras.

Actividad 4.1.2: Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en el exterior de los Centros de Salud ubicados en determinadas zonas.*

Objetivo específico 5: Mejorar la información, educación y comunicación (IEC) a la población general sobre la salud sexual y la anticoncepción.

- **Objetivo operativo 5.1:** Mejorar la información, educación, comunicación (IEC) a la población inmigrante sobre la salud sexual y la anticoncepción.

Actividad 5.1.1: Elaboración y desarrollo de una estrategia de comunicación pública hacia población inmigrante (utilizando medios específicos; Internet; mediadores; lugares especiales como las peluquerías...) sobre prevención de embarazos no previstos.*

Objetivo específico 6: Mejorar la atención socio-sanitaria a las mujeres con un embarazo no deseado, no planificado, imprevisto.

* Zonas con pirámide de población joven y donde se den mayores casos de ITS y de VIH, y de IVE

* Esta actividad estará ligada a las recogidas en el **Programa de Promoción de la Salud en grupos vulnerables de población inmigrante**

- **Objetivo operativo 6.1:** Mejorar el conocimiento y la atención socio-sanitaria a los embarazos no deseados, no previstos (llevados a término o interrumpidos voluntariamente).

Actividad 6.1.1: Diseño y realización de un estudio (encuesta poblacional) para estimar los embarazos no deseados que llegan a término en la Comunidad de Madrid.

Actividad 6.1.2: Difusión del "Protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo con cargo a los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud, en los supuestos contemplados en los artículos 14 y 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo" a todos los Centros de Salud, mediante una circular y su inserción en OMI-AP/AP-MADRID, adjuntando además, tal como el propio protocolo prevé, las condiciones legales actuales para llevar a cabo una IVE.

Actividad 6.1.3: Insertar en la página web oficial de la Comunidad de Madrid (Sanidad -> Ciudadano) el *Protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo...*, citado en el punto anterior.

Actividad 6.1.4: Elaboración de un protocolo sobre asesoramiento y apoyo post IVE, para la prevención de IVE de repetición. Distribución del mismo a los centros y servicios autorizados para las IVE.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1. Cursos sobre anticoncepción y salud sexual	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS). Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Registro actividades formación continuada de AP y de la SPSP	N ° Cursos Actualización en anticoncepción regular y de urgencia/ año	4 Cursos Actualización en anticoncepción regular y de urgencia/ año.	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				N° Cursos Atención al adolescente. Salud Sexual y Reproductiva/ año	2 Cursos Atención al adolescente. Salud Sexual y Reproductiva/ año		
				N° Cursos Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva/ año	2 Cursos Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva/ año		
1.1.2. Curso de educación sexual y prevención embarazos no deseados	Matronas	Profesionales sanitarios de los CS y matronas. Ginecólogos AE	Registro actividades formación continuada de AP y de la SPSP	N ° Cursos realizados /año	2 Cursos / año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.1.3. Estrategia informativa sobre anticonceptivos de última generación	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP	Memoria de actividades de la SPSP	Diseño realizado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
				Campaña realizada: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	
1.2.1. Creación grupo trabajo y elaboración de Guía para abordaje de la historia sexual en AP	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad en Atención Primaria (GAPC)	Memoria SPSP	Elaboración de la guía y disponibilidad en OMI-AP / AP-Madrid: SÍ/ NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.2.2. Revisión de protocolo promoción de la salud adultos y adolescente y patrón nº9 Gordon, y ampliar datos h ^a sexual	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS Técnicos de la SPSP y de GAPC	Memoria SPSP	Revisión protocolos y ampliación datos para h ^a sexual: SÍ/NO	SI	Junio 2012	SPSP
1.3.1. Protocolo Consejo Contraceptivo	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria SPSP	Manual realizado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
				Distribución electrónica realizada: SÍ/NO	SÍ		
				Estudio en marcha/realizado SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.4.1. Talleres grupales de EpS sobre sexualidad y anticoncepción	Población inmigrante en edad reproductiva. Población adolescente/joven	Profesionales sanitarios de los CS	Registros específicos de actividades EpS de AP	% centros de salud que han realizado un taller al año sobre anticoncepción	40% a finales de 2013	Diciembre, 2012 y 2013	SPSP
1.5.1. Elaboración de Guía de centros monográficos salud sexual y reproductiva	Población inmigrante en edad reproductiva. Población general en edad reproductiva.	Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	Guía elaborada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
				Distribución de la Guía: SÍ/ NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	
1.5.2. Coordinación con centros municipales para la prevención de embarazos no deseados	Población en edad reproductiva	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP. Técnicos de los centros municipales	Memoria SPSP	N ° municipios con los que se han realizado reuniones de coordinación	-----	Diciembre, 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.5.3. Coordinación con el Ayto de Madrid para la prevención de embarazos no deseados	Población en edad reproductiva	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP. Técnicos de los centros municipales	Memoria SPSP	Establecimiento de protocolo de colaboración: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.5.4. Protocolo de coordinación con el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS)	Población en edad reproductiva	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP. Responsables CJAS	Memoria SPSP	Reuniones de coordinación con el CJAS: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
2.2.1. Elaboración y distribución de documento técnico sobre la autonomía sanitaria en menores de edad	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	Documento técnico elaborado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
				Distribución electrónica realizada: SÍ/NO	SÍ		
4.1.2. Instalación de máquinas de preservativos en el exterior de algunos Centros de Salud	Población adolescente/joven	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	N ° de CS con máquinas instaladas en el exterior de CS	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
5.1.1. Desarrollo de una estrategia de comunicación pública hacia población inmigrante	Población inmigrante en edad reproductiva	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	Diseñada la estrategia de comunicación SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
				Estrategia realizada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	
6.1.1 Estudio sobre embarazos no deseados que llegan a término	Mujeres con un embarazo no deseado	Técnicos de la SPSP	El previsto en el estudio Memoria SPSP	Estudio diseñado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
				Estudio realizado/puesto en marcha SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	
6.1.2. Difusión del protocolo de solicitud de IVE e inserción en OMI-AP/AP-MADRID	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP y de la GAPC	OMI-AP/AP-MADRID	Distribución del protocolo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	GAPC SPSP
				Inserción del protocolo en OMI-AP/AP-MADRID SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	
6.1.3. Inserción protocolo de IVE en madrid.org	Mujeres con un embarazo no deseado	Unidad web	Página web	Inserción del protocolo en página web: SÍ/NO	SI	Junio 2011	SPSP
6.1.4. Elaboración y distribución protocolo asesoramiento para evitar IVE de repetición	Mujeres que acaban de sufrir una IVE	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	Protocolo realizado SÍ/NO	SI	Junio 2012	SPSP
				Protocolo distribuido en centros autorizados para IVE: SÍ/NO	SI	Diciembre 2012	

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1 Cursos anticoncepción y salud sexual: <ul style="list-style-type: none">Actualización en anticoncepción regular y de urgenciaAtención al adolescente. Salud Sexual y ReproductivaCursos Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva		X		X					X			X	X		X						X			X		X		X					X				
1.1.2. Curso de educación sexual y prevención embarazos no deseados					X				X								X				X							X					X				
1.1.3. Estrategia informativa sobre anticonceptivos de última generación									X	X	X	X	X	X	X	X																					
1.2.1. Creación grupo trabajo y elaboración de Guía para abordaje de la historia sexual en AP				X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
1.2.2. Revisión de protocolo para ampliar recogida de datos de la historia sexual													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
1.2.3. Incluir en Hª clínica electrónica datos hª sexual, según protocolo																		X	X	X	X																
1.3.1. Protocolo Consejo Contraceptivo													X	X	X	X																					
1.4.1. Talleres grupales de EpS en anticoncepción													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.5.1. Elaboración y distribución Guía de centros monográficos salud sexual y reproductiva									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.5.2. Coordinación con centros municipales para la prevención de embarazos no deseados				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.5.3. Coordinación con el Ayto de Madrid para la prevención de embarazos no deseados													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.5.4. Protocolo de coordinación con el CJAS													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
2.2.1. Elaboración y distribución de documento técnico sobre la autonomía sanitaria en menores de edad																									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1.2. Instalación de máquinas de preservativos en el exterior de algunos Centros de Salud													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5.1.1. Desarrollo de una estrategia de comunicación pública hacia población inmigrante																					X	X	X	X													
6.1.1 Estudio sobre embarazos no deseados que llegan a término																										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.1.2. Difusión del protocolo de I IVE e inserción en OMI-AP/AP-MADRID				X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
6.1.3. Inserción en madrid.org protocolo de IVE				X	X	X																															
6.1.4. Elaboración y distribución protocolo asesoramiento para evitar IVE de repetición													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													

BIBLIOGRAFÍA

1. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Delgado M. Maternidad adolescente en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid 2010.
3. Comas D. Estado de salud de la juventud. En: Juventud en España. Informe 2008. Instituto de la Juventud.
4. Ganar salud con la juventud. Nuevas recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental, del grupo de trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de la Juventud. Madrid 2008.
5. 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.
6. Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
7. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009.
8. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
9. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.
10. Las decisiones en materia de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y hombres inmigrantes latinoamericanos en la Comunidad de Madrid. Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Marzo 2008.
11. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 55. Marzo 2010.
12. Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Marzo 2005.
13. Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2008). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Abril 2009. Vol. 15 (4).
14. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria (revisión 2009). Servicio Madrileño de Salud.

15. Recomendación sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.2ª Edición. 2005. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/index.htm>
16. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.3ª Edición. OMS. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/index.htm>
17. Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2008). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, n.4, volumen 15. Abril2009: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142567797600&pagina me=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
18. Protocolo informatizado asistencial unificado de la Comunidad de Madrid: Mujer embarazada (DGAP). Disponible en AP-Madrid.
19. Protocolo informatizado asistencial unificado de la Comunidad de Madrid: Adolescente (DGAP). Disponible en AP-Madrid.
20. Protocolo informatizado asistencial unificado de la Comunidad de Madrid: Adulto-Prevención y Promoción de la salud (DGAP). Disponible en AP-Madrid.
21. Protocolo informatizado asistencial unificado de la Comunidad de Madrid: Mujer en el puerperio (DGAP). Disponible en AP-Madrid.
22. Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Medicina de la adolescencia. Ergon, 2004.
23. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros.10ª ed. Mosby; 2003.
24. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad española de contracepción, Zaragoza 2001.
25. Castells T, Silber TJ: Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona: Planeta; 2006.
26. Colomer, J: Prevención del embrazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Grupo de trabajo AEPap/PAPPS semFYC. 2003.
27. Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Atención Primaria 2003; 32 Supl 2: 133-7.
28. Selec practice recommendations for contraceptive use, 2º ed. World Health Organization 2005. Geneva. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_027/spr.pdf.
29. Lete I, Doval JL, Gomez MA, Sánchez Borrego R, Perez campos E, De la Viuda E et al. Anticoncepción combinada oral, transdérmica y vaginal. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Meditex; 2006. pág 85-6.

30. Lete I, Doval JL, Gomez MA, Sánchez Borrego R, Perez campos E, De la Viuda E et al. Métodos anticonceptivos de barrera. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Meditex; 2006. pág 91.
31. Lete I, Doval JL, Gomez MA, Sánchez Borrego R, Perez campos E, De la Viuda E et al. Anticoncepción de emergencia. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Meditex; 2006. pág 115.
32. Pablos Antona MJ, Hernandez iglesias CM, Moratalla Bartolomé E. Anticoncepción hormonal y no hormonal. Guía práctica de Ginecología en Atención Primaria. Barcelona: Glosa; 2009. pág 29-43.
33. Rodríguez Martín N, Rodríguez León JA, Noguero Gómez JC. Consultas urgentes en contracepción. Urgencias en ginecología y obstetricia. Aproximación a la medicina basada en la evidencia. FISCAM; 2007. pág 665-683.

7.2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

7.2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La importancia de la atención sanitaria a las enfermedades transmisibles radica en su potencial para la prevención y el control. Numerosas enfermedades transmisibles pueden controlarse y en muchos casos, evitarse. Las enfermedades infecciosas representan uno de cada cuatro episodios atendidos en Atención Primaria y un 2 % de las altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y los brotes epidémicos está recogida en la normativa de la Comunidad de Madrid (Orden 9/1997) y desarrollada en los diferentes programas de salud pública de prevención y control. Su objetivo es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de decisiones encaminadas a proteger la salud de la población. Además, en la Comunidad de Madrid se han adaptado los planes establecidos a nivel nacional o internacional, como el Plan de Erradicación de la Poliomielitis, el Plan de Eliminación del Sarampión, el Plan de Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, el Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe, el Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y el Plan Nacional de Sida.

El sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. El actual desarrollo de los sistemas de información permite la automatización de la declaración semanal de EDO diagnosticadas en Atención Primaria y registradas en la historia clínica informatizada, aunque se mantiene la obligatoriedad de notificar de manera urgente por vía telefónica o por fax todas las enfermedades de declaración urgente y los brotes de cualquier etiología. La automatización de la notificación aporta como ventajas el mantenimiento de altas coberturas de declaración, a la vez que simplifica las tareas administrativas de los médicos de los centros de salud.

En el presente Plan de Promoción de la Salud y Prevención se presentan las propuestas de mejora de prevención y control de las enfermedades transmisibles, agrupadas en tres áreas de atención prioritarias en el ámbito de la Atención Primaria y la Salud Pública: enfermedades prevenibles por vacunación, tuberculosis e infección por VIH/Sida y otras ITS. Las actividades que se proponen conllevan la implicación directa de los profesionales de salud pública y de los que trabajan en los centros de salud.

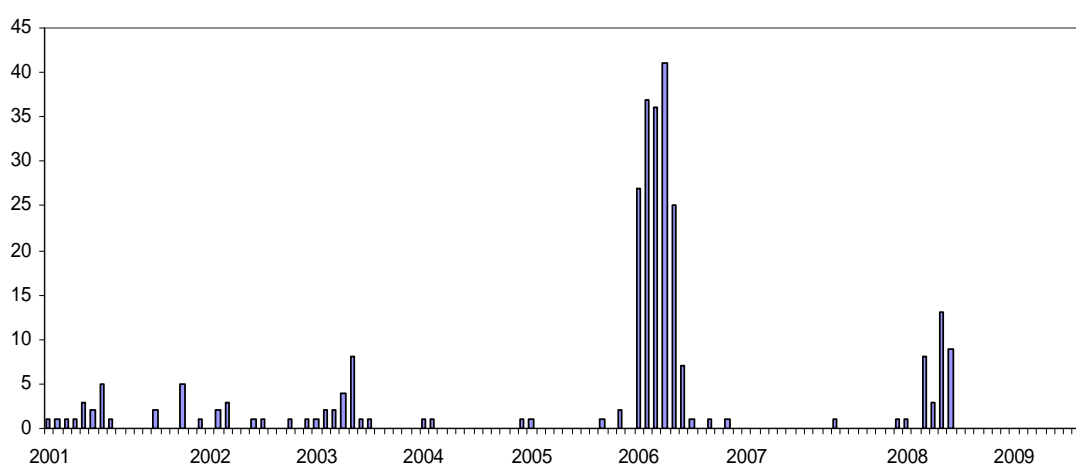
7.2.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES POR VACUNACIÓN

INTRODUCCIÓN

El impacto de la vacunación en la población ha sido trascendental, con un gran efecto en la reducción de la mortalidad en todo el mundo. Desde el descubrimiento de la primera vacuna se han controlado, al menos en algunas partes del mundo, enfermedades importantes e incluso se ha conseguido la erradicación mundial de la viruela y se está próximo a lograr la erradicación mundial de la poliomielitis. Por tanto, la vacunación es un acto primordial para favorecer la salud colectiva potenciando la individual. Para conseguirlo hacen falta coberturas vacunales elevadas, que deben mantenerse en el tiempo, y evitar la existencia de bolsas marginales de población, con bajas coberturas, donde la enfermedad pueda perpetuarse.

La proporción necesaria de individuos inmunizados en una comunidad para prevenir una epidemia, depende de cada enfermedad. En general, una importante proporción de individuos protegidos permite evitar que una epidemia se presente en una comunidad. La generación periódica de bolsas de individuos susceptibles, por escasa circulación del agente patógeno o como resultado de fallos vacunales, explica las ondas epidémicas con que aparecen determinadas patologías entre la población. Así y aunque las coberturas de vacunación infantil son altas, en la Comunidad de Madrid se han producido en estos años brotes de ámbito comunitario de enfermedades que se pueden prevenir mediante inmunización como son la rubéola, el sarampión (figura 14) o la parotiditis.

Figura 14: Casos de sarampión por cuatrimestre. Comunidad de Madrid, 2001-2009



Ello es consecuencia de diversos factores, que con frecuencia actúan de manera combinada, como son la existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar

enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas. Todo ello pone de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica que proporcione información para reforzar la vacunación de los grupos de población más susceptibles. Para llegar a esta población hay que valorar minuciosamente qué estrategias pueden ser las más adecuadas en cada caso.

Pero en general, los programas de vacunaciones infantiles han tenido un impacto importantísimo en la incidencia de las enfermedades incluidas en los calendarios vacunales. En algunos casos la vacunación sistemática de la población infantil está conduciendo a la desaparición de la enfermedad en la población. En el momento actual, se encuentran próximas a la eliminación enfermedades como la poliomielitis (no se han notificado casos en España desde el año 1989) y el sarampión (0 casos autóctonos en la Comunidad de Madrid en 2009). En 2009 tampoco se declaró ningún caso de tétanos ni se observaron casos de difteria o rubéola congénita, y tampoco se ha detectado ningún caso de enfermedad invasora por *Haemophilus* tipo b en menores de 5 años.

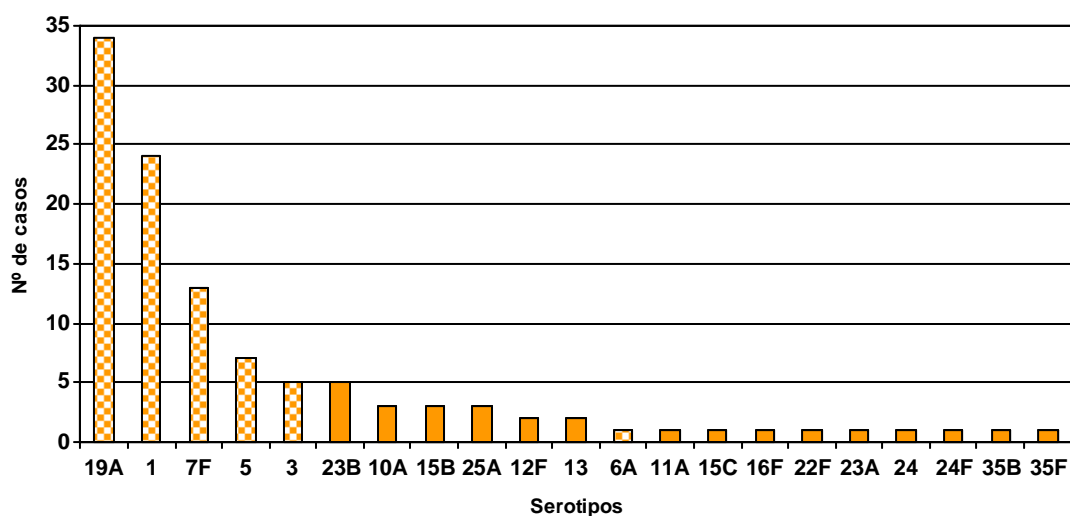
Otras enfermedades muy frecuentes antes de incluirse en los calendarios de vacunación y en la actualidad con baja incidencia son la rubéola (13 casos notificados en 2009), la parotiditis (441 casos) y la tos ferina (110 casos). La varicela, desde que se incorporó la vacunación en el calendario infantil, presenta una tendencia descendente muy acusada (figura 15).

Figura 15: Incidencia de varicela global y por sexo. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid, 2001-2009



Por último, enfermedades poco frecuentes pero de elevada severidad se mantienen con reducida incidencia, como es el caso de la hepatitis B (se notificó 1 caso entre menores de 20 años en 2009), la enfermedad meningocócica por serogrupo C (2 casos en menores de 25 años en 2009) y la Enfermedad neumocócica invasora (124 en menores de 5 años en 2009, ninguno de ellos por serotipos incluidos en la vacuna 7-valente) (figura 16).

Figura 16: Distribución por serotipos de casos de enfermedad neumocócica invasora en menores de 5 años. Comunidad de Madrid, 2001-2009



SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad, en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid protege frente a 13 enfermedades de gran trascendencia en estas edades: Difteria, Tétanos, Tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B, Poliomiелitis, Sarampión, Parotiditis, Rubéola, Meningococo serogrupo C, Neumococo, Varicela y Virus del Papiloma Humano.

Igualmente, todos los adultos con vacunación incompleta o no vacunados en su infancia deben completar su esquema vacunal de forma correcta. El calendario de vacunación de adultos tiene como objetivo incrementar la protección de las personas adultas frente a enfermedades transmisibles que se pueden evitar con las vacunas disponibles. Además, algunas de estas infecciones son más graves en adultos, como el sarampión, o pueden tener consecuencias graves si se padecen durante el embarazo, como la rubéola.

La vacunación de adultos cuenta con un conjunto de pautas a seguir según la edad de la persona, incluyendo así mismo recomendaciones de vacunación según las condiciones personales que aumenten el riesgo de contraer una enfermedad transmisible.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrolla desde el año 1990 y mediante campañas anuales un programa de vacunación antigripal que tiene como objetivo disminuir la incidencia de la gripe en grupos de población considerada de riesgo, así como las posibles complicaciones que puedan derivarse de la misma. En el año 2005 en base a las recomendaciones elaboradas por el Comité de Expertos Asesor de Vacunas de la Comunidad de Madrid, se ampliaron los grupos de edad, recomendando la vacunación frente a la gripe en

personas iguales o mayores de 60 años. Esta recomendación se fundamenta en los estudios realizados que muestran que en estos grupos de edad existe una alta proporción de personas con factores de riesgo.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer la prevención y el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la protección de la población adulta respecto a las enfermedades prevenibles por vacunación incluidas en el calendario de vacunación del adulto.
2. Aumentar la cobertura de vacunación frente a la gripe y el neumococo en los grupos de riesgo considerados prioritarios 1 punto/año.
3. Aumentar la cobertura de vacunación frente al virus del papiloma humano en las cohortes de niñas incluidas en calendario 1 punto /año.
4. Mejorar la información sobre vacunas de los profesionales sanitarios.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Mejorar la protección de la población adulta respecto a las enfermedades prevenibles por vacunación incluidas en el calendario de vacunación del adulto.

Actividad 1.1: Crear un grupo de trabajo para elaborar un “plan personal de vacunación del adulto” que permita registrar en cada tramo de edad bien la vacunación, bien la protección o bien la contraindicación médica de la vacunación correspondiente.

El grupo de trabajo también elaborará un protocolo de actuación que definirá la estrategia a seguir en caso de no ser posible la acreditación documental de protección frente a enfermedades vacunables, que estará dirigida a fomentar la vacunación.

Actividad 1.2: Registro en el modulo vacunas de la historia clínica OMI /AP-Madrid, en el plan personal de vacunación del adulto, de los nacidos después de 1966 y mayores de 18 años, que están protegidos frente al sarampión (evidencia documentada de haber recibido una dosis o más, historia previa de haber padecido sarampión o acreditación documental de inmunidad) o registro de contraindicación médica.

Actividad 1.3: Registro en el plan personal de vacunación del adulto, de las mujeres en edad fértil (15-49 años), que están protegidas frente a rubéola (evidencia documentada de haber recibido una dosis o más, historia previa de haber padecido rubeola o prueba serológica de inmunidad) o registro de contraindicación médica.

Actividad 1.4: Registro en el plan personal de vacunación del adulto, de los nacidos después de 1985 y mayores de 18 años, que han recibido 3 dosis de vacuna frente a la hepatitis B.

Actividad 1.5: Registro en el plan personal de vacunación del adulto, de los nacidos después de 1966 y mayores de 18 años, que están protegidas frente a varicela (evidencia documentada de haber recibido dos dosis, historia previa de haber padecido varicela o acreditación documental de inmunidad) o registro de contraindicación médica.

- **Objetivo específico 2:** Aumentar la cobertura de vacunación frente a la gripe y el neumococo en los grupos de riesgo considerados prioritarios, 1 punto /año.

Actividad 2.1: Estrategia de sensibilización dirigida a la población general sobre la importancia de la protección frente a la gripe y el neumococo, especialmente de los grupos considerados de riesgo, al objeto de potenciar la vacunación frente a ambas enfermedades.

Actividad 2.2: Coordinación con la Consejería de Educación para establecer una estrategia de sensibilización dirigida a los profesionales de Educación Infantil, al objeto de favorecer el aumento de la protección de este colectivo profesional frente a enfermedades vacunables (triple vírica, varicela y hepatitis A).

- **Objetivo específico 3:** Aumentar la cobertura de vacunación frente al virus del papiloma humano en las cohortes de niñas incluidas en calendario, 1 punto /año.

Actividad 3.1: Potenciar la vacunación frente al virus del papiloma humano mediante el envío de cartas recordatorias en los casos de niñas con vacunación incompleta frente a dicho virus.

- **Objetivo específico 4:** Mejorar la información sobre vacunas de los profesionales sanitarios.

Actividad 4.1: Actualización de un espacio vía intranet sobre "información sobre vacunas". En este espacio se incluirá información técnica sobre vacunas: calendarios vacunales de la Comunidad de Madrid y extranjeros, calendarios acelerados, link con fichas técnicas, vacunas disponibles, coberturas, campañas, documentos, alertas.

Actividad 4.2: Realización de una Jornada dirigida a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la vacunación en Salud Pública.

Actividad 4.3: Actualización de la formación de los profesionales sanitarios sobre vacunas mediante el actual curso de "Actualización en inmunizaciones", que se realiza periódicamente, y completándolo con sesiones sobre calendario del adulto en los centros de salud.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1. Creación plan personal vacunación adulto y elaboración de protocolo	Población adulta	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS), técnicos de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC) y de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Creación plan personal vacunación adulto: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
			Memoria SPSP	Elaboración de protocolo: SÍ/NO			
1.2. Registro protección sarampión de los >18 años nacidos después 1966	Nacidos después de 1966 y mayores de 18 años	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº nacidos después 1966 y >18 años con protección o contraindicación vacunal sarampión / Total nacidos después 1966 y >18 años	Incremento anual del 5%	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.3. Registro protección rubeola Mujeres en edad fértil	Mujeres en edad fértil (15- 49 años)	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS.	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº mujeres en edad fértil con protección o de contraindicación vacunal rubeola / Total mujeres en edad fértil	Incremento anual del 5%	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.4. Registro vacunación hepatitis B de los nacidos después de 1985 y >18 años	Nacidos después de 1985 y >18 años	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Cobertura de vacunación alcanzada en población diana	Aumento de la cobertura 1 punto por año	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.5. Registro protección varicela de los nacidos después de 1966 y > 18 años	Nacidos después de 1966 y > 18 años	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº nacidos después de 1966 y > 18 años con protección o contra indicación vacunal varicela / Total nacidos después de 1966 y > 18 años	Incremento anual del 5%	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.1 Estrategia de sensibilización a la población vacunación gripe y neumococo	Grupos de riesgo prioritarios frente a la gripe y neumococo	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS	Memoria de la SPSP	Estrategia de sensibilización realizada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.2 Coordinación Consejería de Educación para estrategia de sensibilización sobre protección frente a enfermedades vacunables	Profesionales de Educación Infantil	Responsables y Técnicos de la SPSP Responsables y Técnicos de la Consejería de Educación	Memoria de la SPSP	Coordinación con Consejería de Educación: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
				Estrategia de sensibilización realizada: SÍ/NO		Diciembre 2012	
3.1. Cartas recordatorias vacunación frente al virus del papiloma humano niñas con vacunación incompleta	Niñas con vacunación incompleta frente al virus papiloma humano	Médicos de familia, pediatras, enfermería y técnicos de la SPSP Responsable de vacunas de CS.	Memoria SPSP	Cartas enviadas: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.1. Actualización espacio intranet “información sobre vacunas”	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP	Página web de vacunas	Actualización espacio intranet: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
				Número de consultas a la página web año	----	Diciembre 2011 y 2012	
4.2. Jornada sobre vacunas	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP	Técnicos de la SPSP	Memoria SPSP	Jornada realizada: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
4.3. Cursos Actualización inmunizaciones	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP Profesionales sanitarios de los CS	Registro actividades formación continuada de la SPSP	N ° Cursos realizados /año	11 cursos/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Creación plan personal vacunación del adulto y protocolo vacunación				X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
1.2. Registro protección sarampión >18 años y nacidos después 1966													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.3. Registro protección rubeola Mujeres en edad fértil													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.4. Registro vacunación hepatitis B nacidos después de 1985													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.5. Registro protección varicela nacidos después de 1966													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1. Estrategia de sensibilización a la población vacunación gripe y neumococo									X	X	X									X	X	X										X	X	X			
2.2. Coordinación Consejería de Educación estrategia sensibilización para profesionales de Educación Infantil													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
3.1. Cartas recordatorias vacunación frente al virus del papiloma humano niñas nacidas en 1994, 1995 y 1996			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1. Actualización espacio intranet "información sobre vacunas"			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2.Jornada sobre vacunas			X																																		
4.3. Cursos Actualización en inmunizaciones			X	X	X	X			X	X	X				X	X	X	X			X	X	X				X	X	X				X	X	X		

BIBLIOGRAFÍA

1. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
2. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Vacunación frente a la rubéola en mujeres en edad fértil. Control de síndrome de rubéola congénita. Recomendaciones 2006. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
3. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Calendario de vacunación infantil 2006. Calendarios acelerados. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
4. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Evaluación del estado vacunal de la población inmigrante y desfavorecida en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
5. World Health Organization. 2003. Strategic measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO.
6. Dirección General de Atención Primaria. Vacunación antigripal 2009. Vacuna de polisacárido frente a neumococo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
7. WHO. Influenza vaccines. WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. No.33, 2005, 80, 279-287.
8. World Health Organization. United Nations. Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries. World Health Organization 2006. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/672_filename_hpv_note.pdf. Advisory Committee on Immunization Practices. ACIP provisional recommendations for the use of quadrivalent HPV vaccine. [Disponible en: http://www.cdc.gov/nip/recs/provisional_rec/hpv.pdf](http://www.cdc.gov/nip/recs/provisional_rec/hpv.pdf).

7.2.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS

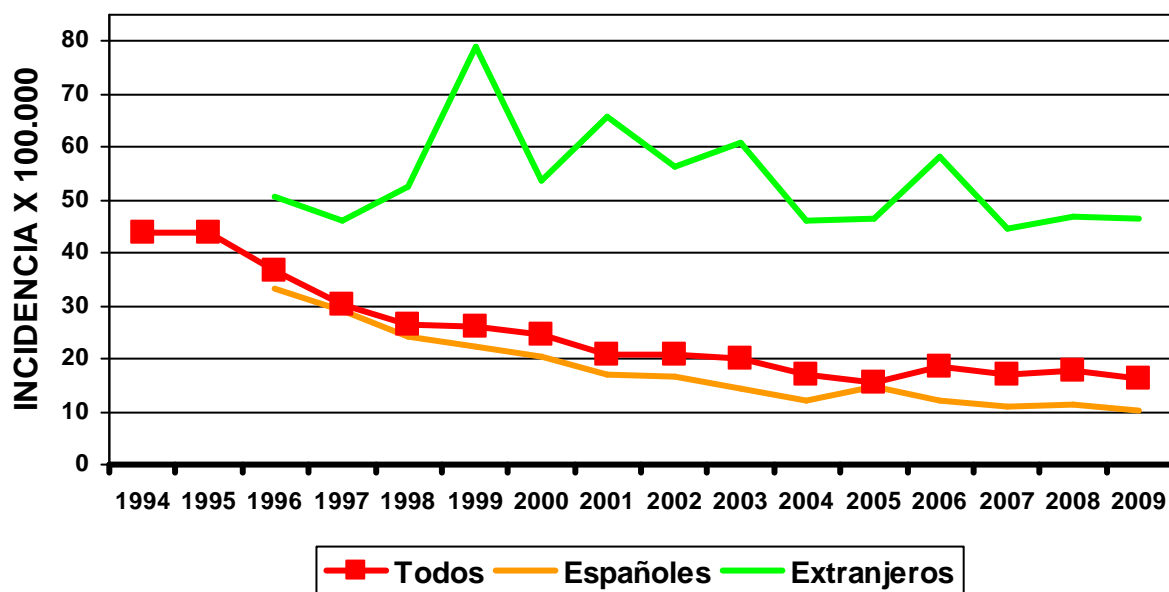
JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública. El control de esta enfermedad se basa en el diagnóstico precoz, el tratamiento completo, hasta la curación, y el estudio de los contactos. Los pacientes de tuberculosis que comienzan y no terminan el tratamiento pueden desarrollar una tuberculosis resistente a los fármacos, mucho más difícil y costosa de tratar. El tratamiento de la tuberculosis es largo, y se puede afirmar que en la mayoría de los casos si el enfermo colabora curará, para ello hay que perseverar en tomar diariamente todos los medicamentos a las dosis correctas. Existen diversos sistemas para mejorar la adherencia al tratamiento, entre ellos el Tratamiento Directamente Observado, que consiste en observar como el enfermo ingiere la medicación, garantizando que se ha producido la toma, es un método probado y estandarizado y constituye la estrategia recomendada internacionalmente para controlar la tuberculosis.

En los últimos años la incidencia anual de tuberculosis en la Comunidad de Madrid se ha estabilizado, se estima que en nuestra Región se registran cada año alrededor de 1.000 casos nuevos, que afectan especialmente a los colectivos más desfavorecidos desde el punto de vista social y sanitario. Y esta incidencia es elevada en relación a la registrada en otras regiones de Europa Occidental. Hay que considerar que como consecuencia de los cambios demográficos recientes, la proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un ascenso progresivo de forma que en la actualidad la tuberculosis en personas nacidas en el extranjero supone casi la mitad de los casos registrados en la Comunidad de Madrid.

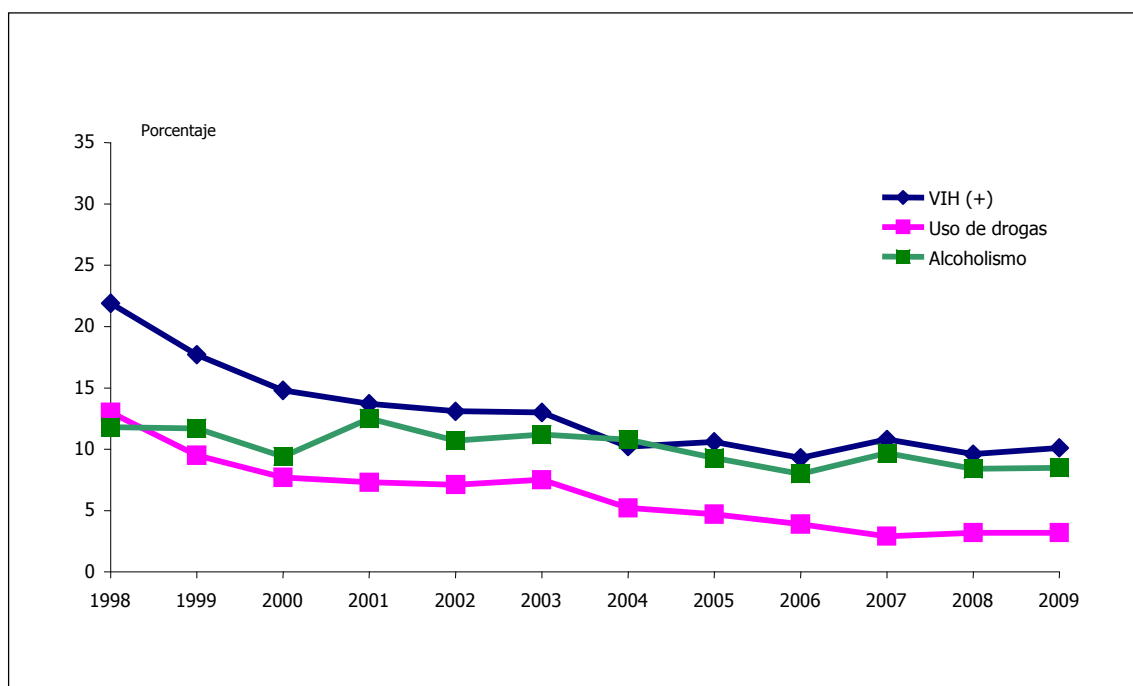
Según datos provisionales, en 2009 se registraron 1.037 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (figura 17), que representan una incidencia anual de 16,25 casos por 100.000 habitantes. Por género, hay un predominio masculino, con 625 casos en hombres (60,3%), con una incidencia de 20,19 casos por 100.000 hombres, frente a 412 mujeres (39,7%), con una incidencia de 12,51 casos por 100.000 mujeres. Por edades, el mayor número de casos se registró entre los 25 a 34 años, con 269 casos (25,94%). Por origen el 47,6% de los casos eran personas nacidas fuera de España, siendo su procedencia fundamentalmente de América del Sur. La incidencia en población de origen extranjero es de 46,44 casos por 100.000 habitantes mientras que la incidencia en nacidos en España es de 10,20 casos por 100.000 habitantes.

Figura 17: Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1994-2009



En 2009 la situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia fue la infección por VIH/Sida y el alcoholismo (figura 18).

Figura 18: Evolución de la proporción de casos VIH (+), alcoholismo, usuarios de drogas por vía parenteral. Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1994-2009



SITUACIÓN ACTUAL

El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis inició su andadura en 1995, cuando se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (Orden 145/1995), formada por representantes de las instituciones sanitarias y de las sociedades científicas implicadas en el manejo de esta enfermedad. Hay que considerar que el desarrollo de esta estrategia requiere, además del imprescindible apoyo por parte de la Salud Pública, la coordinación con otros sectores de las administraciones sanitarias. Desde los centros de salud y las consultas especializadas se lleva a cabo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con tuberculosis así como el estudio de contactos de los familiares y allegados. La red hospitalaria proporciona, en los casos más graves, el ingreso hospitalario. A estas acciones de la red asistencial hay que unir las acciones propias de Salud Pública, fundamentalmente la vigilancia epidemiológica, cuya actividad básica es el Registro Regional de Casos y el control de contactos en colectivos.

El Registro Regional de Casos permite conocer la situación y evolución de la tuberculosis, a fin de identificar los grupos de riesgo y apoyar y evaluar las intervenciones de prevención y control de la enfermedad. Las actividades a desarrollar para el mantenimiento del Registro suponen el rastreo sistemático de las fuentes de información, la consolidación de las bases de datos, y el análisis y difusión de la información. Así mismo, cada año se establecen actividades de mejora en su funcionamiento, actualización del manual de procedimientos, revisión de la aplicación informática,...etc. Para el control de los contactos se cuenta con un protocolo de intervención que es similar en cualquier ámbito en el que se detecte un caso de tuberculosis. Son varios los ámbitos a tener en cuenta para indicar la intervención de estudios de contactos en colectivos: empresas, centros educativos (colegios, academias, institutos, centros universitarios, etc.), residencias de ancianos, centros de ocio (gimnasios, coros, etc.) y centros de desintoxicación/rehabilitación de drogadictos y otros (conventos, colegios mayores, cuarteles, etc.).

Además, la Comunidad de Madrid cuenta con una Red formada por 7 Unidades Móviles para realizar acciones sanitarias en los colectivos más desfavorecidos. Una parte muy importante de la tarea que realizan es la dedicada al Tratamiento Directamente Observado de Tuberculosis. La gestión de la Red de Unidades Móviles se establece con Cruz Roja Española-Oficina de la Comunidad de Madrid en virtud de los convenios de colaboración. El Tratamiento Directamente Observado de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid está dirigido a los enfermos en los que el incumplimiento es previsible o el fracaso del tratamiento representa un grave impacto en el entorno del paciente o cuando existe el antecedente de abandonos. Se valora su utilización, sobre todo, en los casos con desestructuración familiar y social (indigentes, drogodependientes, alcohólicos, etc.).

OBJETIVO GENERAL

Favorecer la prevención y el control de las personas infectadas o enfermas de tuberculosis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir a mejorar el conocimiento de la situación epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid, a través de la notificación de los casos atendidos en Atención Primaria.
2. Conseguir un mayor seguimiento del paciente diagnosticado de tuberculosis por parte del Sistema Sanitario hasta la finalización del tratamiento, potenciando que los profesionales de Atención Primaria comuniquen los datos de seguimiento.
3. Mejorar el estudio de contactos convivientes del caso índice y la identificación y comunicación de otros contactos sociales de riesgo.
4. Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios en el manejo del paciente tuberculoso y del protocolo de estudio de contactos.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Contribuir a mejorar el conocimiento de la situación epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid, a través de la notificación de los casos atendidos en Atención Primaria.

Actividad 1.1: Creación de grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo específico de notificación de caso de tuberculosis, asociado a OMI-AP Madrid.

Cada médico de Atención Primaria cumplimentará la hoja de notificación de caso (independientemente de que el diagnóstico inicial se haya realizado en Atención Primaria o en otro nivel asistencial).

- **Objetivo específico 2:** Conseguir un mayor seguimiento del paciente diagnosticado de tuberculosis por parte del Sistema Sanitario hasta la finalización del tratamiento, potenciando que los profesionales de Atención Primaria comuniquen los datos de seguimiento.

Actividad 2.1: Comunicación de la finalización del tratamiento de cada caso de tuberculosis de cada cupo médico, o las incidencias relevantes -traslado, pérdida, éxitus...-(independientemente de que el diagnóstico inicial se haya realizado en Atención Primaria o en otro nivel asistencial). Se realizará a través de la cumplimentación del protocolo de notificación específica de caso de tuberculosis.

Actividad 2.2: Vigilancia de la adherencia al tratamiento antituberculoso de cada paciente, en especial en aquellos con factores predictores de mala adherencia (por patologías o por

problemas sociales, Anexo 2). Control periódico de “nº de recetas”. Ofertar tratamientos supervisados desde el Centro de Salud (incluyendo la oferta de tratamientos gratuitos para poblaciones con problemas económicos que dificulten la adherencia a tratamiento). En caso necesario se derivará a la Red de Unidades Móviles de Cruz Roja para el tratamiento supervisado.

Se realizará a través de la cumplimentación del protocolo de notificación específica de caso de tuberculosis.

Actividad 2.3: Adaptación en OMI-AP Madrid del documento de educación sanitaria “Lo que necesitamos saber de la tuberculosis”.

- **Objetivo específico 3:** Mejorar el estudio de contactos convivientes del caso índice y la identificación y comunicación de otros contactos sociales de riesgo.

Actividad 3.1: Intercambio de información sobre casos de tuberculosis entre Salud Pública y los médicos de Atención Primaria (directamente o a través del responsable de tuberculosis de las unidades directivas territoriales de AP). La información inicial procede de los laboratorios de microbacterias o desde Atención Especializada.*

Actividad 3.2: Identificación de los contactos convivientes en riesgo y realización de la prueba de tuberculina (siguiendo el protocolo de la Comunidad de Madrid). En tuberculosis respiratorias, identificar si existen otros contactos laborales / escolares o sociales de riesgo.

Actividad 3.3: Notificación de los estudios de contactos realizados en la población adscrita y de los que tendrían indicación de realizarse, pero pertenecen a otros cupos médicos. La comunicación se hará al Servicio de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al centro de salud.

Actividad 3.4: Unificar el protocolo en el que se registra la realización de la prueba de tuberculina, que permitirá identificar el motivo por el que se realiza y su clasificación en dos categorías: por estudio de contactos ante un caso (con identificación del caso índice que lo origina) y por riesgos intrínsecos del paciente.

- **Objetivo específico 4:** Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios en el manejo del paciente tuberculoso y del protocolo de estudio de contactos.

Actividad 4.1: Formación continuada para el personal sanitario (médicos y enfermeros) en manejo del paciente tuberculoso y del protocolo de estudio de contactos (incluida técnica de Mantoux), a través de un material formativo diseñado para ese fin.

Actividad 4.2. Actualización del material formativo.

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.Elaboración e implantación de protocolo específico notificación de caso TB en OMI-AP	Pacientes con enfermedad tuberculosa (TB) diagnosticada	Médicos de Atención Primaria, Técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al Centro de Salud (CS)	Memoria SPSP	Elaboración protocolo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
			Protocolo notificación. Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid Registro de Tuberculosis	% casos de TB notificados a Salud Pública respecto al total de casos atendidos en AP	95% a final de 2013, con una progresión de 5% anual	Diciembre 2012 y 2013	
2.1. Comunicación finalización tratamiento caso TB	Pacientes con enfermedad tuberculosa diagnosticada	Médicos de Atención Primaria, Técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS	Protocolo notificación. Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid Registro de Tuberculosis	% casos de TB donde se conoce la evolución	80% a final de 2013, con una progresión de 5% anual	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.2. Vigilancia adherencia al tratamiento antituberculoso	Pacientes con enfermedad tuberculosa diagnosticada	Médicos de Atención Primaria, Técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS	Protocolo notificación. Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid Registro de Tuberculosis	% pacientes con buena adherencia al tratamiento antituberculoso	90%, a final de 2013 con una progresión de 5% anual.	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.3 Adaptar a OMI-AP Madrid documento EpS	Profesionales de Atención Primaria	Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Desarrollo y adaptación en la Hª Clínica : SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
		Unidad web Consejería Sanidad	Página web				
3.2. Identificación caso conviviente en riesgo y hacer Mantoux	Grupos diana para búsqueda activa de infección TB latente, en las que un resultado positivo de la prueba de la tuberculina-Mantoux puede derivar en tratamiento preventivo	Médicos de Atención Primaria, técnicos de los Servicios de Salud Pública de la zona del ámbito territorial correspondiente al CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid Registro de Tuberculosis	% de estudios de contactos realizados año ante enfermos con TB	80% en TB respiratoria bacilífera y 70% en respiratoria no bacilífera, a final de 2013, con una progresión de 5% anual.	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.3. Notificación de los estudios de contactos	Grupos diana para búsqueda activa de infección TB latente, en las que un resultado positivo de la prueba de la tuberculina-Mantoux puede derivar en tratamiento preventivo	Médicos de Atención Primaria, técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid Registro de Tuberculosis	% de estudios de contactos realizados ante enfermos con TB que son notificados	80% en TB respiratoria bacilífera y 70% en respiratoria no bacilífera, a final de 2013, con una progresión de 5% anual.	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
3.4. Unificar protocolo de registro de Mantoux e identificar motivo por el que se realiza	Grupos diana para búsqueda activa de infección TB latente, en las que un resultado positivo de la prueba de la tuberculina-Mantoux puede derivar en tratamiento preventivo	Médicos de Atención Primaria, técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS	Memoria SPSP	Protocolo unificado registro tuberculina: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
			Protocolo de registro tuberculina. Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	% de pruebas de tuberculina donde se conoce el motivo por el que se realiza	80% a final de 2013, con una progresión de 5% anual	Diciembre 2012 y 2013	
4.1. Curso sobre “Manejo del paciente tuberculoso y protocolo de estudio de contactos”	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS y del Servicio de Epidemiología de la SPSP	Registros de actividades de formación continuada de la SPSP	N ° Cursos realizados al año	2 cursos/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.2. Actualización del material formativo TB	Profesionales sanitarios	Técnicos de los Servicios de Salud Pública del ámbito territorial correspondiente al CS y del Servicio de Epidemiología de la SPSP	Memoria SPSP	Material formativo actualizado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Elaboración e implantación de protocolo específico notificación de caso TB				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. Comunicación finalización tratamiento caso TB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2. Vigilancia adherencia al tratamiento antituberculoso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.3. Adaptar a OMI-AP Madrid documento EpS									X	X	X	X																									
3.1 Intercambio de información sobre casos de tuberculosis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.2. Identificación caso conviviente en riesgo y hacer Mantoux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.3. Notificación de los estudios de contactos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.4. Unificar protocolo de registro de Mantoux e identificar motivo por el que se realiza				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1. Curso sobre "Manejo del paciente tuberculoso y protocolo de estudio de contactos"				X						X					X							X					X						X				
4.2. Actualización del material formativo TB				X	X	X																															

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, Orden 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
2. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid la Orden 145/1995, de 8 de febrero, de creación de la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Renovada y actualizada mediante Orden 130/2000, de 30 de marzo.
3. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Informe del año 2008. Vol. 15, nº 12, dic 2009.
4. Informe sobre la situación de la tuberculosis. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España 2008. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
5. EuroTB.Surveillance of tuberculosis in Europa 2006. <http://www.eurotb.org/rapports/2006>

ANEXO 1

Poblaciones diana para búsqueda activa de infección tuberculosa latente, en las que un resultado positivo puede derivar en tratamiento preventivo:

- Contactos estrechos con personas diagnosticadas de enfermedad tuberculosa, con el fin de identificar probables infecciones recientes. En este grupo cobran particular importancia los niños.
- Poblaciones con especial riesgo de enfermar:
 - Infectados por VIH
 - Adictos a drogas ilegales (especialmente heroína, cocaína y derivados)
 - Alcohólicos
 - Otros inmunodeprimidos (por patologías de base o tratamientos)
- Inmigrantes de zonas de alta prevalencia, especialmente si proceden de áreas geográficas con patrones de resistencia no habituales en nuestro medio. Cobran particular importancia los inmigrantes recientes (menos de 5 años de estancia en España) y los niños y jóvenes menores de 20 años.

ANEXO 2

Factores que predisponen a la no-adherencia al tratamiento

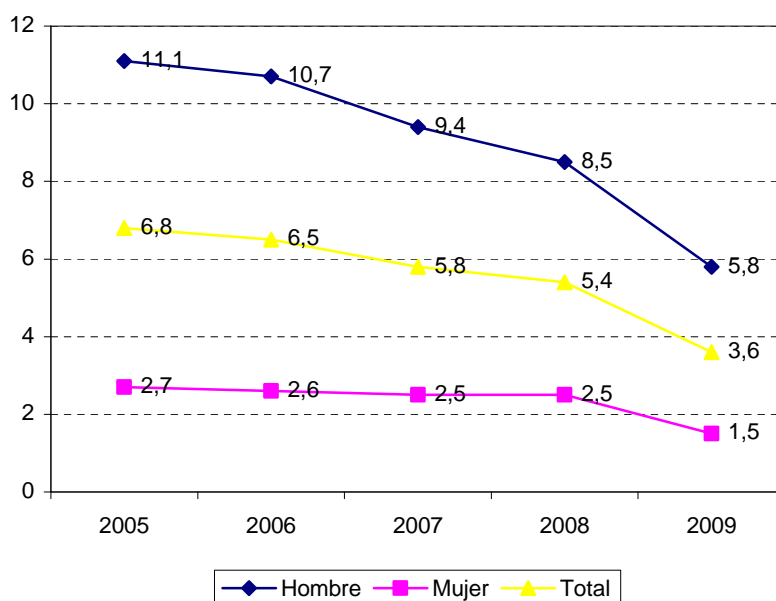
- Indigencia (sin hogar)
- Adictos a drogas ilegales, alcohólicos
- Historia previa de no-adherencia
- Enfermedades psiquiátricas
- Analfabetismo, bajo coeficiente intelectual
- Pertenencia a minorías étnicas, inmigrantes
- Falta de recursos sociales
- Escaso soporte social o familiar

7.2.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

INTRODUCCIÓN

La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un importante problema de salud pública en la Comunidad de Madrid (CM), siendo la comunidad autónoma que más casos de sida acumula en España (24%) y uno de los países más afectados de la Unión Europea. Desde el año 1982 han sido diagnosticados 18.605 casos de sida en esta Comunidad, de los cuáles sólo 7.493 estaban vivos a finales de 2008. Sin embargo, las características clínico-epidemiológicas de la infección por VIH han cambiado notablemente desde la aparición de la terapia combinada con antirretrovirales de gran actividad, en 1996, produciéndose un retraso importante en el desarrollo de sida en las personas con VIH y una mejora de su supervivencia. Aún así, en los últimos años, se han diagnosticado más de 300 casos nuevos de sida, y el número estimado de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas cada año se sitúa entre 600 y 700, siendo el 81'5% hombres y el 90% por transmisión sexual. Según datos provisionales, en 2009 se registraron 199 casos de sida en la Comunidad de Madrid que representan una incidencia anual de 3,6 casos por 100.000 habitantes. Por género, hay un predominio masculino, con 153 casos en hombres (78,46%), con una incidencia de 5,8 casos por 100.000 hombres, frente a 42 mujeres (21,54%), con una incidencia de 1,5 casos por 100.000 mujeres (figura 19).

Figura 19: Incidencia anual de Sida por 100.000 habitantes, según sexo y año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2005-2009



La infección por VIH está claramente determinada por factores sociales, económicos, culturales y de género. Los grupos de población más afectados son aquellos que han entrado en contacto con el VIH y en los que confluyen estos determinantes haciéndolos especialmente vulnerables a la transmisión.

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se consideran un grupo de población especialmente vulnerable a la infección por VIH, al igual que las personas nacidas fuera de España. Los datos epidemiológicos disponibles también resaltan la alta vulnerabilidad de las personas que ejercen prostitución (PEP), en particular los trabajadores masculinos del sexo (TMS) y las trabajadoras transexuales del sexo (TTS). Otros colectivos vulnerables son las propias personas con VIH; las parejas serodiscordantes en relación al VIH; las personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas sexuales; los presos/as; las minorías étnicas; etc. Según datos provisionales, en los casos de sida diagnosticados en 2009 el principal mecanismo de transmisión fueron las relaciones sexuales sin protección (66%), en hombres (68% de los casos), tanto homo (52%) como heterosexuales (16%), en mujeres 60%; seguido por el uso de drogas inyectadas (33%) (Figura 20)

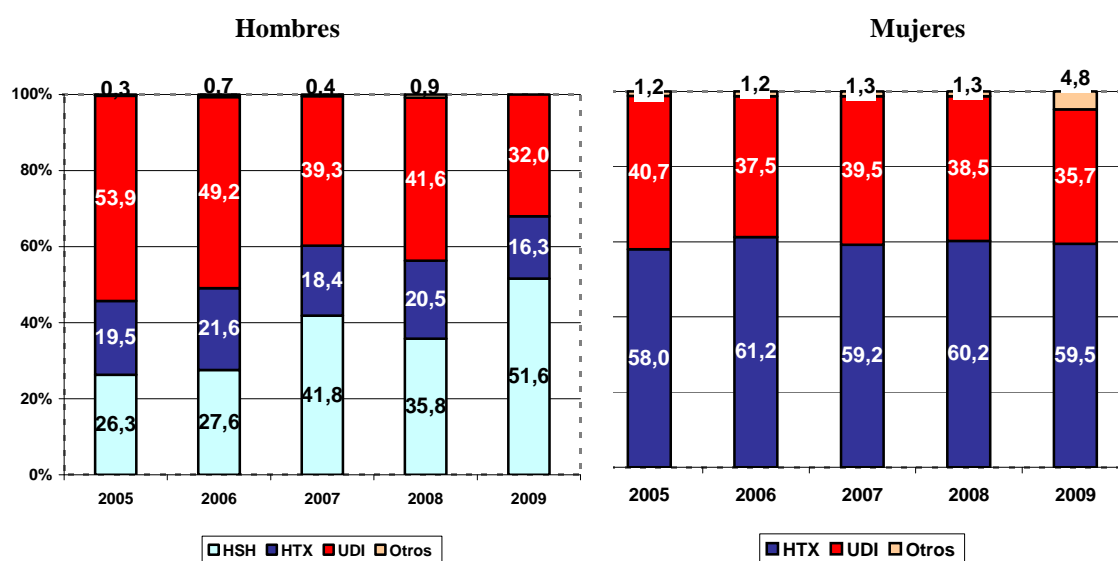


Figura 20: Porcentaje de casos según mecanismo de transmisión y sexo por año de diagnóstico de Sida. Comunidad de Madrid, 2005-2009

Otro aspecto relevante a nivel clínico y epidemiológico es el retraso en el diagnóstico de infección por VIH, que repercute de forma importante en la evolución clínica del paciente de forma individual y también en las posibilidades de transmisión del virus a nivel poblacional. El retraso diagnóstico se analiza de dos formas:

1. En los casos diagnosticados de sida, cuando transcurren menos de 12 meses entre el diagnóstico de VIH y el desarrollo de enfermedades indicativas de sida. En nuestra Comunidad, en 2008, el 46,6% de los casos de sida se habían diagnosticado de infección

VIH en los 12 meses previos, destacando además que en la mayoría de ellos ambos diagnósticos fueron simultáneos.

2. En los nuevos diagnósticos de infección por VIH (hayan desarrollado o no sida en ese momento), se define cuando la cifra de linfocitos CD4 más próximo al diagnóstico es inferior a 200 cél./ μ l. En 2008, de estos casos notificados en la CM, el 38,8% presentaba retraso diagnóstico.

Este elevado porcentaje de nuevas infecciones que se detectan de forma tardía evidencia la necesidad de fomentar un diagnóstico precoz.

Así mismo, en los últimos años se observa un aumento de los casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) diagnosticados en todos los grupos de edad, a partir de los 15 años. Las tasas de incidencia de sífilis en jóvenes de 25-29 años se han duplicado, pasando de 5,33 por 100.000 personas en 2005 a 11,64, en 2009; así como la infección gonocócica en personas de 20-24 años, de 4,1 por 100.000 habitantes a 9,41, entre 2005 y 2009. La mayoría de los casos se han diagnosticado en hombres y un 25-30% en personas que han nacido fuera de España.

Para completar la descripción de la situación, según datos de la encuesta de seroprevalencia realizada en 2008 y 2009 a personas que acuden a centros de salud con unidad de extracción de asistencia extrahospitalaria del SERMAS, la prevalencia de infección por VIH estimada ha sido de 0,391% (IC al 95% 0,16-0,64). La prevalencia estimada ha sido mayor en los varones, en los nacidos en otros países diferentes a España, en el grupo de edad entre 21 y 40 años, en aquellos con nivel de estudios medio, y de clase social encuadrada en el grupo IV; trabajadores manuales cualificados, aunque las diferencias no han alcanzado la significación estadística. Si se excluye a aquellas personas cuyo motivo de la extracción tenía relación con el VIH y/o que relatarán la presencia de problemas de salud relacionados con inmunodepresión producida por el VIH, la prevalencia disminuye a 0,351% (IC al 95% 0,13-0,57).

El aumento de la transmisión sexual del VIH y la cada vez mayor incidencia de ITS en nuestro entorno hace necesario un abordaje común mediante estrategias preventivas en aspectos como la salud sexual. A su vez, apoyándose en el conocimiento de la situación epidemiológica en nuestra Comunidad y asumiendo lo limitado de los recursos, en la infección por VIH y otras ITS, los esfuerzos no deben encaminarse sólo a la prevención y el diagnóstico precoz en población general, sino dirigirse principalmente a los grupos de población anteriormente citados, que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad frente a la infección y están más afectados por ella.

Las estrategias de intervención necesarias para la prevención y el control de la infección por VIH y otras ITS son diversas y abarcan tanto el ámbito sanitario de la Atención Primaria y la Atención Especializada, como el social y el comunitario, donde las ONG con implantación en dichos colectivos desarrollan un papel fundamental. Dado que el presente Plan de Prevención y Promoción de la Salud concentra sus esfuerzos de manera prioritaria en la Atención Primaria, las actividades que a continuación se describen son aquellas que se limitan a dicho ámbito, no quedando reflejadas en este documento aquellas intervenciones que desde los Servicios de Salud Pública se vienen desarrollando sin la participación directa de los profesionales de los Centros de Salud.

SITUACIÓN ACTUAL

Las intervenciones que actualmente se llevan a cabo en la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, tanto en el ámbito de la epidemiología como de la prevención y control de la infección por VIH, son las siguientes:

1. Desde el año 1996, con la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, se realiza la vigilancia de la sífilis y la infección gonocócica como Enfermedades de Declaración Obligatoria Individualizada y de los casos de Sida a través del Registro Regional de Sida/VIH.
2. En el año 2007, mediante un convenio con la Oficina en Madrid de Cruz Roja, se puso en marcha una Red de Unidades Móviles, que reforzaban a las ya existentes para tuberculosis, para proporcionar tratamiento directamente observado y/o supervisado a las personas con infección por VIH y con problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral, con especial atención a personas incluidas en programas de mantenimiento con metadona y a personas con factores de riesgo predictores de mala adherencia terapéutica.
3. Desde el año 2005, la Consejería de Sanidad se dota de un marco de colaboración con la sociedad civil organizada y convoca subvenciones destinadas a asociaciones no gubernamentales, fundaciones u organizaciones sin ánimo de lucro de la Comunidad de Madrid para la realización de actividades de prevención de la infección por VIH en el ámbito de dicha Comunidad.

Las subvenciones son destinadas exclusivamente al desarrollo de las actividades que tengan como objetivo:

- Incidir en la modificación de normas sociales y comportamientos que pongan en riesgo de infección por el VIH.
- Facilitar estrategias (información, educación, comunicación, derivación y/o integración en la red socio-sanitaria) y materiales preventivos (preservativos y lubricantes) para evitar la infección por VIH.

- Promover grupos de apoyo emocional entre personas infectadas y actividades de soporte emocional en su entorno próximo siempre que contemplen contenidos preventivos.
 - Contribuir a eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección por VIH.
4. Adquisición y distribución de materiales preventivos, preservativos y lubricantes, en la Comunidad de Madrid a través de las ONG y centros sanitarios que realicen intervenciones preventivas. Esta intervención está dirigida a prevenir, preferentemente, la transmisión sexual de la infección en colectivos con alta prevalencia de VIH y en colectivos en situación social de especial vulnerabilidad, fomentando la realización de prácticas de sexo seguro en estas personas.
 5. Elaboración y edición de materiales de Información, Educación y Comunicación –IEC- sobre VIH/Sida adaptado a los colectivos más vulnerables a la infección.
 6. Elaboración de estudios de investigación social que orienten las intervenciones en relación a la prevención del VIH. Además de la información epidemiológica, la investigación social proporciona claves en relación a los comportamientos que permiten adaptar las intervenciones y conseguir que sean más eficaces. Las últimas realizadas han proporcionado información sobre la realización de pruebas rápidas de VIH en entornos no clínicos y acerca de las actividades de prevención desarrolladas desde las Unidades hospitalarias de VIH.
 7. Participación en el Proyecto Europeo Everywhere (2008-2010). Incluye participantes de ocho países (Reino Unido, Italia, Francia, Polonia, Chipre, Eslovenia, Hungría y España) y organizaciones de diferentes ámbitos: Organizaciones de Salud Pública, Organizaciones Académicas, ONG que intervienen en VIH y Organizaciones de empresarios gays. El objetivo es generar y validar un modelo europeo de buena práctica en prevención de VIH para HSH innovador y culturalmente adaptado, en particular, para grandes ciudades y otros destinos turísticos.
 8. Incorporación de Pruebas de Lectura Rápida de VIH en Entornos No Clínicos en la Comunidad de Madrid. Con objeto de facilitar el acceso a la prueba del VIH, desde el Programa de Prevención de VIH se realiza la compra y distribución de pruebas de lectura rápida de VIH a ONG que atienden a un número considerable de población en situación de alta vulnerabilidad a la infección por VIH, entre ellos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), personas que ejercen la prostitución (PEP) y población inmigrante. Cuando las ONG cuentan con personal sanitario, se distribuye la Prueba rápida en sangre (punción capilar) "Prototipo Determine HIV 1/2 Ag/Ab Combo", y si no es así, se distribuye la Prueba rápida en fluido oral "Prototipo Oraquick Advance".
 9. Actividades relacionadas con el Día Mundial del Sida

- Elaboración del contenido para el Día Mundial del Sida en la página institucional www.madrid.salud.org. Se incluyen documentos técnicos y presentaciones realizados para población general y para profesionales; materiales institucionales del Día Mundial del Sida elaborados por la Secretaría del Plan Nacional del Sida y el último informe de ONUSIDA sobre la situación global de la epidemia.
 - Elaboración y difusión de documentos dirigidos a población general y a profesionales sanitarios para utilizar en actividades de sensibilización y prevención.
 - Presencia en actos y eventos relacionados con este día.
10. Cursos de Actualización en VIH/Sida para profesionales de Atención Primaria.
- Desde 2008, se vienen realizando cursos de actualización en VIH/Sida, cuyos contenidos se centran principalmente en la situación epidemiología de la infección por VIH/Sida, el counseling preventivo, las pruebas diagnósticas de VIH y la atención a las personas con VIH y Sida en la consulta de Atención Primaria.
11. Formación de las personas que ocupan puestos técnicos en las ONG.
- En 2009 y 2010, se ha llevado a cabo un curso sobre "Adaptación Cultural de Proyectos de Prevención del VIH" y otro sobre "Prevención del VIH y Multiculturalidad y VIH".
12. Realización de las "I Jornadas de Prevención Positiva".
- Jornadas dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en unidades hospitalarias de VIH y en otros dispositivos sociosanitarios de atención a las personas con VIH, con el objetivo de reflexionar sobre la prevención secundaria (aquella que tiene principalmente a las personas con VIH como su público objetivo) y las oportunidades de intervención desde los diferentes ámbitos de atención.
13. Talleres de Prevención de VIH dirigidos a población inmigrante.
- Desde el Programa de Prevención de VIH, en colaboración con la Unidad de Medicina Tropical del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal, se vienen realizando talleres dirigidos a población inmigrante en situación de vulnerabilidad, específicamente a personas provenientes de África Subsahariana, países de Europa del Este y Latinoamérica.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la prevención y control de la infección por VIH/Sida en la población residente en la Comunidad, mediante la promoción de medidas preventivas y el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS, en el ámbito de la Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la situación epidemiológica de la infección por el VIH/Sida en la Comunidad de Madrid.
2. Favorecer la prevención y el diagnóstico precoz de la infección por VIH/Sida en la población general, desde Atención Primaria.
3. Ampliar los conocimientos sobre VIH/Sida y otras ITS de los profesionales sanitarios de Atención Primaria.
4. Favorecer la prevención y el diagnóstico precoz de la infección por VIH/Sida en los grupos más vulnerables al VIH, desde Atención Primaria.

OBJETIVOS OPERATIVOS

- 1.1. Conocer la evolución, tendencia y características epidemiológicas de la infección por el VIH/Sida.
- 2.1. Mejorar el abordaje de la historia sexual en la entrevista clínica realizada en la consulta de Atención Primaria.
- 2.2. Favorecer el consejo asistido y la promoción de medidas preventivas adecuadas.
- 2.3. Fomentar la oferta de la prueba de VIH en el entorno de la Atención Primaria.
- 3.1. Actualizar la formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre aspectos relacionados con la infección por VIH y otras ITS.
- 4.1. Ofertar a las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH, en algunos centros de salud, Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH y Sífilis, culturalmente adaptados y especialmente accesibles y orientados a hombres que tienen sexo con hombre (HSH), personas que ejercen la prostitución (PEP), transexuales, población inmigrante y otras poblaciones vulnerables.

ACTIVIDADES

- **Objetivo Operativo 1.1:** Conocer la evolución, tendencia y características epidemiológicas de la infección por el VIH/Sida.

Actividad 1.1.1: Creación de un grupo de trabajo para la actualización de la notificación individualizada de los casos de Sida y de las infecciones por VIH como Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), desde la historia clínica electrónica, independientemente del lugar de diagnóstico de la infección.

Las variables mínimas a recoger, además de las comunes a otras EDO de identificación del paciente y del notificador, será la fecha de diagnóstico de VIH (sólo Western-Blot positivo, o no).

- **Objetivo Operativo 2.1:** Mejorar el abordaje de la historia sexual en la entrevista clínica realizada en la consulta de Atención Primaria.

Actividad 2.1.1: Elaboración de una Guía que facilite el abordaje de la historia sexual por los profesionales de Atención Primaria: "Guía de Buenas Prácticas para el abordaje de la historia sexual en Atención Primaria", disponible en AP-Madrid y accesible a todos los profesionales sanitarios al realizar la historia sexual. Se creará un grupo de trabajo específico para la elaboración de la Guía, formado por profesionales sanitarios de Atención Primaria y técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Actividad 2.1.2: Revisión de los protocolos de promoción de hábitos saludables en adolescentes y adultos, y el patrón nº 9 de M. Gordon, e inclusión de nuevos campos para ampliar la recogida de datos de la historia sexual. Esta revisión será realizada por el grupo de trabajo encargado de la elaboración de la Guía referida en la actividad anterior.

Actividad 2.1.3: Además de otros aspectos, será importante recoger información sobre la realización de prácticas de riesgo para la transmisión del VIH, la fecha en que se produjeron y la oferta de la prueba de VIH, así como información sobre pruebas de VIH previas.

- **Objetivo Operativo 2.2:** Favorecer el consejo asistido y la promoción de medidas preventivas adecuadas.

Actividad 2.2.1: Distribuir material IEC (Información, Educación, Comunicación) en Atención Primaria, para facilitar el consejo asistido y la promoción de medidas preventivas frente a VIH/Sida y otras ITS.

Actividad 2.2.2: Educación para la Salud (EpS) a grupos, en el área de la educación afectivo-sexual, realizadas por los profesionales de Atención Primaria: Talleres de EpS dirigidos a población general a realizar en el Centro de Salud, que incluirán formación específica sobre sexo seguro, incidiendo en las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS y trabajando sobre conocimientos, actitudes y habilidades.

Otro ámbito de actuación para la realización de actividades de EpS es el educativo. Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación, siguiendo el modelo que existe en la mayoría del resto de CAA.

- **Objetivo Operativo 2.3:** Fomentar la oferta de la prueba de VIH en el entorno de la Atención Primaria.

Actividad 2.3.1. Ofrecimiento de la prueba de VIH, cuando exista indicación, desde la consulta individual de Atención Primaria.

- **Objetivo Operativo 3.1:** Actualizar la formación de los profesionales de Atención Primaria sobre aspectos relacionados con la infección por VIH y otras ITS.

Actividad 3.1.1. Realización de nuevas ediciones del curso sobre “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel I), que viene realizándose desde 2008.

Sus contenidos se centran principalmente en conocer la situación epidemiológica del VIH, sus vías de transmisión; los grupos más vulnerables; los tipos de prueba diagnóstica de VIH e indicaciones para ofertarla; el counseling preventivo y la atención a las personas con VIH y Sida en la consulta de Atención Primaria.

Actividad 3.1.2. Realización del curso sobre “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel II), con el que se pretende ampliar contenidos y profundizar en diferentes aspectos relacionados con los grupos vulnerables; los protocolos específicos sobre lipodistrofia, profilaxis post-exposición no ocupacional, etc., que garanticen que los pacientes que lo requieran sean tratados/derivados adecuadamente; la disminución del estigma de las personas con VIH mediante el uso de un lenguaje no discriminatorio y el conocimiento de los recursos socio-sanitarios específicos para garantizar la correcta derivación.

Actividad 3.1.3. Sesiones formativas en los Centros de Salud en los que se ponga en marcha el Servicio de Diagnóstico Precoz de VIH (SDPVIH), para los profesionales sanitarios y no sanitarios de dichos centros. El objetivo es presentar el Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH; actualizar los conocimientos sobre la situación epidemiológica del VIH, el manejo de pruebas de lectura rápida de VIH, el consejo asistido o counseling y la gestión del proceso de citación por la UNAD para el SDPVIH.

Actividad 3.1.4. Sesiones clínicas de “Actualización en VIH y otras ITS para profesionales de Atención Primaria” en Centros de Salud.

Previamente, se realizará una sesión general de formador de formadores, dirigida a un profesional sanitario de cada centro de salud, el cual, posteriormente llevará a cabo dicha sesión en su centro de salud para el resto de profesionales del equipo.

- **Objetivo Operativo 4.1.** Ofertar a las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH, en algunos centros de salud, Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH y Sífilis, culturalmente adaptados y especialmente accesibles y orientados a hombres que tienen sexo con hombre (HSH), personas que ejercen la prostitución (PEP), transexuales, población inmigrante y otras poblaciones vulnerables.

Actividad 4.1.1. Seguimiento y evaluación de Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH y sífilis, culturalmente adaptados y especialmente accesibles y orientados a hombres que tienen sexo con hombre, personas que ejercen la prostitución, transexuales, población inmigrante y otras poblaciones vulnerables.

Durante 2010, se han puesto en marcha en cinco centros de salud: CS Justicia, CS Cortes, CS Alameda, CS Lavapiés, CS Segovia. Durante los años 2010 y 2011 se llevará a cabo el seguimiento y evaluación de los mismos. Existe la posibilidad de ampliación a otros centros de salud que se consideren pertinentes para llevar a cabo esta estrategia de prevención y diagnóstico precoz de VIH en colectivos específicos.

Los Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH serán objeto de una evaluación específica desde un abordaje sistémico* a realizar entre 2010 y 2011, en la que se valorará la pertinencia del modelo diseñado, su implantación y funcionamiento, y resultados obtenidos en términos de cobertura, eficacia, calidad de la atención, satisfacción del usuario y grado de aceptación del Servicio, tanto por la población beneficiaria a la que va dirigido como por los profesionales de los centros de salud donde se han implantado.

* Evaluación de estructura, diseño, proceso y resultados

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1. Creación grupo trabajo para actualización de la notificación individualizada de los casos de Sida e infección por VIH	Pacientes con infección por VIH o Sida	Médicos de familia, pediatras y enfermeras de Atención Primaria Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Memoria SPSP	Creación grupo trabajo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
			Historia clínica electrónica (OMI-AP / AP-MADRID)	Actualización de la notificación individualizada de los casos de Sida e infección por VIH: SÍ/NO			
2.1.1 Creación grupo trabajo y elaboración de una Guía que facilite el abordaje de la historia sexual en AP	Profesionales sanitarios de AP	Profesionales sanitarios de AP Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria SPSP	Elaboración de la guía y disponibilidad en OMI-AP / AP-Madrid: SÍ/ NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
2.1.2. Revisión de protocolo promoción de la salud adultos y adolescente y patrón nº9 Gordon, y ampliar datos hª sexual	Profesionales sanitarios de AP	Profesionales sanitarios de AP Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria SPSP	Revisión protocolos y ampliación datos para hª sexual: SÍ/NO	SI	Diciembre 2012	SPSP GAPC

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.2.2. Distribuir material IEC prevención de VIH y otras ITS en centros de salud	Población usuaria del centro de salud, objeto de actividades preventivas frente al VIH	Profesionales de los CS Técnicos de la SPSP	Registros del Servicio de Planificación y Apoyo y del Servicio de Promoción de la Salud de la SPSP	% de CS en los que se ha distribuido del material IEC	60% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.2.3. Talleres de EpS educación afectivo-sexual	Población usuaria del CS	Profesionales de los CS	Registros específicos de actividades de EpS de AP	% de CS que han realizado un taller al año de educación afectivo-sexual	30% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.3.1. Ofrecimiento de la prueba de VIH si existe práctica de riesgo	Población usuaria del Atención Primaria en la que esté indicada la solicitud de esta prueba	Profesionales sanitarios de los CS	H ^a Clínica OMI-AP / AP-MADRID	% cumplimentación del ítem "oferta prueba VIH" si existe práctica de riesgo	100% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
3.1.1. Curso “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel I),	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada AP y de la SPSP	N ° cursos/año	6 cursos/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.2. Curso “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel II),	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada AP y de la SPSP	N ° cursos/año	2 cursos/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.3 Sesiones formativas en centros de salud con SDPVIH	Profesionales de los CS donde se implante el SDPVIH	Técnicos SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades formación continuada de AP	% de centros de salud donde se ha implantado el SDPVIH que han recibido la formación	100% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.4 Sesiones “Actualización en VIH y otras ITS	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades formación continuada de AP	N ° sesiones/año	4 sesiones/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.1.1 Evaluación de los SDPVIH	SDPVIH	Profesionales sanitarios de AP. Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria de la SPSP	Evaluación realizada :SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1. Actualizar la notificación individualizada				X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
2.1.1. Diseñar una Guía de Buenas Prácticas y disponibilidad en OMI-AP / AP-Madrid				X	X	X	X	X	X	X																											
2.1.2. Elaboración de Protocolo historia sexual													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
2.2.1. Distribuir material IEC prevención de VIH y otras ITS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.2.2. Talleres de EpS educación afectivo-sexual								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.3.1.Ofrecimiento de la prueba de VIH si existe práctica de riesgo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1.1. Curso “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel I),			X	X	X			X	X	X				X	X	X				X	X	X				X	X	X				X	X	X			
3.1.2. Cursos “Actualización en VIH para profesionales de Atención Primaria” (Nivel II)										X		X										X		X									X		X		
3.1.3. Sesiones formativas en centros de salud con SDPVIH			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1.4. Sesiones “Actualización en VIH y otras ITS”			X			X			X			X			X				X				X				X									X	
4.1.1. Evaluación SDPVIH										X	X	X																									

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid. Situación general. Año 2008. Vol. 15, nº 11, nov 2009.
2. CEESCAT. Guía NONOPEP. Recomendaciones para la profilaxis de post-exposición no ocupacional al VIH. 2002.
3. Cevallos C, Izarra C, Verdejo J, Cortés F. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2008. Boletín Epidemiológico de la CM 2009; 15(8):4-34.
4. Grado E et al. La mujer y la infección por el VIH: abordaje desde la atención primaria de salud y la atención a la salud sexual y reproductiva. Infosida: Programa para la prevención y la asistencia del sida. Nº 25. 2001 Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social.
5. Grupo de consenso español sobre Profilaxis Post-exposición No Ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20(8): 391-400.
6. Ibarra A. Salud sexual y reproductiva en el ámbito primario. Actas de medicina familiar 2009. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2009/04/02/salud-sexual-y-reproductiva-en-el-cuidado-primario/>. Consultado el: 30/04/2010.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida. España 2008-2012.
Disponible:
<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/home.htm>
8. Mravcak S. Primary care for lesbian and bisexual women. American Family Physician 2006; 74 (2):279-286.
9. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Enero 2008.
10. Reig B, Silvestre JV, Esparza M.J. Enfermedades de transmisión sexual. Guía de actuación clínica en AP.
Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap018ets.pdf>. Consultado el: 30/04/2010.
11. Servicio Madrileño de Salud 2009. OMI-AP. Protocolos del Adulto y Adolescente.
12. Servicio Madrileño de Salud 2009. OMI-AP. Registros del PAPPs.
13. Servicio Madrileño de Salud 2009. OMI-AP. Hoja de recogida de datos del Servicio de Diagnóstico Precoz del C.S Justicia.
14. UNAF. Atender y educar la sexualidad desde la consulta de pediatría. 2007.
15. Winberly Y. et al. Sexual history-taking among primary care physicians. Journal of the National Medical Association 2006; 98 (12): 1924-29.

16. Alcoba S. García-Giralda L, San Martín C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Disponible en:
<http://www.comtf.es/doc/Guias%20OMC%202008/GBP/%20DISFUNCIONES%20SEXUALES.pdf>. Consultado el 15/04/2010

7.3 PREVENCIÓN DEL CÁNCER

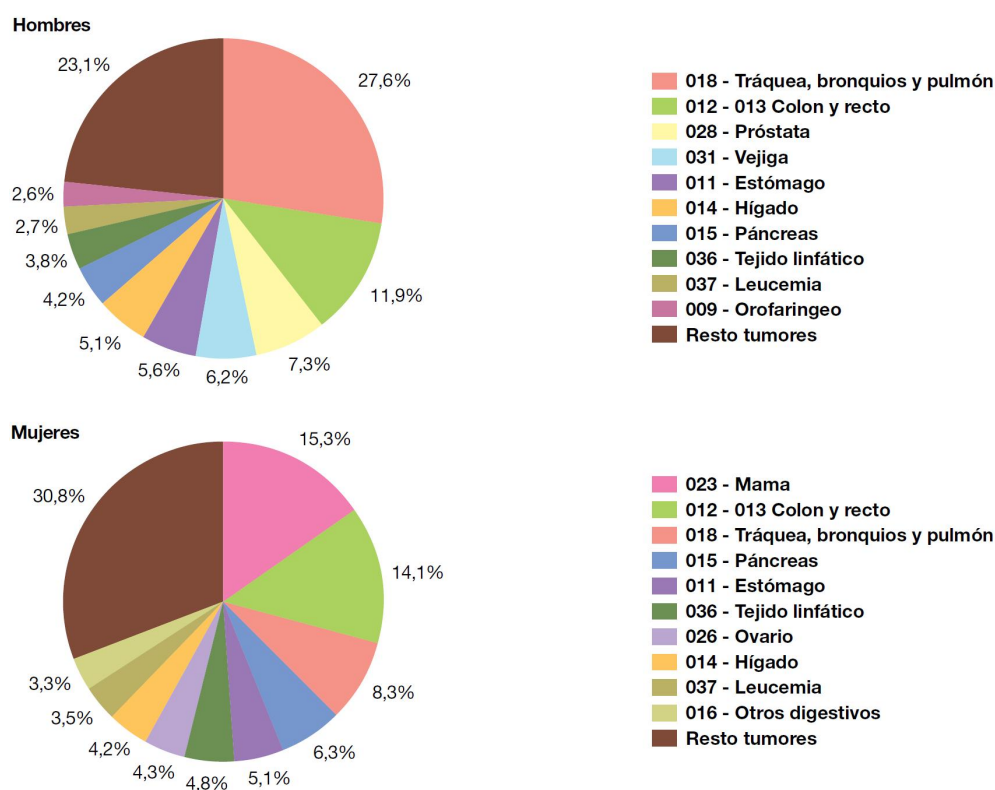
7.3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER

INTRODUCCIÓN

Los tumores fueron la primera causa de mortalidad y la segunda causa de carga de enfermedad en la población madrileña en 2006. El cáncer de tráquea, bronquio y pulmón es el tumor que causa mayor mortalidad en los hombres (figura 21). En las mujeres es el tercer tumor en frecuencia, mostrando una tendencia ascendente con tasas ligeramente superiores a las observadas en España. El cáncer de mama es el tumor que causa mayor mortalidad en las mujeres aunque muestra una tendencia descendente. El segundo tumor en mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, es el cáncer de colon y recto. En la última década ha mostrado una tendencia estable si bien en los últimos años parece iniciar una ligera tendencia descendente. La próstata es la tercera localización tumoral más frecuente en hombres.

El cáncer de páncreas y el melanoma maligno de piel destacan por su tendencia ascendente, si bien en los hombres parece apreciarse una estabilización e incluso un descenso en los últimos años.

Figura 21: Mortalidad proporcional por principales localizaciones de tumores, en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.



En cuanto a la incidencia, los datos agregados de los registros provinciales españoles (entre los que no se incluye Madrid) publicados por la International Agency for Research on Cancer (IARC) en su monografía "Cancer in five continents" y referidos como fecha más reciente a 2002, señalan que los cánceres más frecuentes en los hombres son los de próstata, pulmón y vejiga y en las mujeres los de mama, colon y de cuerpo del útero. En general, en todos los registros y para ambos sexos se ha observado un aumento progresivo de los casos de cáncer. Han aumentado especialmente los cánceres de pulmón en las mujeres, los de colon y próstata en hombres y los de vejiga en ambos sexos. Los de estómago son los únicos que disminuyeron claramente en hombres y mujeres.

Los cánceres más frecuentes por mortalidad e incidencia tienen factores de riesgo modificables comunes. La fracción atribuible poblacional a dichos factores de riesgo ha sido cuantificada para todos los cánceres juntos en países de renta alta (Tabla 7). A estos hay que añadir otros factores de riesgo bien conocidos como la exposición laboral, la infección por *Helicobacter pylori* o la exposición a la radiación ultravioleta o el humo ambiental del tabaco, más difíciles de cuantificar por la limitación en conseguir estimadores de la exposición poblacional. Según el Plan de Control del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, se estima que entre 5 y 7 casos de cáncer de cada 10 podrían evitarse si modificamos ciertos estilos de vida.

Tabla 7: Fracción atribuible poblacional a factores de riesgo modificables de todos los cánceres combinados en países de renta alta. 2005

Factor de riesgo	Fracción atribuible poblacional
Fumar	29%
Alcohol	4%
Bajo consumo de frutas y verduras	3%
Sobrepeso y obesidad	3%
Sedentarismo	2%
Sexo no seguro	1%
Contaminación urbana	1%
Inyecciones contaminadas en establecimientos sanitarios	<0,5%

La constelación de principales factores de riesgo del cáncer invita a hacer un abordaje global en su prevención por medio de la modificación de estilos de vida a través de la Educación para la Salud (EpS). Muchos de estos elementos perjudiciales del estilo de vida, el más importante de los cuales en la prevención del cáncer es sin duda el tabaquismo, se relacionan tanto con el cáncer como con otras patologías crónicas. Se ha tratado de evitar reiteraciones entre distintas líneas estratégicas de este Plan y por ello el abordaje de esos factores de riesgo se puede consultar en **el Programa de Prevención y Control de la EPOC**.

El objetivo que se persigue en esta línea estratégica de prevención del cáncer consiste en reforzar el consejo conjunto frente a estos factores, interrelacionándolos y siguiendo el modelo de mensaje del Código Europeo contra el Cáncer, que además incorpora algunos aspectos más específicos de prevención del cáncer como la adherencia a los cribados o la prevención de la exposición laboral y ambiental a agentes carcinogénicos.

Los medios que se proponen para que este consejo llegue a la mayor parte de la población se organizan en dos programas: El Programa de Referentes en Prevención del Cáncer en Atención Primaria y el Programa de Difusión de Información en la Población General para la Prevención del Cáncer.

Un tercer medio privilegiado de transmisión del consejo sería la escuela, pero la necesidad de que el mensaje de promoción de la salud sea integral y la complejidad de este ámbito de intervención supera las limitaciones de este capítulo y demandan la elaboración e implementación de un Programa Regional de Promoción de la Salud Escolar.

SITUACIÓN ACTUAL

Sistema de información sobre el cáncer

Está constituido por los registros generales de mortalidad, morbilidad o exposición a factores de riesgo individuales y el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid. Este último Sistema está en proceso de aplicar las normas de obligatoriedad de los registros Hospitalarios de Tumores de la Red Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid, haciéndola extensiva con carácter de voluntariedad a los hospitales privados, y consolidar la normalización y actualización de los datos remitidos por los hospitales al registro central. El proyecto para la región, por tanto, es un registro poblacional de cáncer obtenido a partir de los registros hospitalarios.

Prevención de factores de riesgo evitables

La prevención del consumo de alcohol es competencia de la Agencia Antidroga y se integra en la prevención global del consumo de drogas. La Agencia está evaluando su Plan Estratégico 2006-2009, que basa la prevención en las líneas estratégicas de: desarrollo de competencias (fundamentalmente programas de formación), protección y control (medidas legales), diseño medioambiental (creación de entornos saludables) e influencia (campañas, jornadas, materiales de divulgación, etc.). Estas líneas se aplican en los ámbitos de intervención escolar, familiar, laboral, de agentes comunitarios, de ocio y tiempo libre y de poblaciones en situación de riesgo.

En cuanto a la exposición profesional, la Consejería de Sanidad cuenta con el Programa Regional de Vigilancia de la Salud de la Población Trabajadora Expuesta a Amianto en la Comunidad de Madrid. El amianto se ha relacionado con el desarrollo de mesoteliomas y cánceres broncogénicos y de laringe. Por otro lado, se realizan cursos de actualización en salud laboral para médicos de Atención Primaria que inciden específicamente en la prevención del cáncer de origen profesional.

Respecto a la prevención de la exposición a radiación ultravioleta, se ha medido su prevalencia por medio del SIVFRENT, se han editado materiales de información a la población general y se continúa con el registro y supervisión de cabinas de rayos ultravioleta y formación de los trabajadores que las utilizan. El Servicio de "Promoción en la infancia de hábitos saludables", de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, incluye entre uno de sus criterios de buena atención el consejo sobre la prevención de exposición solar excesiva.

Sobre otros factores de riesgo (tabaquismo, alimentación poco saludable, sobrepeso, sedentarismo e infecciones de transmisión sexual y por inyección con dispositivos contaminados) se remite al lector a otros capítulos de este Plan donde se revisan las actuaciones específicas.*

Cribados

El Programa Regional para la detección precoz del cáncer de mama (DEPRECAM) es gestionado por la Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Su población diana son todas las mujeres entre 50 y 69 años. Este programa se integra con las actividades recogidas en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria a través del Servicio de "Detección Precoz de Cáncer de Mama". En algunos centros de salud se realizan sesiones informativas a la población específicas sobre prevención del cáncer de esta localización.

El cribado de cáncer de cérvix se encuentra también recogido dentro de las actividades establecidas en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, en concreto en el Servicio de "Detección Precoz de Cáncer de Cervix", y está dirigido a mujeres entre 25 y 65 años.

Actualmente, en la Comunidad de Madrid se está desarrollando una experiencia piloto de cribado de cáncer de colon a población general. La evaluación de esta experiencia y las de otras Comunidades Autónomas y países hacen muy probable la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de colon en la Comunidad de Madrid en los próximos años. Este

* Consultar **Programa de Prevención y Control de la EPOC y Programa de Prevención del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual**

programa requerirá la participación de la estructura regional de salud pública, que aportará su experiencia principalmente en el manejo de datos epidemiológicos y la difusión del programa.

El Programa de Cáncer Familiar lleva en funcionamiento desde 2005. Consiste en una red de consultas de detección y asesoramiento de cáncer familiar en hospitales de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, a las que se pueden derivar individuos sanos con una historia familiar de cáncer para que se evalúe su riesgo, se les realicen pruebas genéticas si está indicado, se preste apoyo psicológico, se analice el riesgo que sufren otros familiares y se asesore sobre la prevención, el seguimiento y/o la terapéutica necesarias.

Otras intervenciones

La vacunación frente al virus de la hepatitis B, de eficacia probada en la prevención frente al hepatocarcinoma, está incorporada desde hace años al calendario vacunal regional, tanto infantil, como de adultos en el caso de grupos de riesgo.

La vacunación contra el virus del papiloma humano se inició en la región en 2008. Se vacuna a niñas de 14 años con tres dosis. En algunos centros de salud se realizan actividades de información a la población sobre la prevención del cáncer de cérvix por medio de esta vacuna.

7.3.1. PROGRAMA DE REFERENTES EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA

JUSTIFICACIÓN

El Programa de Referentes en Prevención del Cáncer en Atención Primaria pretende hacer llegar el mensaje preventivo a los profesionales sanitarios de los centros de salud. Estos profesionales realizan un amplio abanico de intervenciones individuales y grupales en el centro de salud o en la comunidad en la que desarrollan su actividad. Para ello necesitan conocer cuáles han demostrado su utilidad y aplicarlas con unos criterios normalizados de actuación.

La información proveniente de una encuesta realizada entre médicos de Atención Primaria del SERMAS sobre conocimientos, actitudes y actuaciones en el cribado de cáncer de mama, pone de manifiesto la existencia de lagunas en el conocimiento y una importante variabilidad en las intervenciones. Otro artículo ha detectado carencias similares entre los profesionales de enfermería. Para cubrir estos déficits se plantea crear una red de profesionales de Atención Primaria que actuarán como referentes y formadores en prevención del cáncer en sus respectivos centros de salud, colaborando estrechamente con los responsables de educación para la salud (EpS). Concretamente tendrán las funciones de promover actividades de:

- Formación: Actualización y difusión de conocimientos sobre prevención del cáncer (epidemiología, prevención primaria y secundaria de los principales cánceres y estrategias de intervención individual o grupal en el centro de salud o en la comunidad).
- Información-comunicación: Entendida como actividades dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a la población con el objetivo de promover la difusión y la sensibilización para el fomento de la vida saludable y la prevención del cáncer.
- Evaluación: De las actividades realizadas en el equipo, y de la cobertura de los programas de detección de cáncer.
- Investigación: Promoción de estudios de investigación sobre aspectos relacionados con la prevención del cáncer en el ámbito de la Atención Primaria.

Para ello, se proporcionará formación específica y unificada sobre promoción de la salud, prevención del cáncer e intervenciones comunitarias eficientes, mediante cursos de formación dirigidos a todos los miembros de la red de referentes. Para orientar los contenidos del curso se propone realizar una encuesta de conocimientos, actitudes y actuaciones en prevención del cáncer entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

En este sentido también es importante la coordinación con organismos especializados como es la Agencia Antidroga en el caso de la prevención del consumo de alcohol. El establecimiento de un canal de comunicación interinstitucional pretende favorecer la difusión de la oferta de

recursos de información/formación entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y facilitar su acceso a los mismos.

La Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria recoge en su versión actual distintos servicios destinados al diagnóstico precoz de determinados tipos de cáncer y también incluye diversas actividades de información/consejo sobre factores de riesgo y hábitos saludables. La incorporación de determinadas modificaciones en los criterios de buena atención de algunos de los servicios relacionados con la prevención del cáncer y la promoción de hábitos saludables cubrirían de forma más amplia aspectos de la prevención recomendados por organismos científicos.

La subestimación de las patologías profesionales, muchas de ellas cánceres, llega a ser, según algún estudio, de hasta un 83%. El proceso de identificación de una enfermedad profesional se inicia con la sospecha clínica, por lo que la cumplimentación de los datos relacionados con la ocupación en la historia clínica constituye una herramienta básica para identificar patologías relacionadas con la actividad laboral. En un número importante de casos es el médico de Atención Primaria el que atiende en primera instancia al trabajador, por lo que si en este nivel asistencial no se detecta el origen laboral de una patología no se podrán prevenir las recaídas del paciente y la aparición de nuevos casos. Además, desde la promulgación del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, los facultativos están obligados a notificar los casos sospechosos de enfermedad profesional. La recogida de la información laboral en la historia clínica informatizada de Atención Primaria facilitaría esta tarea a los profesionales.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora en la formación e información de los profesionales de Atención Primaria y de la población general sobre aspectos preventivos del cáncer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Crear una red de profesionales sanitarios referentes en prevención del cáncer que representen a todos los centros de salud.
2. Unificar los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios referentes en prevención del cáncer de manera que puedan promover actividades de información entre la población general, así como de formación, evaluación e investigación entre otros profesionales.

3. Establecer un canal de comunicación con la Agencia Antidroga que facilite el acceso de los profesionales de Atención Primaria a su oferta formativa y a los materiales sobre prevención del consumo de alcohol de los que disponen.
4. Incorporar en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria elementos concretos relacionados con la prevención del cáncer.
5. Valorar la inclusión de preguntas relacionadas con la posible etiología laboral de la enfermedad actual en la historia clínica informatizada de Atención Primaria.

ACTIVIDADES

1. Diseño y realización de una encuesta entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre conocimientos, actitudes y actuaciones en prevención del cáncer, antes y después de la implementación del Programa.

2. Creación de la red de referentes.

La estructura gerencial de Atención Primaria solicitará a todos los centros de salud que nombren un profesional sanitario que actuará como referente para las actividades de prevención del cáncer y que estará formado para ello o se comprometerá a hacerlo. Se propone que este profesional sea preferentemente el responsable del DEPRECAM en el centro.

3. Diseño y realización de un curso de formación dirigido a la red de referentes sobre conocimientos y habilidades en prevención del cáncer.

Los contenidos formativos se vehicularán sobre las siguientes áreas generales: Actualización de conocimientos (Epidemiología. Prevención general del cáncer. Código Europeo contra el Cáncer. Actividades preventivas de cánceres específicos: mama, cérvix, pulmón, colon y recto, útero y cáncer de piel) e intervenciones en prevención del cáncer (Intervención individual y grupal. Intervención comunitaria. Intervención en grupos específicos. La Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria en la prevención del cáncer. Servicios estandarizados. Coberturas. Actividades).

4. Intervención formativa/informativa del referente en el centro de salud

Los referentes realizarán sesiones formativas para los profesionales de su centro de salud con periodicidad semestral.

5. Educación para la salud grupal.

Realización de talleres de educación para la salud dirigidos a recordar y promover estilos de vida saludables para la prevención del cáncer; se organizarán en los centros de salud, sedes de asociaciones, etc.

6. Identificación de una posible Red Comunitaria de Referentes en la prevención del cáncer en cada centro de salud.

Identificar qué representantes de asociaciones, empresas y ONG de la zona básica de salud serían susceptibles de ser formados en prevención del cáncer con el objetivo de que se convirtieran a su vez en informadores clave en sus respectivos ámbitos de actuación.

7. Coordinación entre la Agencia Antidroga y la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención para facilitar el acceso de los profesionales sanitarios de Atención Primaria a la oferta formativa y a los materiales sobre prevención del consumo de alcohol de los que dispone dicha Agencia.
8. Incorporación de modificaciones relacionadas con la prevención del cáncer en los protocolos de "Promoción y Prevención del Adulto y Adolescente":
 - a. Incluir una pregunta sobre sangrado vaginal postmenopáusico en el apartado de "Sexualidad General" del protocolo de "Promoción y Prevención de Salud del Adulto".
 - b. Incluir una recomendación sobre medidas de protección solar en los protocolos de "Promoción y Prevención del Adulto y Adolescente".
9. Creación de un grupo de trabajo que se encargará de valorar la inclusión en la Historia clínica OMI/AP-Madrid de preguntas que permitan al médico de Atención Primaria caracterizar el posible origen profesional de determinadas enfermedades que afectan a sus pacientes.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1. Encuesta actitudes y conocimientos	Profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP)	Técnicos de la (SPSP), de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO) y profesionales sanitarios de AP	Registro específico	Diseño cuestionario realizado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
				Informe de resultados de la encuesta: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011 y 2012	
2. Creación red referentes	Profesionales sanitarios de AP	Unidades directivas territoriales de AP	Registro específico	Nº de CS con referente/ Total de CS	80%	Diciembre 2011	SPSP
3. Curso formación red referentes	Referentes en prevención del cáncer	Técnicos de la SPSP y de la ORCO	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP	Número de cursos realizados/año	2 cursos/año	Diciembre 2011, 2012 Y 2013	SPSP
4. Intervenciones formativas de los referentes	Profesionales sanitarios del Centro de Salud (CS)	Referentes en prevención del cáncer de cada CS	Registro de actividades formativas de AP	Nº de sesiones formativas sobre prevención del cáncer en el CS/ año Nº CS que han realizado 2 sesiones/año	2 sesiones /año 80% a finales 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
5. Taller EpS sobre promoción de estilos de vida saludables	Población asignada a los CS. Dentro de esta población se pueden considerar colectivos concretos	Referentes en cáncer y responsables de Educación para la Salud (EpS) de los CS	Registro específico de actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller/año	80% a finales 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
6. Identificación red comunitaria de referentes	Colectivos seleccionados: Asociaciones, ONG...	Referentes en prevención del cáncer, responsables de EpS y trabajadores sociales de los centros, técnicos de salud pública	Registro específico	Nº CS donde se ha hecho una identificación de referentes comunitarios/ Total CS	50% a finales 2013	Junio 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
7. Coordinación con la Agencia Antidroga	Profesionales de los CS	Técnicos de la SPSP y Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad.	Memoria de la SPSP	Reunión de coordinación: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
8. Modificación protocolos promoción de salud y prevención adulto y adolescente	Profesionales de los CS	Técnicos de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC) y de la SPSP	Cartera de Servicios de AP	Inclusión de pregunta sangrado postmenopausico en protocolo "Promoción de salud y prevención de del adulto" : SÍ/NO Recomendación protección solar en protocolo "Promoción de salud y prevención del adulto y adolescente": SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	GAPC SPSP
9. Valoración de la inclusión preguntas laborales en historia clínica de AP	Médicos de AP	Técnicos de la GAPC y de la SPSP	Memoria de la SPSP	Creación grupo de trabajo: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	GAPC SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Encuesta actitudes y conocimientos sobre prevención del cáncer			X	X	X							X											X	X													
2. Creación red referentes				X	X	X	X																														
3. Curso sobre actualización de conocimientos y habilidades en prevención del cáncer					X					X					X							X					X								X		
4. Intervenciones formativas de los referentes						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Taller EpS sobre promoción de estilos de vida saludables													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
6. Identificación red comunitaria de referentes																											X	X	X	X							
7. Canal comunicación materiales Agencia Antidroga				X	X											X	X											X	X								
8. Modificación protocolos promoción de salud y prevención del adulto y adolescente													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
9. Valorar la inclusión de preguntas laborales en historia clínica AP																											X	X	X	X							

7.3.2. PROGRAMA DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

JUSTIFICACIÓN

El programa de Difusión de Información en la Población General para la Prevención del Cáncer pretende utilizar canales de comunicación generales para hacer llegar directamente al conjunto de la población información veraz y uniforme. Aunque es un trabajo que se viene realizando desde hace muchos años desde la salud pública, siguen existiendo algunas barreras que interfieren en la aplicación de iniciativas para el cambio de hábitos y que conviene tener en cuenta antes de poner en marcha actividades de información y difusión:

- Muchas de las medidas relacionadas con la mejora de los hábitos de vida adolecen de una buena coordinación, persistencia en el tiempo y evaluación.
- El escaso conocimiento de la población sobre la relación existente entre ciertos hábitos y estilos de vida y el desarrollo de cánceres.
- Muchas de las medidas más necesarias y eficaces son impopulares y costosas (económica y socialmente).
- Los factores de riesgo se muestran asociados a menores niveles socioeconómicos, en los que también se detectan mayores dificultades de acceso a los mensajes generales de carácter preventivo.
- La dificultad para identificar los grupos de riesgo sobre los que hacer mayor hincapié en estas medidas.
- La desconfianza en la capacidad de actuar eficazmente contra la enfermedad de forma individual y social.

OBJETIVO GENERAL

Difundir información para que la población adquiriera hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de cánceres y se desdramatice una enfermedad que se encuentra socialmente estigmatizada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Emplear los materiales y canales de comunicación necesarios para que la población general reciba información actualizada y basada en las pruebas científicas sobre el carácter evitable de muchos tumores, concretamente: medios electrónicos, material divulgativo, medios de comunicación social y campañas en "Días Mundiales".

ACTIVIDADES

1. Elaboración de un video con el Código Europeo contra el Cáncer para su emisión en áreas de espera sanitaria y que sirva de base para las actividades de información sanitaria en los diferentes medios.
2. Completar la información sobre prevención primaria y secundaria que consta en la página web de la Consejería de Sanidad, en el espacio dedicado al cáncer.
3. Revisión y distribución de materiales sobre prevención del cáncer dirigidos a la población general.

Se trata de revisar los materiales de prevención del cáncer editados por distintas organizaciones, seleccionar los que se consideren más útiles y valorar con esas organizaciones la posibilidad de una reedición. En caso de que no existan materiales adecuados, habrá que elaborarlos de novo. En ambos casos será necesario definir la estrategia de difusión en centros sanitarios asistenciales, asociaciones o grupos comunitarios, farmacias, etc.

4. Realización de una Jornada de sensibilización dirigida a los profesionales de los medios de comunicación con la finalidad de favorecer el tratamiento de la información sobre la prevención del cáncer con arreglo a criterios normalizados.
5. Difusión de información en la población general para la prevención del cáncer el Día Mundial del Cáncer.

Se realizará una jornada en el centro de salud con instalación de una mesa informativa, entrega de material escrito y sesión informativa a la población.

6. Difusión de información en la población general para la prevención del cáncer de piel mediante una jornada que coincidirá con la campaña Euromelanoma.

Se realizarán las actividades de instalación de una mesa informativa, entrega de material escrito (fototipos cutáneos, factor de protección solar, ABC de lesiones cutáneas pigmentadas) y de muestras de fotoprotectores, y sesión informativa a la población en el centro de salud. Para ello, habrá que coordinarse con los organizadores de Euromelanoma y explorar la posibilidad de que diferentes laboratorios productores de fotoprotectores colaboren en la jornada.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1. Elaboración y difusión del vídeo Código Europeo contra el Cáncer	Población general	Técnicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO) y de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Elaboración del vídeo SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
				Nº de centros sanitarios donde se ha entregado el vídeo	-----		
2. Completar información página web cáncer	Población general	Técnicos de la ORCO, de la Unidad Web y de la SPSP	Página web	Incorporación del Código Europeo a la página web: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
				Nº visitas a la página web/año	-----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	
3. Revisión de materiales prevención cáncer	Población general	Técnicos del Servicio de Promoción de la Salud de la SPSP, ORCO, Asociación Española Contra el Cáncer, otras asociaciones	Servicio de Promoción de la Salud de la SPSP Planificación y Apoyo de la SPSP	Nº de recursos educativos/informativos revisados Nº de recursos educativos/informativos nuevos editados Nº de recursos educativos/informativos distribuidos	-----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4. Jornada profesionales medios de comunicación	Profesionales de los medios de comunicación	Especialistas en oncología, técnicos de salud pública, Gabinete de prensa de la Consejería, periodistas de conocido prestigio en comunicación sanitaria, ORCO	Memoria de la SPSP	Realización de la Jornada :SÍ/NO	SÍ	Junio 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
5. Día Mundial del Cáncer	Usuarios que acuden al Centro de Salud (CS) el Día Mundial del Cáncer	Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de Educación para la Salud (EpS) en Atención Primaria (AP)	Nº CS donde se ha instalado mesa/ Total CS	60% a finales 2013	Junio 2012 y 2013	SPSP
				Nº CS donde se ha realizado la sesión informativa/ Total CS	60% a finales 2013		
				Nº asistentes a la sesión por CS	-----		
6. Difusión información prevención cáncer piel	Usuarios que acuden al CS en la jornada	Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de EpS en AP	Nº CS donde se ha instalado mesa/ Total CS	60% a finales 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				Nº CS donde se ha realizado la sesión informativa/ Total CS	60% a finales 2013		
				Nº asistentes a la sesión por CS	-----		

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Elaboración y distribución vídeo Código Europeo										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
2. Completar información página web cáncer										X	X	X																									
3. Revisión y distribución de materiales prevención del cáncer			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4. Jornada profesionales medios de comunicación				X	X									X	X											X	X										
5. Día Mundial del Cáncer													X	X											X	X											
6. Difusión información prevención cáncer piel					X	X					X					X	X						X					X	X						X		

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2009.
Accedido en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1161769238915 [8-7-2010]
2. Cabanes Domenech A et al. La situación del cáncer en España: 1975-2006. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2009.
3. Danaei G et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet 2005; 366: 1784-93.
4. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de Control del Cáncer. Ginebra, 2004.
5. Código Europeo contra el Cáncer (tercera revisión). Comisión Europea.
http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cancercode_es.pdf
6. Garrido Elustondo S et al. Opinión y participación de los médicos de familia de la Comunidad de Madrid en el Programa Regional de Detección Precoz de Cáncer de Mama en 2007. Rev. Esp. Salud Pública 2008; 82: 201-8.
7. Borrás JM et al. Percepción del riesgo de cáncer y sus causas. Resultados en una muestra de enfermeras y de estudiantes de enfermería. Enferm clin 2000; 10: 95-105.
8. Miquel Gómez, A. Revisión del Documento de Cartera de Servicios Estandarizados (2009). Servicio Madrileño de Salud. Madrid, 2009.
9. Marzo Castillejo M et al. Prevención del Cáncer. PAPPS actualización 2009. Accedido en:
<http://www.papps.org/upload/file/10%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf> [10-5-2010].
10. García AM y Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Laborales 2004; 7: 3-8.
11. Expósito Hernández J et al. II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Consejería de Salud. Sevilla, 2007.
12. Problemas de salud. Cáncer. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1156329830256&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329830256

7.4 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

7.4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la segunda causa de muerte de la Comunidad de Madrid, tanto en mujeres como en hombres, después de los tumores y considerablemente por delante de las enfermedades del aparato respiratorio. Por esta causa fallecen anualmente alrededor de 12.000 personas, siendo la responsable de la tercera parte de todas las muertes. Constituye una de las principales causas de discapacidad y carga de enfermedad en nuestro entorno (66.259 Años de Vida Ajustados por Discapacidad, en el año 2006) de los cuales la cardiopatía isquémica supone el 5,1% (2ª causa) y el ictus el 4,4% (4ª causa) de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), según datos del informe de salud de la población de la Comunidad de Madrid¹ (tabla 8).

Tabla 8: Indicadores de enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

Indicadores	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	5.012	6.433	11.445
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	171,2	206,4	189,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	72,0	21,0	45,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	155,9	101,0	125,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	192,2	126,9	157,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.358,9	1.198,2	1.276,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,448	0,551	0,522
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	38.790	27.550	66.339
Años de Vida Perdidos. CM 2006	30.218	21.636	51.854
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	8.571	5.914	14.486

La prevención de la enfermedad cardiovascular no sólo comporta la prevención del denominado evento cardiovascular agudo sino también de todas aquellas alteraciones o condiciones de base metabólica que redundan en una progresión acelerada de la aterosclerosis, sustrato fisiopatológico de la enfermedad vascular, comúnmente denominada enfermedad cardiovascular. Así pues nuestro foco de atención estará puesto en la implementación de medidas eficaces, factibles y evaluables que incidan en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, y de aquellas enfermedades metabólicas que comporten un aumento del riesgo cardiovascular, fundamentalmente la diabetes mellitus y la obesidad^{2,3}.

La enfermedad cardiovascular debe ser considerada, entendida y afrontada como un continuo, que va desde la aparición de los factores de riesgo hasta la presencia objetiva de enfermedad, con aparición de lesión en los diferentes órganos diana (cualquier órgano vascularizado), fundamentalmente corazón, cerebro, vasos periféricos de extremidades, riñón, etc.

Dado que la enfermedad vascular aterosclerosa, una vez desarrollada implica una importante morbilidad, es de notable trascendencia evitar su progresión mediante un control precoz de los denominados factores de riesgo cardiovascular⁴. Parece obvio que en materia de salud cardiovascular la estrategia más coste-efectiva y, sin duda la más inteligente, consiste en incidir en la implementación de programas de promoción de estilos de vida cardiosaludable y en la detección precoz y control óptimo de dichos factores de riesgo, que tienden a la agregación en un mismo individuo.

Para el diagnóstico de situación se han considerado como fuentes de información: a) los resultados del estudio PREDIMERC⁵ (estudio poblacional regional, que recoge datos objetivos de diabetes y factores de riesgo cardiovascular en personas de 30 a 74 años), aunque para diseñar las actuaciones, este grupo de trabajo únicamente ha tenido en cuenta los datos de la población susceptible de 40 a 65 años; b) indicadores de cobertura de la cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria y resultados globales de la evaluación de los criterios de buena atención de 2009; y c) las memorias de actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares y diabetes y promoción de estilos de vida saludables de las Áreas de Atención Primaria y de Salud Pública.

Para el establecimiento de prioridades y el diseño operativo de las actuaciones se han considerado Guías de Atención Primaria (Guía de riesgo cardiovascular ⁶), Guía SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) ⁷, Guía SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista) y Guía de riesgo cardiovascular de Castilla-León. También se han tenido en cuenta las Recomendaciones en prevención cardiovascular de expertos y Sociedades Científicas (Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica), Comité Español Interdisciplinario para la Prevención del Riesgo Cardiovascular, Adaptación española de la Guía Europea del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular) 2008⁸, Conclusiones del Grupo de expertos de Prevención Cardiovascular de la I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España, celebrada en junio 2007, Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), desarrollado por la SEMFYC, y el Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid^{9,10}. En todo momento se han seguido las directrices y líneas estratégicas de actuación plasmadas en el Plan de Salud

Cardiovascular de la Comunidad de Madrid, vertebrado en torno a la prevención y el afrontamiento del riesgo cardiovascular global y teniendo en cuenta el rol de la Atención Primaria.

El objetivo prioritario de esta línea estratégica es reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades que comportan aumento del riesgo cardiovascular. Para lograr este objetivo se considera necesario implementar actividades evaluables de prevención primordial y primaria que se lleven a cabo de forma homogénea en la Comunidad de Madrid, planteándose desarrollar los siguientes programas:

- a) Programa de promoción de estilos de vida cardiosaludable.
- b) Programa de mejora del afrontamiento del riesgo cardiovascular global.
- c) Programa de mejora de la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo cardiovascular.

7.4.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLE

INTRODUCCIÓN

Este Programa de Promoción de Estilos de Vida Cardiosaludable constituye una estrategia de intervención orientada a la mejora de los hábitos cardiosaludables de las personas residentes en la Comunidad de Madrid, para prevenir la aparición de factores de riesgo cardiovascular evitables y potenciar hábitos protectores.

SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente, se llevan a cabo en el ámbito territorial de Atención Primaria numerosas actividades de Educación para la Salud (EpS) orientadas a la prevención cardiovascular y centradas en la evitación de hábitos nocivos y en la promoción de estilos de vida saludable. Pero estas actividades se centran generalmente en uno o dos factores determinados, siendo muy escasas las actividades que se han diseñado considerando una prevención cardiovascular integral. Por otro lado, son numerosas las actividades de EpS diseñadas para la promoción de la deshabituación tabáquica, el control del peso, el cuidado de la diabetes y la alimentación saludable.

En la revisión de las memorias de actividades de los Servicios territoriales de Atención Primaria y de Salud Pública, se constata la existencia de numerosas actividades preventivas de EpS diseñadas para control de factores de riesgo aislados, en cuya planificación se aprecia marcada variabilidad en el diseño y el grado de implantación, falta de estandarización de los contenidos y escasa evaluación de las actividades.

La Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención está coordinando la realización de talleres de consejo eficaz sobre estilos de vida saludables y la elaboración de materiales de apoyo al consejo. Así mismo, está en proyecto la creación de una Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid, que incluirá aquellas que cumplan unos criterios de calidad determinados y posibilitará el acceso y conocimiento de las mismas a los profesionales e instituciones interesadas en la Promoción de la Salud.

JUSTIFICACIÓN

La promoción de un estilo de vida cardiosaludable y la prevención de hábitos nocivos (fundamentalmente el tabaquismo¹¹, la alimentación inadecuada¹² y el sedentarismo¹³) en edades tempranas de la vida son medidas de demostrada eficacia en la prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), y una vez establecida la lesión de órgano diana¹⁴, la correcta aplicación de las medidas preventivas y terapéuticas puede hacer regresar la placa de ateroma,

o cuando menos retrasar la evolución de la enfermedad ateromatosa cuando ésta es sintomática y la afectación severa¹⁵.

Las actuaciones encaminadas a promover la salud cardiovascular pretenden conseguir los siguientes objetivos (según la carta de salud cardiovascular, elaborada por la OMS y suscrita por numerosos gobiernos, Instituciones, Organismos y Sociedades Científicas¹⁶):

- Nulo consumo de tabaco
- Actividad física adecuada-al menos 30 minutos 5 veces por semana
- Hábitos de comida saludables
- Ausencia de sobrepeso
- Tensión arterial por debajo de 140/90
- Colesterol en sangre por debajo de 2mm/L (190mg/dl)
- Metabolismo normal de la glucosa
- Reducción del nivel de estrés

Asimismo, se asumen las recomendaciones de las principales iniciativas nacionales: la Estrategia de Cardiopatía Isquémica y la Estrategia NAOS (Nutrición, Alimentación, Obesidad y Sedentarismo)¹⁷ y el Plan de Salud Cardiovascular de la Comunidad de Madrid¹⁸.

El entorno de la Atención Primaria es un lugar privilegiado para trabajar en la prevención y promoción de la salud, orientada a la población general. Las actividades que se proponen a continuación han tenido en cuenta las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), desarrollado por la SEMFYC. Este programa proporciona pautas de consejo eficaz en relación a los estilos de vida saludables y la prevención de hábitos nocivos y se reconoce de utilidad por las principales sociedades científicas de Atención Primaria.

Siguiendo las recomendaciones internacionales¹⁹⁻²¹ y del CEIPC, la prevención de enfermedad cardiovascular debe seguir las iniciativas de organizaciones internacionales para implementar medidas a nivel poblacional, como las establecidas por la Convención OMS para el control del tabaco, la iniciativa de la UE sobre Obesidad, la Estrategia sobre dieta, actividad física y salud de la OMS y la Declaración de Osaka de Salud Cardiovascular.

OBJETIVO GENERAL

Promover en la población general la práctica de la actividad física, una alimentación basada en una dieta completa y equilibrada, la evitación del tabaquismo y el manejo adecuado del control del estrés.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Mejorar la sensibilización y capacitación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria acerca de la práctica de Educación para la Salud en la consulta, para la promoción de estilos de vida cardiosaludable.
2. Implementar una estrategia de comunicación sobre estilos de vida cardiosaludable con un mensaje unificado y consensuado por todos los agentes implicados.
3. Impulsar la coordinación entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad, para facilitar el desarrollo de proyectos de Educación para la Salud sobre estilos de vida saludable, mejorar la oferta nutricional y la práctica de actividad física en el ámbito educativo.
4. Impulsar la coordinación con la Dirección General de Ordenación e Inspección (DGOI) para promover una alimentación saludable, tal y como recomienda la Estrategia NAOS.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Mejorar la sensibilización y capacitación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria acerca de la práctica de Educación para la Salud en la consulta, para la promoción de estilos de vida cardiosaludable.

Actividad 1.1: Realización de Talleres sobre "*Metodología del consejo eficaz sobre estilos de vida saludable*" dirigidos a profesionales sanitarios de pediatría, medicina y enfermería de Atención Primaria, siguiendo una estrategia de formación de formadores.

Actividad 1.2: Edición de material audiovisual para facilitar la estrategia de formación de formadores.

Actividad 1.3: Edición y distribución de materiales de apoyo al consejo, dirigidos a la población. Los contenidos de los folletos incidirán en la importancia de una prevención cardiovascular integral, con consejos sobre alimentación, tabaquismo, control del estrés y práctica de actividad física (AF).

Actividad 1.4: Elaboración y distribución en formato digital de la primera Guía de recursos por Zonas Básicas de Salud para la práctica de AF. Incluirá la información ofrecida por el programa ENFORMA implantado por la Consejería de Deportes.

- **Objetivo específico 2:** Implementar una estrategia de comunicación sobre estilos de vida cardiosaludable con un mensaje unificado y consensuado por todos los agentes implicados.

Actividad 2.1: Diseño y lanzamiento de una campaña de sensibilización sobre estilos de vida cardiosaludable, adaptando los mensajes a los diferentes tramos de edad de la población general. Se efectuará la selección de los medios en que se emitirá, en función de las necesidades y oportunidades, y se elaborará un calendario de emisión para garantizar la repetición periódica de los mensajes que contemple los Días Mundiales más significativos en

relación a la prevención cardiovascular (Día de la AF, Día del Corazón, Día de la Diabetes, Día de la prevención cardiovascular, etc.).

- **Objetivo específico 3:** Impulsar la coordinación entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad, para facilitar el desarrollo de proyectos de Educación para la Salud sobre estilos de vida saludable, mejorar la oferta nutricional y la práctica de actividad física en el ámbito educativo.

Actividades: Se considera prioritario desarrollar actividades de promoción de estilos de vida saludables en el ámbito educativo, pero dado que la evidencia científica demuestra que la efectividad de las intervenciones es mucho mayor cuando se trabajan globalmente todos los determinantes de salud, que cuando se trabajan aisladamente los estilos de vida, resulta conveniente incorporar estas actividades en un contexto de escuelas promotoras de salud.

Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión Mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación.

Las acciones que se diseñen orientadas a la mejora de la nutrición y la práctica de actividad física en el medio educativo deberían contemplar los siguientes aspectos: Actividades de mejora de revisión de menús en la escuela; ampliación del programa de desayunos saludables; extensión de la oferta de talleres de alimentación y promoción AF en la escuela; elaboración de una Guía de recursos de Educación para la Salud para personal docente, implantación del Programa Perseo (6-10 años); información / coordinación con las Asociaciones de padres de alumnos.

- **Objetivo específico 4:** Impulsar la coordinación con la DGOI para promover una alimentación saludable, tal y como recomienda la Estrategia NAOS.

Actividad 4.1: Coordinación con la DGOI para promover la estrategia NAOS:

- Entre el sector del comercio, la industria de la alimentación y bebidas, y el sector de la distribución comercial (máquinas expendedoras).
- Entre el sector de la hostelería y restauración.
- En la mejora del etiquetado nutricional.

Se creará un grupo de trabajo constituido por técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención y técnicos de la Subdirección General de Seguridad e Higiene Alimentaria para la elaboración de informes con propuestas de intervención en los ámbitos referidos.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Talleres “Metodología del consejo eficaz sobre estilos de vida saludable”	Profesionales Sanitarios de Centros Salud (CS)	Técnicos de 1 a Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades formación continuada de la SPSP	Número talleres/año	4 talleres/año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.2 Elaboración y difusión de material audiovisual para formación de formadores	Profesionales Sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP Profesionales Sanitarios de los CS	Memoria del Servicio de Promoción de la SPSP Página web de la Consejería de Sanidad	Material audiovisual elaborado: SI/NO	Í	Junio 2011	SPSP
				Disponibilidad del material en la web: SI/NO		Diciembre 2011	
1.3 Edición y distribución de materiales de apoyo al consejo	Profesionales Sanitarios de CS	Técnicos de la SPSP. Profesionales Sanitarios de CS	Registro el Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Folletos editados: SI/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
				Folletos distribuidos: SÍ/NO		Diciembre 2011	
1.4 Elaboración y difusión de Guía de recursos por Zona Básica de Salud para la práctica de actividad física (AF)	Población general	Técnicos de la SPSP y de la Subdirección General de Promoción de AF de la Consejería de Deportes	Memoria de la SPSP	Elaboración de guía de actividad física: SI/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
				Distribución de la Guía: SÍ/NO		Diciembre 2012 y 2013	
2.1 Campaña de sensibilización sobre estilos de vida cardiosaludable	Población general	Técnicos de la SPSP Profesionales sanitarios de los CS Gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad Profesionales medios de comunicación	Memoria de la SPSP	Campaña realizada: SI/NO	SI	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.1. Coordinación con la Dirección General de Ordenación e Inspección (DGOI) para promover la estrategia NAOS	Industria alimentaria. Sector de hostelería y restauración	Técnicos de la SPSP Técnicos de la Dirección General de Ordenación e Inspección (DGOI)	Memoria de la SPSP	Creación grupo de trabajo: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
				Informes elaborados para promoción de estrategia NAOS: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1 Talleres “Consejo eficaz sobre estilos de vida saludable”			X		X				X			X		X			X				X			X		X			X				X			X
1.2 Elaboración y difusión de material audiovisual para formación de formadores			X	X	X	X																														
1.3 Edición y distribución de materiales de apoyo al consejo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.4 Elaboración y difusión de Guía de recursos por Zona Básica de Salud para la práctica de actividad física (AF)													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1 Campaña de sensibilización sobre estilos de vida cardiosaludable				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1.Coordinación con la Dirección General de Ordenación e Inspección (DGOI) para promover la estrategia NAOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.4.2. PROGRAMA DE MEJORA DEL AFRONTAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL

INTRODUCCIÓN

Este Programa de Mejora del afrontamiento del Riesgo Cardiovascular (RCV) Global constituye una estrategia de intervención educativa, orientada a los profesionales de la salud en Atención Primaria, para la mejora del cálculo y estratificación del riesgo cardiovascular global con el fin de adoptar las adecuadas medidas de prevención y control a nivel individual.

SITUACIÓN ACTUAL

Pese a las recomendaciones internacionales es difícil modificar el paradigma de prevención cardiovascular y sigue siendo escasa la implantación que se tiene en la práctica asistencial habitual del modelo de prevención y control del riesgo cardiovascular global²²:

- Para la población sana (bajo riesgo) se trataría de ofrecer cambios en su estilo de vida que mantenga su estatus de bajo riesgo mediante la eliminación, en unos casos, y el control, en otros, de aquellos factores de riesgo modificables que han sido relacionados con el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, siempre a través de una actuación integral.
- Para la población de riesgo moderado se trataría de incidir fundamentalmente en la detección precoz de factores de riesgo modificables y en la disminución de agregación de factores de riesgo.
- Para la población de riesgo elevado se priorizarían las actuaciones de prevención primordial y primaria orientadas a la identificación temprana de colectivos de alto riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, para iniciar lo más precozmente posible las actuaciones de prevención cardiovascular integral a nivel individual y familiar y el control farmacológico de la enfermedad, cuando sea preciso. Son numerosos los colectivos de alto riesgo vulnerables a desarrollar una enfermedad cardiovascular, pero durante este periodo se priorizarán acciones orientadas a causa genética, diabetes y obesidad.

Por valoración del RCV global entendemos la estimación del riesgo cardiovascular global, su estratificación y su abordaje en función del estrato (indicadores cobertura y criterios de buena asistencia). En la actualidad y según se desprende de los datos de evaluación de Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de 2009, el indicador de cobertura de la valoración del riesgo cardiovascular global (Servicio 405) se estima en torno a un 5%.

Por el contrario, se presta una atención mayoritariamente basada en el abordaje de los factores de riesgo de forma aislada (datos provisionales de cartera de servicios del año 2009):

- Servicio 406 (Atención a pacientes adultos con HTA) cobertura 82,91%.
- Servicio 407 (Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus) cobertura 98,9%.
- Servicio 408 (Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia) cobertura 69,75%.
- Servicio 409 (Atención a pacientes adultos con obesidad) cobertura 102,47%.

- Servicio 415 (Atención al consumo del tabaco en el adulto) cobertura 60,55%.

Además se deben tener presente las actividades llevadas a cabo por la Red Enfermera de Cuidados Cardiovasculares en Atención Primaria (REccAP) sobre el establecimiento de profesionales referentes para la prevención cardiovascular integral en las unidades directivas gerenciales de Atención Primaria, iniciativa puesta en marcha por la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP) en febrero de 2008.

JUSTIFICACIÓN

Se considera necesario mejorar el conocimiento y la capacitación de los profesionales de la medicina y la enfermería de Atención Primaria acerca de las indicaciones y consecuencias del afrontamiento del riesgo cardiovascular global en Atención Primaria, para adecuar la actitud preventiva individual al estrato del riesgo cardiovascular global detectado en cada individuo. Así mismo, se considera primordial mejorar el conocimiento y la capacitación de estos profesionales acerca de los criterios clínicos que permiten sospechar dislipemias hereditarias, como la Hipercolesterolemia Familiar (HF), ya que de este modo se contribuirá a la detección precoz de la misma.

La HF es una dislipemia hereditaria que se transmite con un patrón de herencia autosómico dominante y cuya frecuencia estimada es de 1 por cada 500 personas de la población general, de ahí que el número de afectados por dicha enfermedad en la Comunidad de Madrid se encuentre en torno a las 12.000 personas. Esta enfermedad, dejada a su evolución, conlleva un elevado riesgo de muerte prematura de causa cardiovascular. La detección precoz y el adecuado tratamiento permiten incidir favorablemente en el curso de la enfermedad y disminuir significativamente su impacto, constituyendo un claro modelo de intervención preventiva.

En el momento actual, la literatura científica avala la validez y la fiabilidad del diagnóstico precoz de la HF mediante la determinación genética de las mutaciones de los genes RLDL, APOB, PCSK9, responsables del 90% de los casos de HF.

Por otro lado, se han identificado oportunidades de mejora en la detección del riesgo cardiovascular, potenciando el rol enfermero. El personal de enfermería, por su perfil profesional, puede desarrollar el Servicio 405 y mejorar la cobertura del mismo y de sus correspondientes CBA (Criterios de Buena Atención). Estos profesionales podrían valorar el riesgo cardiovascular en su fase de cribado; una vez etiquetado el riesgo, asumirían el seguimiento de las personas con bajo y medio riesgo y, de forma coordinada con el médico, el de las personas con alto riesgo.

Además se debe tener presente el desarrollo progresivo en la Comunidad de Madrid de las consultas a demanda de enfermería, lo que hace que éste sea un momento óptimo para realizar el cambio hacia este modelo de prevención cardiovascular integral²³, puesto que también podría

adoptarse en las consultas concertadas de enfermería (mayoritariamente diseñadas para el seguimiento de pacientes crónicos).

OBJETIVO GENERAL

Adecuar las actuaciones preventivas individuales en Atención Primaria a la estratificación del riesgo cardiovascular global, promoviendo la detección precoz de factores de riesgo modificables y la disminución de la agregación de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Impulsar la implantación del cambio del paradigma preventivo cardiovascular, basado en la estrategia de afrontamiento del riesgo cardiovascular global y la prevención cardiovascular integral.
2. Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en relación al afrontamiento del riesgo cardiovascular global y la prevención cardiovascular integral.
3. Mejorar la capacitación de los profesionales de Atención Primaria para la detección precoz de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) en dicho nivel asistencial.
4. Sensibilizar a la población general de la importancia de la prevención cardiovascular, basada en la detección precoz de factores de riesgo cardiovascular modificables, y el control del riesgo cardiovascular global individual mediante la disminución de la agregación de dichos factores de riesgo.
5. Contribuir a disminuir el riesgo cardiovascular añadido de los pacientes con HF y su entorno familiar, promoviendo la disminución de agregación de factores de riesgo cardiovascular modificables, mediante la promoción de estilos de vida cardiosaludable y/o el tratamiento farmacológico de los casos que lo precisen.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en relación al afrontamiento del riesgo cardiovascular global y la prevención cardiovascular integral.

Actividad 1.1: Elaboración del material docente para los cursos de formación dirigidos a profesionales asistenciales de Atención Primaria y relacionados con la prevención del riesgo cardiovascular global. Se generarán dos tipos de contenidos:

- Guía de abordaje del Riesgo Cardiovascular Global de la Comunidad de Madrid, utilizando como base los documentos existentes que han sido elaborados en el ámbito territorial de Atención Primaria y la adaptación de las Guías Europeas de prevención cardiovascular realizada por CEIPC.
- Guía de cuidados cardiovasculares, utilizando como base los documentos elaborados por la REccAP.

Actividad 1.2: Distribución de la "Guía unificada de abordaje del Riesgo CV Global", que incluya los cuidados cardiovasculares y cuaderno para pacientes, entre los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.

Actividad 1.3: Jornada de sensibilización dirigida a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud sobre la importancia del afrontamiento del riesgo cardiovascular global. Se elaborará y distribuirá un folleto informativo.

Actividad 1.4: Identificación de profesionales de los Equipos de Atención Primaria con conocimientos y/o interés en el afrontamiento del riesgo cardiovascular global a través de las unidades directivas gerenciales de Atención Primaria, para la creación de la red de referentes del riesgo cardiovascular.

Actividad 1.5: Creación de una red de profesionales sanitarios (médicos y/o enfermeros) referentes en riesgo cardiovascular en los Centros de Salud.

Actividad 1.6: Curso de formación de formadores sobre el abordaje del riesgo cardiovascular global dirigido a los profesionales sanitarios referentes en RCV de los Centros de Salud. Estos cursos se centrarán en los siguientes módulos: abordaje Integral del riesgo cardiovascular; control del riesgo cardiovascular; cuidados cardiovasculares integrales; y actividad física programada en el paciente de riesgo cardiovascular elevado.

- **Objetivo específico 2:** Mejorar la capacitación de los profesionales de Atención Primaria para la detección precoz de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) en dicho nivel asistencial.

Actividad 2.1: Creación de un grupo de trabajo sobre hipercolesterolemia familiar, que incorpore expertos en dislipemias genéticas, para la elaboración del material docente para los cursos de formación, dirigidos a profesionales sanitarios de Atención Primaria, sobre diagnóstico y tratamiento de la HF.

Actividad 2.2: Sensibilización a los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la importancia de la detección precoz de la HF mediante envío de folleto informativo elaborado a tal fin.

Actividad 2.3: Elaboración de material de apoyo a profesionales sanitarios. Se elaborará un folleto informativo de divulgación dirigido a las familias con miembros afectados para sensibilizar ante la enfermedad y la importancia del control del riesgo cardiovascular.

Actividad 2.4: Cursos de formación sobre diagnóstico y tratamiento de la HF (actividad de formación de formadores), dirigidos a los miembros de la red de profesionales sanitarios referentes en riesgo cardiovascular y otros profesionales sanitarios de Atención Primaria interesados.

Actividad 2.5: Elaboración de protocolo de intervención, con la documentación y las fichas para la recogida de datos sobre hipercolesterolemia familiar.

Se incluirán los criterios de cribado clínico del Programa Internacional de la OMS Make Early Diagnosis to Prevent Early Deaths (MEDPED), en población adulta susceptible (Anexo I).

El caso índice será identificado mediante estudio genético de confirmación y el cribado genético familiar se realizará a partir del caso índice.

Actividad 2.6: Puesta en marcha de un punto de información y coordinación telefónico, para profesionales sanitarios.

- **Objetivo específico 3:** Sensibilizar a la población general de la importancia de la prevención cardiovascular, basada en la detección precoz de factores de riesgo cardiovascular modificables y el control del riesgo cardiovascular global individual mediante la disminución de la agregación de dichos factores de riesgo

Actividad 3.1: Talleres de Educación para la Salud (EpS) grupal sobre el afrontamiento y prevención del riesgo cardiovascular global, orientados en función del estrato de riesgo cardiovascular global.

Actividad 3.2: Coordinación con asociaciones y organizaciones sociales (asociaciones vecinales, asociaciones de pacientes, ONG, etc.), para promover acciones orientadas a fomentar la prevención cardiovascular.

- **Objetivo específico 4:** Contribuir a disminuir el riesgo cardiovascular añadido de los pacientes con HF y su entorno familiar, promoviendo la disminución de agregación de factores de riesgo cardiovascular modificables, mediante la promoción de estilos de vida cardiosaludable y/o el tratamiento farmacológico de los casos que lo precisen.

Actividad 4.1: Derivación a la consulta programada de elevado riesgo CV. En dicha consulta se incidirá en los siguientes aspectos: detección precoz de otros factores de riesgo cardiovascular; prevención cardiovascular mediante educación sanitaria individual y familiar; disminución de la agregación factores de riesgo (deshabitación tabáquica, control del sobrepeso y obesidad, control de diabetes, control de HTA); y tratamiento farmacológico y adhesión terapéutica.

Actividad 4.2: Derivación a Atención Especializada, para valoración de lesión de órgano diana silente de todos los casos índice y aquellos familiares que lo precisen.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Elaborar Guía abordaje del RCV Global y Guía de cuidados cardiovasculares	Profesionales sanitarios de CS	Técnicos de SPSP y de la Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Guía abordaje del RCV Global elaborada: SÍ/NO	SI	Junio 2012	SPSP
				Guía de cuidados elaborada : SÍ/NO			
1.2 Distribución de la Guía de atención al RCV global	Profesionales sanitarios de CS	Técnicos de la SPSP Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Memoria de la SPSP	Distribución de la Guía unificada de atención al riesgo cardiovascular global: SI/NO	SI	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.3 Jornada sensibilización profesionales EAP sobre afrontamiento del RCV global	Profesionales sanitarios de CS	Técnicos de la SPSP Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Elaboración folleto informativo: SÍ/NO Realización de la jornada y distribución de folleto informativo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
1.4 Identificar profesionales EAP con conocimientos/interés en RCV global	Profesionales sanitarios de los CS	Unidades directivas de AP Técnicos de la SPSP y de la GAPC Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Identificación de profesionales interesados (referentes) en el afrontamiento del riesgo cardiovascular: SI/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP GAPC
				N ° profesionales identificados	-----		
1.5 Creación de una red de profesionales sanitarios referentes en riesgo CV	Profesionales sanitarios de CS	Unidades directivas de AP Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios CS	Memoria de la SPSP	Nº CS en los que se ha identificado profesional referente/ Total CS	30% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.6 Curso sobre abordaje del riesgo cardiovascular global	Profesionales sanitarios de CS	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades formación continuada de la SPSP y de AP	N ° cursos realizados al año	2 cursos /año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.1 Crear grupo de trabajo para elaboración de material docente para cursos de formación sobre Hipercolesterolemia Familiar (HF)	Profesionales sanitarios de CS	Grupo de trabajo sobre HF	Memoria de la SPSP	Elaboración de material docente: SI/NO	SI	Junio 2011	SPSP
2.2 Elaboración y distribución de folleto informativo para profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios de CS	Grupo de trabajo sobre HF Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Elaboración del folleto SI/NO Folletos distribuidos: SÍ/NO	SI	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.3 Elaboración y distribución de folleto informativo para familias afectadas	Profesionales sanitarios de CS	Grupo de trabajo sobre HF Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Elaboración del folleto SI/NO Folletos distribuidos: SÍ/NO	SI	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.4. Curso sobre diagnóstico y tratamiento de la HF	Profesionales sanitarios de CS	Grupo de trabajo sobre HF. Red de referentes riesgo cardiovascular	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP y de AP	N ° cursos realizados al año	2 cursos /año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.5 Elaboración de protocolo de intervención HF	Adultos 25 a 50 años con criterios MEDPED y/o sujetos de cualquier edad con hipercolesterolemia severa o historia familiar de muerte cv prematura	Grupo de trabajo sobre HF	Memoria de la SPSP	Elaboración protocolo: SI/NO	SI	Junio 2011	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.6 Punto de información y coordinación telefónico para profesionales	Profesionales sanitarios de CS	Profesionales sanitarios de CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Puesta en marcha punto información telefónica: SI/NO	SI	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				Nº consultas atendidas al año en este punto	-----		
				Nº familias nuevas estudiadas/ año	50		
				Nº familias identificadas en años previos estudiadas/ año	20		
3.1 Talleres EpS sobre afrontamiento y prevención del riesgo cardiovascular global	Población general	Profesionales sanitarios CS Red de referentes riesgo cardiovascular	Registro específico de actividades de EpS de AP	Nº CS que han impartido un taller al año/ Total CS	30% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
3.2 Coordinación con asociaciones y organizaciones sociales para iniciar acciones de prevención CV	Agentes Sociales, Asociaciones vecinales, Asociaciones de pacientes, etc.	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios CS. Red de referentes riesgo cardiovascular	Memoria de la SPSP	Nº asociaciones y organizaciones sociales identificadas por Zona Básica de Salud	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
4.1 Derivación a la consulta programada de elevado riesgo CV	Sujetos identificados como afectados por HF	Profesionales sanitarios de CS. Red de referentes riesgo cardiovascular	Registro Específico HF	Nº de pacientes derivados/ Nº pacientes identificados	80%	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
4.2 Derivación a Atención Especializada para valorar lesión órgano diana	Sujetos identificados como afectados por HF	Profesionales sanitarios de CS. Red de referentes riesgo cardiovascular	Registro Específico HF	Nº de pacientes derivados/ Nº pacientes identificados	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Elaborar Guía abordaje del RCV Global y Guía de cuidados cardiovasculares														X	X	X	X	X																			
1.2 Distribución de la Guía de atención al RCV global																				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.3 Jornada sensibilización profesionales EAP sobre afrontamiento del RCV global																						X	X														
1.4 Identificar profesionales EAP con conocimientos/interés en RCV global													X	X																							
1.5 Creación de una red de profesionales sanitarios referentes en riesgo CV															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.6 Curso sobre abordaje del riesgo cardiovascular global			X						X						X						X							X					X				
2.1 Crear grupo de trabajo para elaboración de material docente para cursos de formación sobre Hipercolesterolemia Familiar (HF)				X	X	X	X																												X	X	X
2.2 Elaboración y distribución de folleto informativo para profesionales sanitarios									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.3 Elaboración y distribución de folleto informativo para familias afectadas									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.4. Curso sobre diagnóstico y tratamiento de la HF					X				X							X						X						X						X			

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2.5 Elaboración de protocolo de intervención HF				X	X	X																															
2.6 Punto de información y coordinación telefónico para profesionales									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1 Talleres EpS sobre afrontamiento y prevención del riesgo cardiovascular global																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.2 Coordinación con asociaciones y organizaciones sociales para iniciar acciones de prevención CV																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 Derivación a la consulta programada de elevado riesgo CV													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2 Derivación a Atención Especializada, para valoración lesión órgano diana													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANEXO I

Criterios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar heterocigoto. Make Early Diagnosis to Prevent Early Deaths (MEDPED). Programa Internacional de la OMS

Historia Familiar:

**Puntuación
en caso afirmativo**

- I Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz.....1
- II Familiar de primer grado con C-LDL \geq 210 mg/dl y/o
- III Familiar de primer grado con Xantomas y/o Arco Corneal y/o2
- IV Niño menor de 18 años con C-LDL \geq 150 mg/dl

Historia Personal:

- I. Antecedentes enfermedad coronaria precoz2
- II Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz.....1
(precoz \leq 55 años en varones y \leq 65 años en mujeres)

Examen Físico

- I Xantomas tendinosos6
- II Arco Corneal antes de los 45 años.....4

Analítica en ayunas, con triglicéridos < 200 mg/dl

- I C-LDL \geq 330 mg/dL.....8
- II C-LDL 250 - 329 mg/dL.....5
- III C-LDL 190 - 249 mg/dL.....3
- IV C-LDL 155 - 189 mg/dL.....1

TOTAL DE PUNTOS:

Diagnóstico Clínico de Hipercolesterolemia Familiar:

Cierto: \geq 8 puntos Probable: 6 - 7 puntos

Diagnóstico Definitivo: Presencia de Mutación en el gen del r-LDL o Apo B 100

Sólo puntúa para el diagnóstico clínico la respuesta **afirmativa**.

Familiar de primer grado: padre, madre, hermanos(as), hijos(as).

Enfermedad coronaria: infarto de miocardio, angina de pecho, angioplastia, revascularización coronaria).

Enfermedad vascular: claudicación intermitente; enfermedad carotídea sintomática, ictus, crisis isquémica transitoria; aneurisma de aorta abdominal, estudio de imagen vascular positivo, angioplastia vascular, cirugía de revascularización.

Episodio precoz: cuando ocurre antes de los 55 años en varones y de los 65 años en mujeres.

La presencia de Xantomas tendinosos **no incluye** a los xantelasma palpebrales.

La concentración de colesterol LDL a la que se hace referencia es **SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**.

7.4.3. PROGRAMA DE MEJORA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

INTRODUCCIÓN

Este Programa representa una estrategia para la “mejora” de la calidad de la información epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y el riesgo cardiovascular global en la Comunidad de Madrid.

SITUACIÓN ACTUAL

La vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo cardiovasculares se lleva a cabo desde hace más de una década en la Comunidad de Madrid mediante el Sistema de Información y Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (SIVFRENT), tanto en adultos como en jóvenes.

En el año 2006-2007 se realizó desde el Servicio de Epidemiología el estudio PREDIMERC sobre la prevalencia de Diabetes Mellitas (DM) y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra representativa de la población de 30-74 años de edad de la Comunidad de Madrid, que puso de manifiesto:

- Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (DM, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad/sobrepeso y sedentarismo).
- Déficit notable del grado control óptimo (DM, HTA e hipercolesterolemia).
- Alta proporción de DM, HTA e hipercolesterolemia desconocidas (oculta o subdiagnosticada).
- Alta agregación de FRCV.

En el momento actual no existe información epidemiológica acerca de la obesidad infantil o ésta es muy escasa.

JUSTIFICACIÓN

Este Programa se justifica por la necesidad de mejorar la calidad de la información epidemiológica en relación, fundamentalmente, a los factores de riesgo cardiovascular y al riesgo cardiovascular global, de forma que la información generada sea representativa para toda la Comunidad de Madrid.

Se propone mejorar los procedimientos para conocer las tendencias de la prevalencia y el control de los FRCV, incorporando la obesidad infantil como proceso a vigilar por la Red Centinela. Así mismo, se contempla la ampliación de la citada red incluyendo profesionales de enfermería, puesto que tienen un papel central en el manejo y cuidado de los pacientes con patologías

crónicas; se incorpora en la red la vigilancia de estilos de vida y adherencia terapéutica a partir de la información generada por estos profesionales.

La red centinela está en funcionamiento desde 1999 y fue revisada metodológicamente en 2007, está constituida por 39 pediatras y 89 médicos de familia de los Centros de Salud de la región que se adhieren voluntariamente a la misma. Atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid. La red tiene el objetivo de conocer las características e incidencias de determinados problemas de salud, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

Por otra parte, realizar una nueva encuesta sobre datos objetivos en relación con los factores de riesgo cardiovascular global, permitirá conocer las tendencias. En esta nueva edición de la encuesta se hará especial mención a los indicadores del riesgo cardiovascular global, a la ampliación de la información sobre dieta y nutrición y a la ampliación de la encuesta a grupos de población más joven.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la información epidemiológica sobre las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y el riesgo cardiovascular global en la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Estimar la prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad en población infantil y establecer su asociación con los hábitos dietéticos, de actividad física y sedentarismo a partir de una cohorte poblacional de niños de 4 años con seguimiento cada dos años hasta los 14 años de edad.
2. Conocer la prevalencia y evolución de los factores de riesgo cardiovascular y sus características más relevantes en la población adulta de la Comunidad de Madrid a través de una encuesta poblacional (PREDIMERC-II)
3. Ampliar la Red de Médicos Centinelas en Red Sanitaria Centinela con la incorporación a la red de los profesionales de enfermería de los Centros de Salud.
4. Vigilar la prevalencia y la incidencia de la Hipercolesterolemia Familiar de la Comunidad de Madrid.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Estimar la prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad en población infantil y establecer su asociación con los hábitos dietéticos, de actividad física y sedentarismo a partir de una cohorte poblacional de niños de 4 años con seguimiento cada dos años hasta los 14 años de edad.

Actividad 1.1: Elaboración de protocolo de estudio y cuestionarios para la recogida de datos.

Actividad 1.2: Diseñar la aplicación informática para el tratamiento y el análisis de la información.

Actividad 1.3: Realizar pilotaje del protocolo.

Actividad 1.4: Elaborar y aprobar protocolo definitivo.

Actividad 1.5: Incluir la obesidad infantil en la notificación de la Red de Médicos Centinelas.

- **Objetivo específico 2:** Conocer la prevalencia y evolución de los factores de riesgo cardiovascular y sus características más relevantes en la población adulta de la Comunidad de Madrid a través de una encuesta poblacional (PREDIMERC-II).

Actividad 2.1: Constitución de grupo de trabajo PREDIMERC-II, para definir los objetivos de la encuesta y elaborar el protocolo del estudio.

Actividad 2.2: Estudio piloto, dos meses antes del trabajo de campo se seleccionará una muestra para estandarizar los cuestionarios y comprobar la participación.

Actividad 2.3: Trabajo de campo en los centros de salud seleccionados.

Actividad 2.4: Análisis de datos.

El tamaño de la muestra y la disponibilidad de recursos orientará si la representatividad se desagrega además del global de la Comunidad de Madrid a otras variables de interés: urbano/periurbano/rural, nativo/emigrante, etc.

Actividad 2.5: Elaboración del informe de resultados.

- **Objetivo específico 3:** Ampliar la Red de Médicos Centinelas en Red Sanitaria Centinela con la incorporación a la red de los profesionales de enfermería de los centros de salud.

Actividad 3.1: Selección de la muestra representativa de los profesionales de enfermería.

Actividad 3.2: Identificación de los profesionales y constitución de la red.

Actividad 3.3: Adaptación de las aplicaciones informáticas de la Red Sanitaria Centinela.

- **Objetivo específico 4:** Vigilar la prevalencia y la incidencia de la Hipercolesterolemia Familiar de la Comunidad de Madrid.

Actividad 4.1: Creación de un Registro de Afectados por Hipercolesterolemia Familiar de la Comunidad de Madrid.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Elaboración protocolo de estudio y cuestionarios para vigilancia obesidad	Población infantil	Profesionales sanitarios de los Centros de salud (CS) y técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Memoria de la SPSP	Elaboración protocolo de estudio y cuestionarios: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
1.2 Diseño aplicación informática para tratamiento y análisis información	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Profesionales sanitarios de los CS, técnicos de la SPSP y técnicos informáticos y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Memoria de la SPSP	Diseño aplicación informática: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP GAPC
1.3 Pilotaje del protocolo definitivo	Población infantil	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria de la SPSP	Pilotaje del protocolo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.4 Elaboración y aprobación del protocolo definitivo	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP y de la GAPC	Memoria de la SPSP	Protocolo definitivo: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.5 Notificación de la obesidad infantil	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Notificación de la obesidad infantil: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.1 Constitución grupo de trabajo PREDIMERC-II	Población adulta	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Creación grupo de trabajo PREDIMERC-II: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
2.2 Estudio Piloto	Población adulta	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Realización de estudio Piloto: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.3 Trabajo de campo en centros de salud seleccionados	Población adulta	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Trabajo de campo realizado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
2.4 Análisis de datos	Población adulta	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Análisis de datos realizado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP
2.5 Elaboración informe de resultados	Profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Informe de resultados elaborado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP
3.1. Selección profesionales enfermería	Profesionales de enfermería de los CS	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Selección profesionales enfermería. SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
3.2 Creación de Red Sanitaria Centinela	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS y técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Creación de Red Sanitaria Centinela: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP
3.3 Adaptación de las aplicaciones informáticas de la Red Sanitaria Centinela	Red Sanitaria Centinela	Profesionales sanitarios de los CS, técnicos de la SPSP, de la GAPC y técnicos informáticos	Memoria de la SPSP	Adaptación de las aplicaciones informáticas de la Red Sanitaria Centinela: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP GAPC
4.1. Creación de Registro de Afectados por HF	Profesionales sanitarios de los CS	Grupo de trabajo sobre HF. Red de referentes riesgo cardiovascular. Técnicos de la SPSP	Registro específico HF	Puesta en marcha del Registro: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Elaboración protocolo de estudio y cuestionarios para vigilancia obesidad			X	X	X	X																															
1.2 Diseño aplicación informática para tratamiento y análisis información				X	X	X	X																														
1.3 Pilotaje del protocolo					X	X	X	X	X																												
1.4 Elaboración y aprobación del protocolo definitivo									X	X																											
1.5 Notificación de la obesidad infantil													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1 Constitución grupo de trabajo PREDIMERC-II													X	X	X																						
2.2 Estudio Piloto															X	X	X																				
2.3 Trabajo de campo en centros de salud seleccionados																			X	X	X	X	X	X													
2.4 Análisis de datos																									X	X	X	X									
2.5 Elaboración informe de resultados																													X	X							
3.1. Selección profesionales enfermería																				X	X																
3.2 Creación de Red Sanitaria Centinela																							X	X	X	X											
3.3 Adaptación de las aplicaciones informáticas de la Red Sanitaria Centinela																						X	X	X													
4.1. Creación de Registro de Afectados por HF													X	X	X	X	X																				

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Informe del estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid; 2009.
- 2.- Aranceta Batrina J, Foz Sala M, Gil Extremera B, Jover E. Obesidad y riesgo cardiovascular: estudio dorica. Madrid: Médica Panamericana; 2004.
- 3.- Conthe P, Lobos J M. Definición y situación actual del riesgo cardiometabólico. Rev Clin Esp. 2008; 208(2).
- 4.- Brotons C, Soriano N, Moral I, Beza M, Casanovas J, Gironès M, et al. Determinantes de mal control de los factores de riesgo en pacientes coronarios en la atención primaria. Clin Invest Arterioscl. 2010; 22(1):1-6.
- 5.- Zorrilla Torras B, Martínez Cortés M, Gil Montalbán E, Donoso Navarro E, Vázquez Mosquera M, Borstein Sánchez B, et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Madrid: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.
- 6.- Escortell Mayor E, Rico Blázquez M, Martínez Martínez R, De Francisco Romanillos T, Sierra Ocaña G, Herrero Fuentes A. Guía de Abordaje del Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria Área 3; Borrador en proceso de revisión (enero 2010). 2010.
- 7.- Villar Alvarez F, Maiques Galan A, Brotons Cioxart C, Ortega Sánchez- Pinilla R, Vilaseca Canals, Fores García D, et al. Guía de Prevención Cardiovascular en atención primaria (semFYC). Barcelona: semfyc ediciones; 2003.
- 8.- Lobos J M, Royo-Bordonada M A, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Clin Invest Arterioscl. 2009; 21(3):124-50.
- 9.- Guirao García A, Rivero Cuadrado A. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. Dos años después. Prev Tab. 2007; 9:72-82.
- 10.- Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. 2005-2007. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad Madrid; 2005.
- 11.- Rodríguez-Artalejo F, Lafuente-Urduñigo P, Guallar Castillón P, Garteizaurrekua Dublang P, Saíñz Martínez O, Díez Azcárate J I, et al. One-year effectiveness of an individualized smoking cessation intervention at the work place: a randomised controlled trial. Occup Environ Med. 2003; 60:358-63.
- 12.- Aranceta Batrina J, Foz Sala M, Gil Extremera B, Jover E, Mantilla, Milán J, et al. Dieta y riesgo cardiovascular: estudio Dorica II. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
- 13.- Arao T, Oida Y, Maruyama C, Mutou T, Sawada S, Matsuzuki H, et al. Impact of life style intervention on physical activiti and diet of Japanese workers. Prev Med. 2007; 45:146-52.

- 14.- Wood D A, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 371:1999-2012.
- 15.- Brotons C, Arino D, Borras I, Buitrago F, Gonzalez M L, Kloppe P, et al. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en Atención primaria: estudio PREseAP. *Atención Primaria*. 2006 Mar 31; 37(5):295-8.
- 16.- European society of cardiology, European health network, UE, OMS. Carta Europea sobre la Salud Cardiovascular. 2006.
- 17.- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS: Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- 18.- Izquierdo Martínez M, Lobos Bejarano J M, Ruiz de Adana Pérez N, Rodríguez Artalejo F, Andrés de Colsa R M, Ausejo Segura M, et al. Plan de Salud Cardiovascular de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Documentos técnicos de Salud Pública Nº 112; 2007.
- 19.- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 28:2375-414.
- 20.- Bertoni A G, Bonds D E, Chen H, Hogan P, Crago L, Rosenberger E, et al. Impact of a multifaceted intervention on cholesterol management in primary care practices: guideline adherence for heart health randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009 Apr 12; 169(7):678-86.
- 21.- Mosca L, Linfante A H, Benjamin E J, Berra K, Hayes S N, Walsh B W, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*. 2005 Feb 1; 111(4):499-510.
- 22.- Roccatagliata D, Avanzini F, Monesi L, Caimi V, Lauri D, Longoni P, et al. Is global cardiovascular risk considered in current practice? Treatment and control of hypertension, hyperlipidemia, and diabetes according to patients' risk level. *Vasc Health Risk Manag*. 2006; 2(4):507-14.
- 23.- Papel de Enfermería en Atención Primaria. Informe técnico de la Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. 2009.

ANEXO II

TABLAS SCORE

Tabla SCORE Riesgo a 10 años de ECV fatal en poblaciones con riesgo bajo de ECV, según los factores de riesgo siguientes: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.

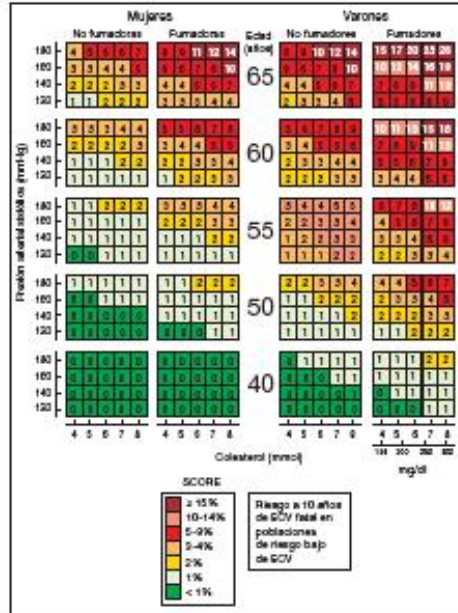
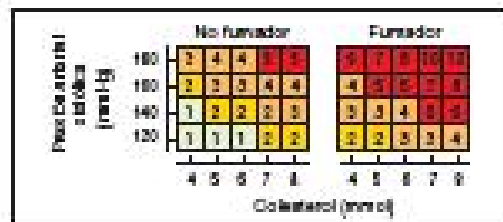
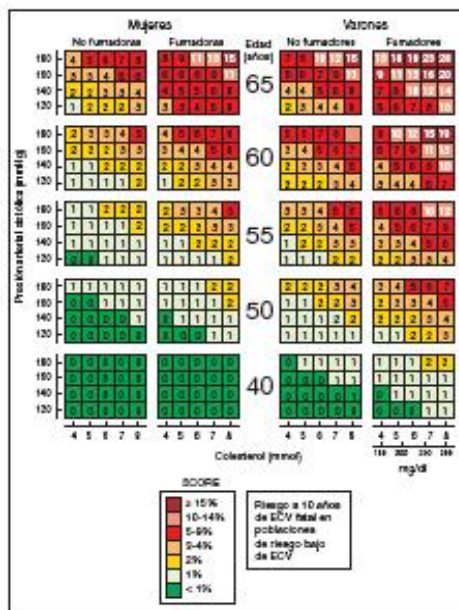


Tabla SCORE Riesgo a 10 años de ECV fatal en poblaciones con riesgo bajo de ECV, según los factores de riesgo siguientes: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y razón colesterol total: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL).

Tabla SCORE Tabla de riesgo relativo. De uso en menores de 40 años



7.5 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENFERMEDADES MENTALES, OSTEOMIOARTICULARES, ASMA Y EPOC)

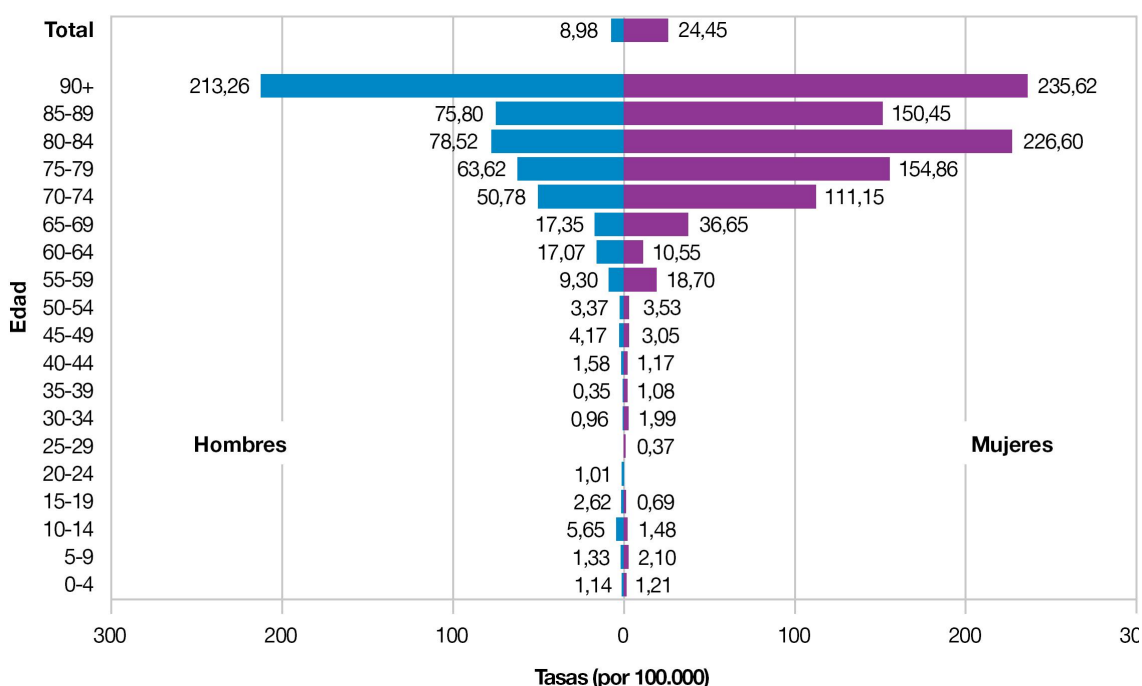
7.5. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENFERMEDADES MENTALES, OSTEOMIOARTICULARES, ASMA Y EPOC)

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las enfermedades que más discapacidad y muerte producen, por ello están priorizadas en líneas estratégicas propias. Sin embargo, existen otras enfermedades que están produciendo una gran discapacidad y carga al sistema sanitario que agrupamos en las denominadas "enfermedades crónicas"; dentro de esta línea estratégica se tratan las siguientes patologías: enfermedades del sistema osteomuscular, la patología mental y enfermedades del aparato respiratorio.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo destacan por la discapacidad que originan; en la Comunidad de Madrid son la séptima causa en carga de enfermedad, con repercusión sobre todo a partir de los 30 años. Dentro de ellas, la osteoporosis junto con las fracturas patológicas a las que da lugar, presentan tasas de hospitalización importantes, fundamentalmente en mujeres a partir de los 70 años (figura 22). Ocupan, además, la séptima posición entre los episodios de atención más frecuentes en las consultas de Atención Primaria en mujeres de 65 a 84 años.

Figura 22: Morbilidad hospitalaria por osteoporosis y fracturas patológicas. Comunidad de Madrid, 2007



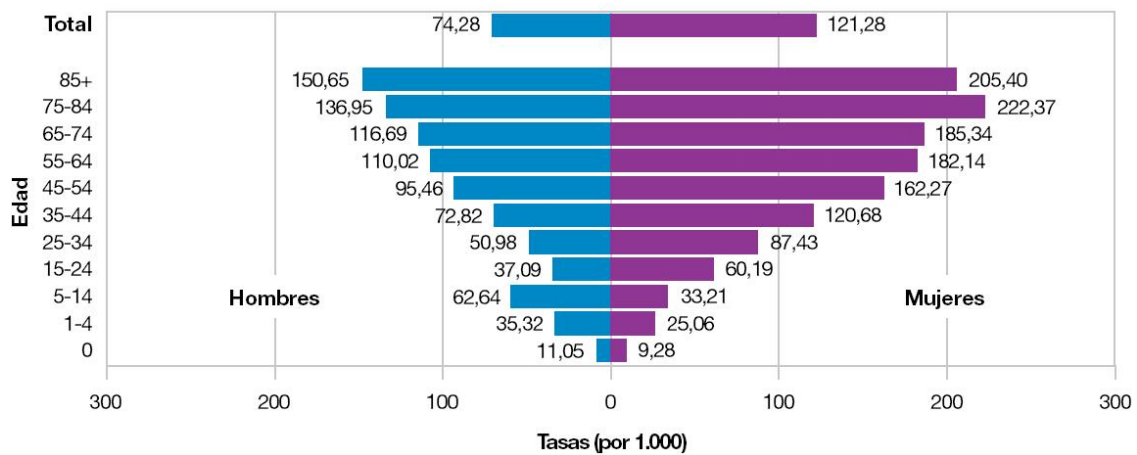
Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009

La patología mental, y en concreto los trastornos del estado de ánimo, son la segunda causa de ingreso hospitalario alcanzándose las mayores tasas en mujeres a partir de los 35 años. Según la Encuesta Regional de Salud 2007, el 9,68% de la población mayor de 15 años de la Comunidad de Madrid ha sido diagnosticada de alguna patología mental, siendo las más frecuentes la depresión,

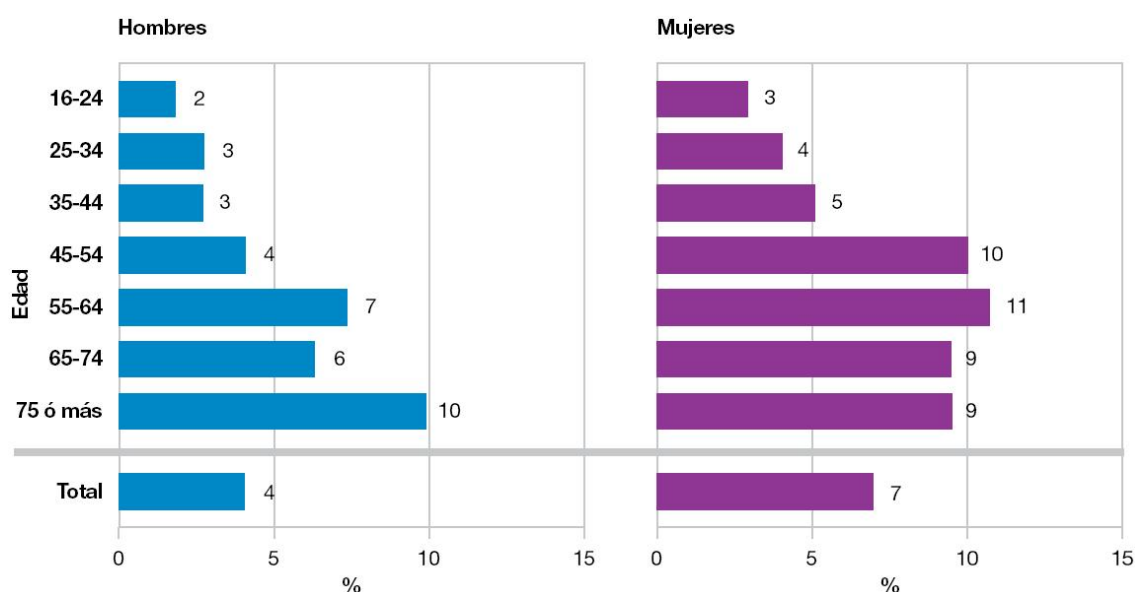
que afecta al 6,5% de mujeres y 2,5% de hombres, y la ansiedad, diagnosticada en el 6,1% de las mujeres y 2,3% de hombres.

La patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en Atención Primaria, siendo los más frecuentes los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño. Las tasas más elevadas se observan en mujeres, y se aprecia una tendencia creciente con la edad (figura 23). Es precisamente ese grupo de población el que con más frecuencia se encuentra ejerciendo la función de cuidador principal (solo o con ayuda) en el propio domicilio de una persona discapacitada o mayor de 74 años que lo requiere, situación que alcanzaba hasta a un 5,6% de la población general de la Comunidad de Madrid en 2007(figura 24).

Figura 23: Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria por edad y sexo. Tasas por 1.000. Comunidad de Madrid, 2007



Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009

Figura 24: Cuidadores informales por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007

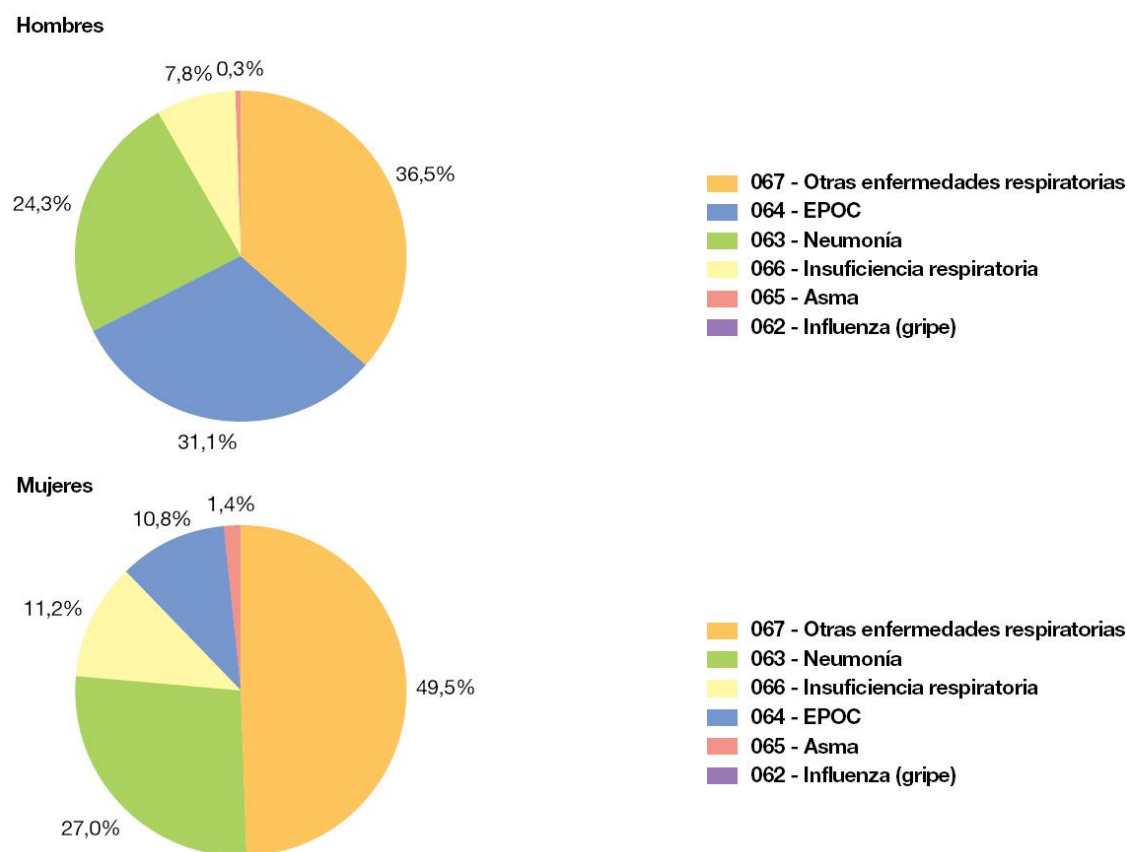
Fuente: ERSM-2007. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009

Las enfermedades del sistema respiratorio fueron la tercera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid en 2006. El asma destacó más por la discapacidad que por la mortalidad (sobre todo en el grupo de 15 a 29 años); ocasiona ingresos hospitalarios en las edades extremas de la vida: menores de 15 años (especialmente hombres) y mayores de 64 años (fundamentalmente mujeres) (figura 25). El 3,6% de la población de entre 16 y 34 años de la Comunidad de Madrid ha sido diagnosticada como asmática, apareciendo esta patología entre los diez episodios de consulta más frecuentes en Atención Primaria en los hombres menores de 35 años y en las niñas de hasta 14 años.

El EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) motivó el 31,1% de las muertes por enfermedades respiratorias en hombres y el 10,8% en mujeres (figura 25). La morbilidad hospitalaria por EPOC corresponde sobre todo a varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años (figura 26). El 1,2% de la población mayor de 64 años ha sido diagnosticada de EPOC, siendo en los hombres de esa edad el séptimo episodio más frecuente de consulta en Atención Primaria.

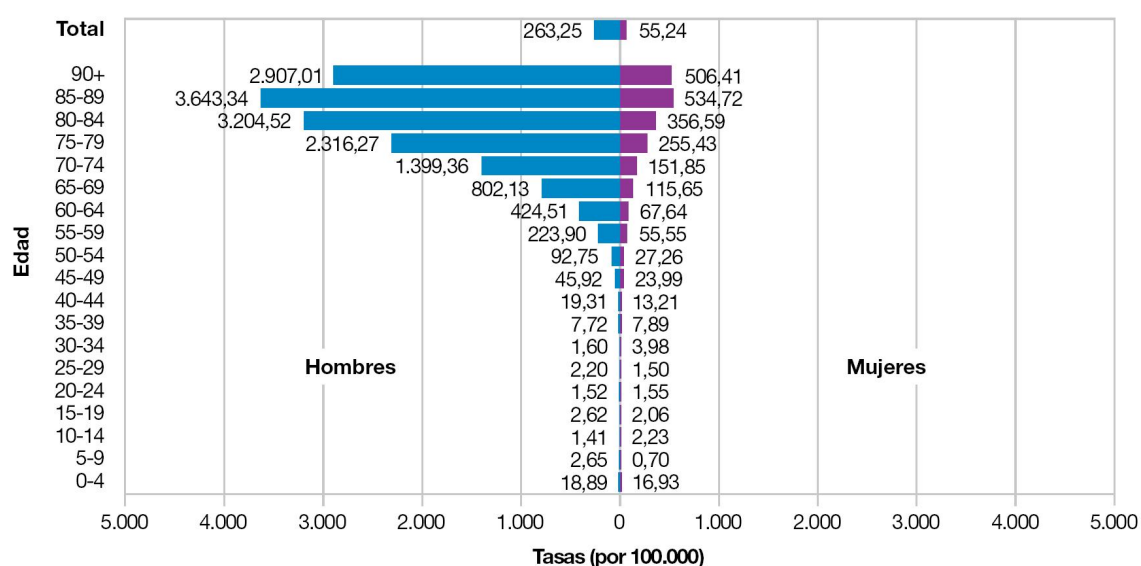
El desarrollo de EPOC está directamente relacionado con la exposición al humo del tabaco. En la Comunidad de Madrid en 2007, el 33,8% de la población de 18 a 64 años era fumadora y el 31,3% fumaba diariamente. Entre los jóvenes de 15 y 16 años, un 25,7% eran fumadores habituales, siendo las jóvenes las que en mayor proporción fumaban diariamente (18,4%).

Figura 25: Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006



Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009

Figura 26: Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema



Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009

7.5.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OSTEOMIOARTICULARES

INTRODUCCIÓN

Este grupo de enfermedades, cuando afectan a población activa, representan una de las causas más importantes de absentismo laboral e invalidez permanente y dan lugar a una elevada demanda asistencial y alto consumo de medicamentos, hechos que elevan el coste sanitario estimado para población general. Dado que desde el sistema sanitario estos problemas de salud se afrontan fundamentalmente mediante el tratamiento farmacológico y la rehabilitación, es necesario disponer de un programa de actividades de promoción de la salud que optimice la utilización de recursos en la Comunidad y contribuya a mejorar la calidad de vida y por lo tanto reducir la demanda asistencial.

Entre todos los trastornos osteomioarticulares, se ha decidido priorizar la osteoporosis primaria debido a los antecedentes de trabajo* existentes en la Consejería de Sanidad para modificar la forma de afrontar este trastorno desde los servicios de salud.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA OSTEOPOROSIS PRIMARIA

La osteoporosis primaria es una enfermedad que se caracteriza por baja masa ósea y por el deterioro de la micro-arquitectura del hueso que altera la calidad del mismo, hechos que incrementan el riesgo de fracturas en las personas que la padecen. Este trastorno, que afecta sobre todo a las mujeres, es relevante por la repercusión que tienen las fracturas clínicas en la morbilidad y en el menoscabo de la calidad de vida. Debido a la ausencia de instrumentos para valorar la calidad del hueso, en la práctica clínica se ha usado comúnmente la densidad mineral ósea medida por densitometría para predecir el riesgo de fractura individual, sin tener en cuenta otro tipo de factores determinantes igualmente relevantes entre los que cabe destacar la edad, los antecedentes personales o familiares de ciertas fracturas o el índice de masa corporal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1994, una clasificación para medir la densidad mineral ósea basada en la puntuación obtenida con el test T-score (número de desviaciones estándar por encima o por debajo de la media para personas adultas jóvenes). La clasificación consta de 3 categorías: normal (T-score = -1 o más alto), osteopenia (T-score entre -1 y -2,5) y osteoporosis (T-score = -2,5 o menos).

Aunque estas definiciones fueron diseñadas para su utilización como umbral diagnóstico en los análisis de estudios de base poblacional, muchas guías clínicas las han usado para realizar el diagnóstico de osteoporosis y definir el umbral de tratamiento farmacológico en pacientes

* Para más información consultar el documento: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2007

individuales. Este hecho tiene gran interés por sus consecuencias clínicas, ya que la confusión terminológica entre osteoporosis densitométrica (que es un factor de riesgo de futuras fracturas) y osteoporosis enfermedad (que es el proceso que predispone a la aparición de fracturas) ha conducido al tratamiento farmacológico de muchas mujeres cuyo riesgo no estaba suficientemente valorado, como lo señalan varios estudios que han observado que la mayoría de las fracturas óseas se producen en mujeres con valores densitométricos no osteoporóticos y subrayan la necesidad de valorar otros factores de riesgo que operan independientemente de la densidad mineral ósea.

Uno de los factores que es preciso considerar al valorar el riesgo de fractura osteoporótica, es la edad. La incidencia de este tipo de fractura se incrementa con la edad siendo este incremento mucho más acentuado a partir de los 65 años para las fracturas vertebrales y de 70 años para las fracturas de cadera. En la Comunidad de Madrid la edad media de aparición de fractura clínica es de 74 años para las vertebrales y de 82 años para las de cadera.

Por otra parte, el beneficio que se cree obtener por la administración de un tratamiento farmacológico en las mujeres menores de 65 años antes de que se produzcan las fracturas, no está demostrado, ya que no hay ensayos clínicos, con los fármacos disponibles para el tratamiento de la osteoporosis, que hayan incluido únicamente mujeres menores de 65 años y los que incluyen mujeres de esta edad son escasos y no han demostrado su eficacia para estas mujeres. Adicionalmente, estos fármacos no están exentos de efectos secundarios, lo que sugiere la necesidad de realizar una valoración del riesgo global individual en las mujeres antes de realizar la prescripción farmacológica*.

A pesar de lo expuesto, la osteoporosis sigue asociándose al proceso fisiológico de la menopausia y esta asociación explica que una proporción muy elevada de mujeres menores de 65 años esté recibiendo al menos un fármaco antiresortivo para el tratamiento de la osteoporosis. Al considerar la edad en relación con el tratamiento farmacológico de este trastorno en la Comunidad de Madrid, se observa que en el año 2009 al 26% de las mujeres de 45 a 64 años (% sobre tarjeta sanitaria) se le había prescrito al menos un fármaco, si bien este porcentaje muestra una tendencia ligeramente descendente desde el año 2006 (31,92%). Teniendo en cuenta que no se ha demostrado el beneficio de la utilización de estos fármacos 15 a 20 años antes de que se produzcan las fracturas y que no están exentos de reacciones adversas graves, el tratamiento farmacológico debe reservarse para las mujeres de mayor riesgo absoluto de fractura.

Actualmente, la cartera de Servicios de Atención Primaria tiene un servicio de fisioterapia que comprende los procesos crónicos osteoarticulares, pero no contempla la osteoporosis como entidad aislada, lo que facilitaría una atención específica a este problema de salud de las mujeres.

* Para el cálculo del umbral de riesgo y la puntuación de riesgo puede consultarse el documento con las "Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid" citado previamente

Por otra parte, el contrato programa de Atención Primaria para 2010, tiene entre sus objetivos de farmacia "Conocer la proporción de mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con medicamentos para la osteoporosis" y describe como indicador el porcentaje de mujeres de 40 a 65 años que está en tratamiento con fármacos para la osteoporosis del total de mujeres de ese grupo de edad (población TIS). Así mismo, en el nuevo sistema de registro "AP Madrid", figura un protocolo de osteoporosis basado en el documento *"Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid"*, que se ha referenciado previamente.

JUSTIFICACIÓN

Las anteriores consideraciones dan cuenta de la preocupación del sistema sanitario madrileño por este trastorno tan frecuente en las mujeres mayores. Se ha detectado la necesidad de intervenir para afrontar la prevención de fracturas y el control de la osteoporosis, sin embargo, hasta el momento, existen actuaciones dispersas sin que se haya puesto en marcha ningún programa que contemple intervenciones complementarias de carácter más general orientadas a mejorar la efectividad de estas actuaciones.

El Programa de Prevención de Enfermedades Osteomioarticulares que a continuación se describe contempla además de las actividades propias de la formación y de la labor asistencial, otras de Promoción de la Salud que contribuyen a mejorar el abordaje de la osteoporosis desde la Atención Primaria.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a reducir el número de fracturas osteoporóticas en la población con mayor riesgo, mejorando así su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cambiar el foco de atención de las intervenciones para prevenir fracturas osteoporóticas, de las mujeres menores de 65 años al grupo de mujeres de mayor riesgo (mayores de 65 años).
2. Contribuir a eliminar los factores de riesgo que favorecen las caídas en las mujeres mayores de 65 años con riesgo absoluto de fractura superior al 20%, de acuerdo con los contenidos de la "Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores", publicada por la Consejería de Sanidad en 2009.
3. Promocionar las actividades dirigidas a fortalecer el sistema muscular e incrementar la masa ósea así como evitar estilos de vida nocivos que contribuyen a reducirla

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Cambiar el foco de atención de las intervenciones para prevenir fracturas osteoporóticas, de las mujeres menores de 65 años al grupo de mujeres de mayor riesgo (mayores de 65 años).

- **Objetivo operativo 1.1:** Contribuir a reducir la proporción de mujeres menores de 65 años con prescripción de medicamentos para el tratamiento de la osteoporosis, cuyo riesgo de fractura sea inferior al 20%*.

Actividad 1.1.1: Crear un grupo de trabajo para elaborar un “plan personalizado de osteoporosis” asociado al episodio de osteoporosis en la historia clínica informatizada. Se recomienda que, en el protocolo de osteoporosis, el dato de “*puntuación de riesgo absoluto de fractura*” se establezca como obligatorio.

Actividad 1.1.2: Valoración del riesgo absoluto de fracturas en todas las mujeres menores de 65 años que acuden a consulta y están diagnosticadas de osteoporosis mediante densitometría ósea (en especial si se trata de densitometría con técnica distinta de la Absorciometría de rayos X de energía dual (DXA,) y que están en tratamiento farmacológico para la osteoporosis o que demandan dicho tratamiento.

Actividad 1.1.3: Curso sobre osteoporosis dirigido a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud, relacionado con el documento en el que se basa el protocolo de AP Madrid.

Actividad 1.1.4: Sesiones clínicas en cada centro de salud para la actualización de los conocimientos en el afrontamiento de la osteoporosis en Atención Primaria (considerando el enfoque desde la valoración del riesgo global de fractura contemplado en el protocolo de AP Madrid).

Actividad 1.1.5: Realización en el centro de talleres de Educación para la Salud con metodología basada en el aprendizaje significativo, dirigidos a mujeres de edades comprendidas entre 45 y 65 años. Los contenidos de los talleres deben separar claramente la asociación entre menopausia y osteoporosis e indicar los principales factores de riesgo de fracturas, así como los factores protectores, poniendo especial énfasis en clarificar las edades de mayor riesgo y la necesidad de realizar una valoración individual antes de iniciar el tratamiento farmacológico**.

Actividad 1.1.6: Elaboración, edición y distribución de un folleto de educación para la salud que acompañe al consejo médico, dirigido a las mujeres de población general con edades comprendidas entre 45 y 65 años. El folleto contendrá información clara y precisa sobre el diagnóstico y la prevención de la osteoporosis, incluyendo la promoción de estilos de vida saludables según el documento en el que se basa este programa***.

* Consultar el documento publicado por la Consejería de Sanidad de la CM denominado “Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la CM”.

** Estos contenidos de EpS pueden formar parte de talleres en los que se trate la salud de las mujeres de manera integral.

*** Carmen Estrada Ballesteros, Clara Esteban Escobar, Berta Lorente Castro. “Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores”. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid, 2009.

Objetivo específico 2: Contribuir a eliminar los factores de riesgo que favorecen las caídas en las mujeres mayores de 65 años con riesgo absoluto de fractura superior al 20%, de acuerdo con los contenidos de la “Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores” publicada por la Consejería de Sanidad en 2009

- **Objetivo operativo 2.1:** Sensibilizar a la población de mujeres mayores de 65 años con riesgo absoluto de fracturas superior al 20% y a sus cuidadoras y cuidadores (cuando los tengan) sobre la importancia de evitar los principales factores de riesgo de caída y de potenciar los factores protectores.

Actividad 2.1.1: Realización en el centro de salud de talleres de Educación para la Salud con metodología basada en el aprendizaje significativo, dirigidos a mujeres mayores de 65 años y las personas que las cuidan. Los contenidos de los talleres deben indicar los principales factores de riesgo de caídas, así como los factores protectores, poniendo especial énfasis en clarificar las edades de mayor riesgo y la necesidad.

Actividad 2.1.2: Distribución de la “Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores” como instrumento potenciador de la eficacia del consejo sanitario a mujeres mayores de 65 años con riesgo absoluto superior al 20%, así como en los talleres realizados con esta población.

Objetivo específico 3: Promocionar las actividades dirigidas a fortalecer el sistema muscular e incrementar la masa ósea, así como evitar estilos de vida nocivos que contribuyen a reducirla.

- **Objetivo operativo 3.1:** Desarrollar actividades específicas relacionadas con estilos de vida saludables desde la infancia, encaminadas a mejorar la masa ósea.

Actividad 3.1.1: Elaboración de un dossier para su difusión en medios de comunicación social sobre la promoción de estilos de vida saludables, cuyos contenidos, centrados en la promoción de actividades que potencien la masa ósea y fortalezcan la musculatura, contemplen mensajes adaptados para los diferentes grupos de edad (ejercicio físico, alimentación, tóxicos...).

Actividad 3.1.2: Puesta en marcha de actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos y grupos de edad de acuerdo con las medidas propuestas en este mismo documento para la Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.*

Actividad 3.1.3: Promoción de la actividad física en los programas de promoción de salud que se lleven a cabo en los centros de educación primaria y secundaria obligatoria.

* Consultar **Programa de Prevención y Control de la EPOC**

Se considera prioritario desarrollar actividades de promoción de estilos de vida saludables en el ámbito educativo, pero dado que la evidencia científica demuestra que la efectividad de las intervenciones es mucho mayor cuando se trabajan globalmente todos los determinantes de salud que cuando se trabajan aisladamente los estilos de vida, resulta conveniente incorporar estas actividades en un contexto de escuelas promotoras de salud.

Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación, siguiendo el modelo que existe en la mayoría del resto de CCAA.

- **Objetivo operativo 3.2:** Facilitar a la población la información sobre las cantidades adecuadas de calcio y vitamina D para cubrir las necesidades diarias en todos los grupos de edad.

Actividad 3.2.1: Elaboración y difusión de un folleto sobre las necesidades diarias de vitamina D y calcio para los diferentes grupos de edad, que se utilice para fortalecer el consejo sanitario en consulta y en los grupos y talleres en los que se trabaje la promoción de la salud.

Actividad 3.2.2: Inclusión de información sobre la importancia de la ingesta de vitamina D y calcio en las cantidades diarias recomendadas para la población infantil en el programa de Desayunos Saludables que lleva a cabo la Consejería de Sanidad en colaboración con la Consejería de Educación.*

- **Objetivo operativo 3.3:** Desarrollar actividades específicas para mejorar la condición física y el equilibrio en la población de mayor riesgo para conseguir el mayor grado posible de autonomía.**

* Actividad no evaluable

** Consultar el programa del Anciano Frágil

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Elaboración de plan personalizado de osteoporosis	Profesionales de medicina de los Centros de Salud (CS)	Profesionales de medicina de los Centros de Salud. Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Historia Clínica de Atención Primaria (AP) OMI-AP/AP Madrid	Plan personal de osteoporosis elaborado: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.1.2 Valoración del riesgo absoluto de fracturas en mujeres < 65 años con dx osteoporosis	Mujeres < 65 años con dx osteoporosis y en tratamiento para la osteoporosis o que consultan por este motivo	Profesionales de medicina y enfermería de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria (AP) OMI-AP/AP Madrid	N ° mujeres < 65 años con dx osteoporosis a las que se les realiza la valoración del riesgo absoluto de fractura/ Total mujeres < 65 años con dx de osteoporosis	20 % al finalizar 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.1.3 Curso sobre osteoporosis	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de AP y responsables de formación continuada	Registro de actividades de formación continuada de AP y de la SPSP	N ° Curso año	2 cursos año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.1.4 Sesiones clínicas actualización en osteoporosis	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de AP y responsables de formación continuada	Registro de actividades de formación continuada de AP	% de CS que han realizado 1 sesión clínica sobre osteoporosis al año	70 % al finalizar 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.1.5 Talleres de EpS sobre osteoporosis para mujeres entre 45-65 años	Mujeres de 45 a 65 años de la población de referencia del CS	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP	Registros específicos de actividades EpS de AP	% de CS que han realizado 1 taller sobre osteoporosis año	50% al finalizar 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.1.6 Folleto divulgativo sobre osteoporosis	Mujeres de 45 a 65 años de la población de referencia del CS	Técnicos de la SPSP Profesionales sanitarios de los CS	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución del folleto en los CS: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Talleres de EpS sobre prevención de caídas	Mujeres > 65 años y sus cuidadoras/cuidadores	Profesionales sanitarios de los CS.	Registros específicos de actividades EPS de AP	% de CS que han realizado 1 taller al año sobre prevención de caídas	80% al finalizar 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.1.2 Distribución de “Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores”	Población > 65 años con riesgo absoluto de caída > 20% y sus cuidadoras/cuidadores	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución de Guías: Sí/No	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.1 Difusión dossier promoción estilos de vida saludables	Población general de diferentes grupos de edad	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Dossier elaborado y difundido: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.2 Actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos y grupos de edad (Consultar Programa de Prevención y control de la EPOC)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3.2.1 Elaboración y distribución folleto sobre vit. D y calcio	Distintos grupos de edad de población general en la que se focaliza el folleto	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución de folleto SI/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1 Elaboración de plan personalizado de osteoporosis					X	X	X	X	X	X	X	X																									
1.1.2 Valoración del riesgo absoluto de fracturas en las mujeres < 65													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.1.3 Curso sobre osteoporosis					X					X						X						X						X					X				
1.1.4 Sesiones clínicas de actualización en osteoporosis						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.5 Talleres de EPS para mujeres entre 45-65 años									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.1.6 Elaboración y distribución folleto divulgativo de la osteoporosis						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 Talleres mujeres > 65 sobre de factores de riesgo de caída y factores protectores				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.2 Distribución de “ Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores”			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1.1 Difusión a través de los medios de comunicación social de información sobre promoción de estilo vida saludable			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.2.1 Elaboración y distribución folleto sobre vit. D y calcio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolfo Hervás Angulo, Maite Hermoso de Mendoza Macu, Tarsicio Forcén Alonso, Rafael Bartolomé Resano. Documento para el manejo de la osteoporosis en Atención Primaria. Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Atención Primaria. 2005.
2. Ana M García, Rafael Gadea, María José Sevilla, Susana Genís, Elena Ronda. Ergonomía participativa: empoderamiento de los trabajadores para la prevención de trastornos musculoesqueléticos. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83:509-518.
3. Ann Cranney MD, Sophie A. Jamal MD PhD, James F. Tsang BSc, Robert G. Josse MB BS, William D. Leslie MD MSc. Low bone mineral density and fracture burden in postmenopausal women. *CMAJ* 2007;177(6):575-580.
4. Carlos Isasi Zaragoza, Alberto López García-Franco, E. Bailón Muñoz, M Fuentes Pujol. Prevención de la osteoporosis. PAPPs capítulo 8
5. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2007
6. Eunáte Arana-Arri, Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea, Amaia Ecenarro Mugaguren, José Asua Batarrita. Prevalencia de ciertos hábitos determinantes de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas del País Vasco en 2003. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:647-656.
7. Francisco Toquero de la Torre, Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Guía de buena práctica clínica en osteoporosis. 2ª ed. Madrid: Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
8. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano: 2004.
9. Joan Miquel Nolla. Antoni Rozadilla. Atlas de Osteoporosis. Barcelona: Ediciones médicas, Euromedice; 2004.
10. L.M. Junquera, R Martín-Granizo. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2008;30(3):145-156.
11. Mónica Vázquez Díaz, Alberto López García Franco, Carlos Isasi Zaragoza, Pilar Aguado Acín. Fractura osteoporótica: valoración del riesgo en la práctica clínica.
12. National Osteoporosis Foundation. Treating osteoporosis alter the WHI. Osteoporosis Clinical Updates 2004; V (2): [Ed].
13. Ortega Andreu, Miguel; Alonso Carro, Gustavo; Rodríguez Merchán, E. Carlos. Fracturas Osteoporóticas. Prevención y Tratamiento. Madrid: Editorial Panamericana; 2003.

14. P Ramón Cordero, J. A. Pinto Fontanillo (Coor). Actividad física y ejercicio en mayores. Hacia un envejecimiento activo. Promoción de la Salud de personas mayores. Doc. Nº 9. Dirección General de Salud Pública y alimentación. 2007. Madrid.
15. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2007. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. 2007.
16. Subdirección de C. de Farmacia y Productos Sanitarios. Indicadores Farmacia. 2010.
17. Susanna Soler Prat (coor). Plan integral para la actividad física y el deporte. Igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Consejo Superior de Deportes. Disponible en: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/igualdad.pdf>

7.5.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS, EN LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad producen un deterioro importante de la salud de las personas afectadas. Es conocido que quienes se dedican al cuidado de otras personas en situación de dependencia tienen un mayor riesgo que la población general de padecer no sólo este tipo de problemas, sino también otros de orden físico y social, es por ello que en este apartado se ha optado por afrontar desde una perspectiva integral la salud de las personas que se dedican al cuidado.

SITUACIÓN ACTUAL

El concepto de "cuidador" surgió ligado a la atención del paciente mayor y/o inmovilizado y la atención sanitaria a las personas cuidadoras, se ha realizado tradicionalmente en respuesta a las circunstancias y demandas sociales de cada momento y ha sido de carácter grupal.

Hacia los años 90 se observó una falta de cuidadores derivada, entre otras causas, del envejecimiento de la población, del aumento de los procesos de deterioro cognitivo y de la feminización del cuidado asociada a la incorporación de la mujer al mundo laboral. Se desarrollaron programas encaminados a mejorar el autocuidado y a aumentar el conocimiento que los "cuidadores" tenían acerca de los problemas de los "dependientes"; asimismo se potenciaron figuras de apoyo a los "cuidadores", externas a su entorno cercano: los "agentes de salud", los "objetores de conciencia" y el "voluntariado".

A partir del año 2000 se instaura la profesionalización del cuidado; la llegada del fenómeno migratorio provee de cuidadores formales a las personas dependientes financiadas por las instituciones o por el propio paciente. Se empiezan a utilizar los conceptos "persona cuidadora", "persona dependiente" y "dependencia", aunque sin una definición conceptual clara entre los profesionales de Atención Primaria. Así mismo, se van desarrollando intervenciones individuales desde las consultas y se estima que disminuye la actividad grupal. El aumento de las ayudas sociales gestionadas por los ayuntamientos generaliza el uso de la teleasistencia a personas mayores y los Servicios de Ayuda a Domicilio van mejorando la situación de las personas dependientes. Sin embargo, en muchos casos, persisten dificultades de acceso a estas ayudas, ya que las difíciles y complejas circunstancias que rodean a las personas dependientes y cuidadoras obstaculizan la tramitación sistematizada de las solicitudes.

En 2005 se puso en marcha el “Programa de coordinación sociosanitaria” para la detección del riesgo social y sanitario en personas mayores de 75 años, que no tengan cubiertas las necesidades de ayuda y en los que se requiera de una coordinación para la intervención entre los Servicios Sociales del Ayuntamiento y el SERMAS. Este programa articula los mecanismos de intervención de manera protocolizada, desde la detección del caso (tanto en Atención Especializada, Atención Primaria o Servicios Sociales del Ayuntamiento), la valoración de las necesidades sociosanitarias no cubiertas y su tramitación, hasta su resolución. Así mismo establece plazos, responsables y mecanismos de comunicación, con un sistema propio de registro. Está instaurado en el territorio de la Comunidad de Madrid, aunque su puesta en marcha ha tenido muchas dificultades y en la actualidad el seguimiento es desigual en los distritos municipales y los centros de salud. Por otra parte, no es aplicable a todas las personas dependientes.

En 2009, la Cartera de Servicios Estandarizados incluye la “atención al cuidador”, no como un servicio específico sino como parte de los criterios de buena atención de los Servicios 501, Atención Domiciliaria a Pacientes e Inmovilizados, y 502, Atención en Cuidados Paliativos*.

Ese mismo año, en la entonces Área 6 de Atención Primaria se puso en marcha como Programa Marco el “Protocolo de educación para la salud cuidar a los cuidadores”, como plan de mejora y en respuesta a sus demandas. Este protocolo está dirigido a profesionales y enfocado a ayudar, enseñar y apoyar en la tarea del cuidado a las personas cuidadoras formales e informales.

Por otra parte, el área de Gobierno de Familia y Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Madrid ha puesto en marcha recientemente el Programa Cuidar al Cuidador 2010-2011[†], organizado desde la Dirección General del Mayor del Ayuntamiento de Madrid y dirigido a las personas cuidadoras principales que presenten sobrecarga por el cuidado que realizan.

* **CBA 4 del Servicio 501** Plan de actuación que incluya: Plan terapéutico de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente. Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y familia. Atención al cuidador principal: Identificación de signos de sobrecarga en el cuidador principal mediante la Escala de Zarit (Anexo 10). Facilitar la expresión de sus emociones. Consejo/información sobre cuidados.

CBA 5 del Servicio 501 Se realizará una visita a domicilio con periodicidad anual a los pacientes incluidos en el Servicio. Si Barthel <35 ó Norton <14 la periodicidad de la visita será mensual. La visita incluirá, al menos: Evolución o cambios respecto a la visita anterior. Revisión del plan terapéutico. Revisión del plan de cuidados. Atención al cuidador principal.

CBA 5 del Servicio 502 Plan de actuación que incluya: Tratamiento farmacológico. Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y familia. Atención al cuidador principal: Identificación de signos de sobrecarga en el cuidador principal mediante la Escala de Zarit (Anexo 10). Identificación de factores de riesgo de duelo complicado. Facilitar la expresión de sus emociones. Consejo/información sobre cuidado.

CBA 6 del Servicio 502 Se realizarán al menos dos visitas mensuales a domicilio de seguimiento que incluyan: Valoración del dolor. Presencia/ausencia de otros síntomas. Revisión del tratamiento farmacológico. Revisión del plan de cuidados. Atención al cuidador principal: Información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas y de objetivos.

[†] **Programa Cuidar al Cuidador 2010-2011.** Dirección General de Mayores. Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid

Ambos proyectos contemplan actividades de carácter grupal dirigidas a personas cuidadoras y tienen contenidos para el manejo de su propia "sobrecarga" y el cuidado de la persona dependiente, sin embargo estas acciones que se están implementando siguen siendo parciales.

JUSTIFICACIÓN

Todo lo expuesto anteriormente indica que la salud de las personas cuidadoras ha sido un foco de interés en Atención Primaria, sin embargo, como se señala previamente, hasta ahora la atención ha sido parcial e indirecta a través de las personas dependientes.

En la bibliografía y en las memorias de las comisiones de Educación para la Salud de los EAP se encuentran numerosas experiencias sobre cuidadores, sobre todo de carácter grupal que aportan una importante información, fundamentalmente cualitativa. De ellas se pueden extraer conclusiones acerca de los problemas que sufren sin que se puedan realizar análisis cuantitativos. Se puede afirmar que la condición de "persona cuidadora" tiene repercusiones sobre su salud.

Al valorar la atención que el sistema sanitario proporciona a las personas cuidadoras desde sus propias necesidades, se observa que no se proporciona una atención integral a la salud de las personas cuidadoras. Los registros protocolizados se realizan en la historia de la persona dependiente, por lo que no está identificada la población de "personas cuidadoras" y no se dispone de datos globales en cuanto a su salud; las intervenciones protocolizadas desde AP sobre ellas son parciales, abordadas desde la perspectiva de la salud de la persona dependiente; no llegan a todas las personas cuidadoras, ya que solo son aplicables a dos situaciones concretas de dependencia (cuidados paliativos y personas inmovilizadas), por lo que se escapan otras situaciones que requieren de la existencia de una persona cuidadora.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida y prevenir los trastornos de salud derivados del rol como personas cuidadoras de otras personas en situación de dependencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir a asegurar la atención integral a la persona cuidadora.
2. Optimizar la eficacia de las intervenciones sociosanitarias.
3. Incrementar el grado de información y sensibilización social orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora y fomentar el apoyo de las personas de su entorno.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Contribuir a asegurar la atención integral a persona cuidadora

- **Objetivo operativo 1.1:** Protocolizar las intervenciones sobre las personas cuidadoras desde el centro de salud, tanto en las consultas como en la atención domiciliaria y la actividad grupal.

Actividad 1.1.1: Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo de actuación que contemple al menos los siguientes aspectos:

- Definición y valoración de la persona dependiente.
- Definición de la persona cuidadora y criterios para la valoración de riesgo de enfermar.
- Prevención de la ansiedad y depresión en las personas cuidadoras: Mejorar la capacidad de afrontamiento de la situación; detectar de forma precoz la aparición de ansiedad y depresión; y aplicar los oportunos tratamientos.
- Prevención de enfermedades crónicas, el agravamiento y complicaciones de las existentes y las lesiones derivadas de accidentes y lesiones por movilización de cargas en las personas cuidadoras.
- Plan de cuidados enfermeros que potencien el autocuidado y la capacidad de afrontamiento del estrés de la persona cuidadora, y que aborden la sobrecarga.
- Mejora de las posibilidades de desarrollo social de la persona cuidadora.

Actividad 1.1.2: Adaptación del protocolo de atención a la persona cuidadora, descrito en la actividad anterior, al sistema informático de la historia clínica de Atención Primaria, con asesoramiento de profesionales de asistencia.

Objetivo específico 2: Optimizar la eficacia de las intervenciones sociosanitarias.

- **Objetivo operativo 2.1:** Mejorar la comunicación entre las distintas instituciones sanitarias y sociales.

Actividad 2.1.1: Coordinación entre los distintos recursos de atención sanitaria y social.

- Coordinación telefónica directa entre los trabajadores sociales de las distintas instituciones: municipales, sanitarias, Comunidad de Madrid.
- Coordinación interinstitucional de resolución de casos con profesionales implicados (Hospitales, Salud Mental, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria).

- Coordinación interinstitucional de resolución de casos (Servicios Sociales municipales, Comisiones socio-sanitarias para la atención, detección y seguimiento de situaciones de riesgo, otras instituciones de ámbitos públicos y privados...).
- Coordinación comunitaria: Planificación de intervenciones comunitarias y establecimientos de alianzas de carácter socio sanitario con el fin de optimizar y facilitar la utilización de recursos destinados a las personas dependientes y sus cuidadores*.

Objetivo específico 3: Incrementar el grado de información y sensibilización social orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora y fomentar el apoyo de las personas de su entorno.

- **Objetivo operativo 3.1:** Fomentar la participación de las personas cuidadoras en asociaciones de familiares y cuidadores de pacientes.

Actividad 3.1.1: Elaboración de un folleto con información específica sobre asociaciones existentes en la Comunidad de Madrid que pudieran dar apoyo a las personas cuidadoras.

Actividad 3.1.2: Distribución del folleto citado en la actividad anterior a pacientes dependientes y familiares acompañando a la información verbal desde las consultas del centro de salud: medicina, enfermería o de trabajo social.

- **Objetivo operativo 3.2:** Sensibilizar a la sociedad de la necesidad de apoyo a las personas cuidadoras.

Actividad 3.2.1: Elaboración de un dossier para su difusión en medios de comunicación social que sea útil para informar y sensibilizar a la sociedad sobre la problemática asociada al cuidado de las personas dependientes.

Actividad 3.2.2: Elaboración de un folleto dirigido a fomentar la responsabilidad de las personas del entorno de la persona dependiente (familiares, redes sociales y de apoyo e instituciones) en apoyo a las personas cuidadoras.

Actividad 3.2.3: Distribución del folleto citado en la actividad anterior, desde las consultas del centro de salud, a los familiares para reforzar el consejo profesional de ayuda a quienes cuidan a las personas dependientes (Ej. Hijas e hijos de personas mayores que ya no pueden cuidar a sus parejas).

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Grupo de trabajo para elaborar protocolo de atención a la persona cuidadora	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Profesionales sanitarios de Salud Mental. Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Protocolo elaborado: SI/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
1.1.2 Adaptación del protocolo de atención a la persona cuidadora al sistema informatizado de la historia clínica	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC) y de la SPSP	Historia clínica OMI-AP/AP Madrid	Inclusión del protocolo en la Historia clínica OMI-AP/AP Madrid: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011	GAPC SPSP
3.1.1 Elaboración y folleto sobre asociaciones	Pacientes dependientes y familiares	Profesionales de medicina, enfermería y trabajo social de AP, profesionales de Salud Mental y Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Folleto elaborado: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
3.1.2 Distribución del folleto sobre asociaciones	Pacientes dependientes y familiares	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS y Técnicos de la SPSP	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Folletos distribuidos en CS: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3..2.1 Elaboración de un dossier para la difusión en medios de comunicación	Población general	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS y Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Dossier elaborado y difundido: SI/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
3..2.2 Elaboración folleto fomentando la responsabilidad en la distribución del cuidado	Familiares de pacientes dependientes y población general	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Folleto elaborado: SI/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
3..2.3 Distribución folleto fomentando la responsabilidad en la distribución del cuidado	Familiares de pacientes dependientes y población general	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Folletos distribuidos en CS: SI/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.1.1 Grupo de trabajo para elaborar protocolo de "atención a la persona cuidadora "			X	X	X																																	
1.1.2 Adaptación del protocolo al sistema informatizado de la historia clínica					X	X	X																															
2.1.1 Establecer mecanismos de coordinación entre los distintos recursos de Atención Sanitaria y Social			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1.1 Elaboración folleto de asociaciones de personas cuidadoras									X	X																												
3.1.2 Distribución del folleto de asociaciones de personas cuidadoras											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
3.2.1 Elaboración de un dossier para la difusión en medios de comunicación													X	X																								
3.2.2 Elaboración folleto "Fomentando la responsabilidad en la distribución del cuidado"															X	X																						
3.2.3 Distribución del folleto "Fomentando la responsabilidad en la distribución del cuidado"																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Comunidad de Madrid.2010. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817. Último acceso 17 de mayo de 2010.
2. Caring for the Caregiver. World Federation for Mental Health. 2009. Disponible en: <http://www.wfmh.org/00awareness.htm> Último acceso 17 de mayo de 2010
3. Declaración Europea de Salud Mental.2005. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm> Último acceso 17 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm> Último acceso 17 de mayo de 2010.
4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Pág 73-83. Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones.
5. Haro JM et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.
6. Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2007. 196-197 y 212-224. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588187073&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_listado&vest=1161769238915. Último acceso 17 de mayo de 2010
7. M. Vilaplana, S. Ochoa, A. Martínez, V. Villalta, R. Martínez-Leal, E. Puigdollers, L. Salvador, A. Martorell, P.E. Muñoz, J.M. Haro y grupo PSICOST-RED RIRAG. Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS_II).Validación en población española del ECFOS-II. Actas Esp.Psiq. 2007;35(0):00-00.
8. Mellado Fernández M L. Aplicaciones prácticas de los tests de función cognitiva, capacidad funcional, psicoafectivos y sociales. En: Jordi Espinás Boquet (Coord). "Guía de actuación en Atención Primaria". Barcelona: Semfyc ediciones; 2006. p. 1778-1796.
9. Programa de Prevención en Salud Mental en Atención Primaria. Grupo de Salud Mental del PAPPS. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Fichas resumen de los subprogramas. 2008. Pag: 16-17, 23-25. Disponible en: <http://www.papaps.org/upload/file/publicaciones/fichas-resumen-salud-mental2008.pdf>
10. Sicras Mainar A et al. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gac Sanit. 2007; 21(4): 306-13
11. Aguiló Elena. "Trabajo grupal con cuidadores en Atención Primaria: una propuesta desde la metodología de los procesos correctores comunitarios". COMUNIDAD, Publicaciones periódicas del Programa de Actividades Comunitarias en AP. Nº 10 Ed semFYC, Abril 2008, 8-14.

12. Albarrán Lozano, I. Alonso González, P. Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. Revista Española de Salud Pública *versión impresa* ISSN 1135-5727. Rev. Esp. Salud Publica v.80 n.4 Madrid jul.-ago. 2006.
13. Moneo Martín, F. El programa sociosanitario de atención a personas cuidadoras de enfermos dependientes. Norte de Salud Mental, nº 18. 2003. pag. 19-29.
14. Del Pino Casado R, et al. Análisis de las desigualdades de género en salud y calidad de vida en el cuidado informal, Gac Sanit, 2009, doi:10.1016/j.gaceta.2009.05.002.
15. Programa Cuidar al Cuidador 2010-2011. Dirección general de Mayores. Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
16. Cuenca Villarejo, F. Jiménez García, C. Hernández de las Heras, JL. Montero Martín, S. Pérez Llorente, M. Pradena Martín, MF. Sabugo Diez, E. Salvador Moral, MJ. Nieto Blanco, E (coordinadora). Protocolo de educación para la salud Cuidar a los Cuidadores. Servicio Madrileño de Salud, Atención Primaria.

7.5.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ASMA

SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad desde el Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención se lleva a cabo la vigilancia epidemiológica del asma a través del Subprograma de vigilancia epidemiológica del asma. Dadas las características epidemiológicas de esta enfermedad, como la gran variabilidad geográfica de su incidencia y prevalencia, así como la diversidad de sus factores precipitantes, es conveniente desarrollar sistemas locales de vigilancia que permitan conocer con exactitud su distribución en el entorno poblacional de estudio.

Este sistema está dirigido a identificar grupos de riesgo, evaluar intervenciones, así como a prevenir el desarrollo o las exacerbaciones del asma identificando los factores precipitantes. El sistema de vigilancia está estructurado en la monitorización integral de la morbimortalidad y sus factores de riesgo: desde la prevalencia poblacional, la demanda sanitaria en los diversos servicios sanitarios (atención primaria, urgencias y hospitalización), así como la mortalidad.

La Comunidad de Madrid cuenta con la Red Palinológica, integrada en la Red de Vigilancia de Riesgos Ambientales. La Red Palinología proporciona información sobre las concentraciones de los tipos polínicos más alergénicos presentes en la atmósfera de la Comunidad de Madrid. El polen que está en la atmósfera puede ocasionar la aparición de procesos alérgicos de diferente gravedad entre la población hipersensible, llegando en determinados casos a producir crisis asmáticas; por lo que el conocimiento de los niveles de concentración de polen en la atmósfera es de gran interés para la Salud Pública. Por ello, en el marco del Programa Regional de Control y Prevención del Asma, concretamente dentro del Subprograma de Vigilancia de la Contaminación Ambiental, se creó en el año 1993 la Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (RED PALINOCAM).

El objetivo fundamental de la Red es proveer de información de los niveles de polen presentes en la atmósfera de la Comunidad de Madrid, tanto a las personas que sufren procesos alérgicos como a los profesionales involucrados en sus cuidados. La información se difunde diaria y semanalmente mediante tres vehículos: Internet, Servicio de Información Telefónica y Boletín Semanal, en papel, distribuido por fax y vía correo electrónico.

Por otro lado, la exposición al humo tabaco es uno de los factores ambientales importantes que determinan susceptibilidad a desarrollar asma, por lo que la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención coordina una serie de intervenciones dirigidas a controlar la exposición al

humo tabaco a través de tres grandes líneas de actuación: Prevención al Inicio del Consumo; Atención al fumador; y Protección de la Salud frente al aire contaminado por humo de tabaco*.

JUSTIFICACIÓN

Los factores de riesgo del asma son propios del sujeto o ambientales. Entre los propios del sujeto destacan la predisposición genética, la atopia (producción anómala de anticuerpos de tipo IgE en respuesta a un alérgeno), la hiperrespuesta bronquial, el género (mayor en niños que en niñas en la infancia, pero en la edad adulta de cada tres individuos afectados, dos son mujeres) y la edad.

Los factores ambientales que determinan la susceptibilidad a desarrollar asma en sujetos predispuestos son: alérgenos de interior (polvo doméstico, alérgenos animales, cucarachas, hongos), alérgenos de exterior (pólenes y hongos), sensibilizantes ocupacionales (humo del tabaco), contaminación ambiental (contaminantes de interior y de exterior), infecciones respiratorias, infecciones por parásitos, nivel socioeconómico, y otros menos importantes.

Existen factores que precipitan exacerbaciones asmáticas y/o causan síntomas persistentes como los alérgenos de interior y exterior, contaminantes de interior y exterior, infecciones respiratorias, ejercicio e hiperventilación, cambios climáticos, alimentos, aditivos, fármacos, emociones extremas (risa, llanto, etc.), e irritantes domésticos (humos, aerosoles, olores fuertes, pinturas, barnices, etc.).

En el diagnóstico del asma es fundamental la sospecha clínica y la demostración de una obstrucción espiratoria reversible. El procedimiento diagnóstico se inicia con una espirometría y una prueba broncodilatadora como recomienda la GEMA (Guía Española para el Manejo del Asma). Hay diversos síntomas que pueden presentar los enfermos con asma. Los más frecuentes son disnea, sibilancias referidas por el paciente, tos y opresión torácica. Estos síntomas son comunes a muchas enfermedades respiratorias y, por tanto, muy poco específicos, lo que dificulta en ocasiones el correcto diagnóstico del enfermo con asma. En estudios prospectivos se demostró que las sibilancias persistentes tienen una especificidad de 35 %, la tos crónica del 24 % y la disnea del 29 %. Por otra parte, los síntomas pueden presentarse en combinaciones variadas. Así, hay pacientes que sólo presentan uno de ellos y otros los cuatro síntomas a la vez. La característica más típica de esta enfermedad es que los síntomas tienden a ser variables, intermitentes, empeoran por la noche y son provocados por diversos desencadenantes, incluido el ejercicio.

* Consultar el **Programa de Prevención y Control de la EPOC**

En un paciente joven que acude a la consulta con episodios de tos, pitos y disnea y presenta sibilancias en la auscultación, lo correcto será efectuar una espirometría, que presentará obstrucción, por lo que la prueba broncodilatadora será el método diagnóstico más adecuado y se confirmará el asma si se demuestra reversibilidad. Quizá sea ésta la presentación que se considera más típica y en la que el infradiagnóstico es menor.

Cuando la sospecha se establece por síntomas nocturnos y en el momento de la consulta la auscultación y la espirometría son normales, la monitorización del flujo espiratorio máximo (PEF) durante unos días es muy probable que demuestre variabilidad en las medidas, con lo que se confirmará el diagnóstico.

Otra forma de presentación corresponde a síntomas tras el ejercicio. En estos casos, lo habitual es que la auscultación y la espirometría sean normales cuando el paciente está en la consulta. Una prueba de ejercicio sería el método más específico para confirmar que se trata de asma. En casos de pacientes que refieren tos persistente sin otros síntomas, una prueba de hiperrespuesta bronquial inespecífica (metacolina o histamina) positiva y la desaparición de la tos tras una prueba terapéutica con esteroides inhalados, confirman el diagnóstico.

En ocasiones se diagnostica enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a algunos pacientes que en realidad tienen asma por presentar una obstrucción no reversible con broncodilatadores, y se les condena a padecer una enfermedad incapacitante si no se les identifica como asmáticos. Ante un paciente con sospecha de asma (síntomas compatibles, no fumador, etc.) y obstrucción espiratoria aparentemente irreversible debe prescribirse una pauta de esteroides orales (40 mg/día de prednisona durante 14 días) y realizar una espirometría al iniciarla y a las 2 semanas para confirmar que no se trata de asma oculta.

Según datos de la Guía Española para el Manejo del Asma, el 52% de los enfermos de asma están sin diagnosticar y el 26% sin tratamiento, por lo que debemos incidir en mejorar tanto el diagnóstico precoz como el tratamiento. El tratamiento del asma tiene como meta conseguir que el paciente realice una vida normal, sin limitaciones debidas a la enfermedad. El logro de este objetivo no depende sólo del acierto por parte del médico, en la prescripción de los fármacos adecuados, sino muy especialmente en la participación activa del paciente en el control de su enfermedad. Para ello, el personal sanitario (médico y enfermería) debe ser capaz de implicar al paciente asmático, proporcionándole los conocimientos e instrumentos necesarios para actuar sobre la enfermedad, tanto en su fase crónica habitual, como en las reagudizaciones que ocasionalmente se puedan presentar. El asmático debe distinguir los síntomas y factores desencadenantes de su enfermedad y, además, ser capaz de llevar a cabo

el tratamiento adecuado; es decir, debe ser instruido para poder practicar en sí mismo los autocuidados.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de los enfermos con asma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir a la vigilancia y control de los factores de riesgo de origen ambiental implicados en el desarrollo de crisis asmáticas.
2. Mejorar el diagnóstico, tratamiento y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de asma.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1. Contribuir a la Vigilancia y control de los factores de riesgo de origen ambiental implicados en el desarrollo de crisis.

- **Objetivo operativo 1.1:** Potenciar la coordinación de actividades preventivas entre la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención y la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

Actividad 1.1.1: Coordinación con la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Epidemiología, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, para obtener información y elaboración de recomendaciones específicas dirigidas a reducir la exposición ambiental de la población sensibilizada frente a determinados alérgenos, contribuyendo así a optimizar las acciones emprendidas para la prevención del asma.

- **Objetivo operativo 1.2:** Potenciar las acciones encaminadas a disminuir la exposición al humo del tabaco.

Actividad 1.2.1: Intervenciones dirigidas a controlar la exposición al humo de tabaco desarrolladas por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención*.

Objetivo específico 2: Mejorar el diagnóstico, tratamiento y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de asma.

* Consultar el **Programa de Prevención y Control de la EPOC**

- **Objetivo operativo 2.1:** Potenciar el diagnóstico precoz y manejo de las personas con asma en las consultas de Atención Primaria.

Actividad 2.1.1: Talleres de formación en la técnica de espirometría dirigidos a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.

Actividad 2.1.2: Curso de formación en el manejo del paciente asmático dirigido a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.

- **Objetivo operativo 2.2:** Incrementar el número de personas con asma que reciben formación en el manejo de su patología y de los autocuidados que deben proporcionarse.

Actividad 2.2.1: Talleres sobre “El asma y manejo de la medicación” dirigidos a personas que padecen la enfermedad. Estos talleres incluirán: diferencia entre inflamación y broncodilatación y entre fármacos controladores y aliviadores; el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad; el uso correcto de inhaladores; la identificación de los desencadenantes y el saber evitarlos; la monitorización de los síntomas y el flujo espiratorio máximo; el manejo del “Peak Flow” y su registro; y el reconocimiento de los signos y síntomas de empeoramiento.

Actividad 2.2.2: Revisión, edición y distribución en las consultas y talleres de la “Guía de autocuidados en el asma” y el “diario” sobre el asma a los pacientes asmáticos, como material de apoyo que acompañe al consejo individualizado sobre su enfermedad.

Actividad 2.2.3: Elaboración de un folleto informativo sobre el correcto uso de inhaladores dirigido a las personas que utilizan este tipo de medicación.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Coordinación con la Subdirección de Sanidad Ambiental para elaboración de recomendaciones para reducir exposición ambiental frente a alérgenos	Población general	Técnicos Subdirección de Promoción y Prevención. (SPSP) y de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Epidemiología de la Dirección General de Ordenación e Inspección (GDOI)	Memoria anual de la SPSP	N ° reuniones de coordinación anuales	-----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
				Elaboración de recomendaciones: SÍ/NO	SÍ		
1.2.1. Acciones para disminuir exposición humo tabaco (Consultar <i>Programa EPOC</i>)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2.1.1 Talleres formación técnicas de espirometría	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS	Registros de formación continuada AP y de la SPSP	N ° Talleres realizados año	2 Talleres/ año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.2 Curso “Manejo de pacientes asmáticos”	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de AP y Técnicos de la SPSP	Registros de formación continuada AP y de la SPSP	N ° Cursos realizados año	2 Cursos/ año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.2.1 Talleres EpS sobre “Asma y manejo de medicación”	Pacientes asmáticos	Profesionales sanitarios de los CS	Registros específicos de actividades EpS de AP	% de CS que han realizado 1 taller anual	60% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.2.2 Revisión, edición y distribución “Guía de autocuidados en el asma” y del “diario” sobre asma	Pacientes asmáticos	Profesionales sanitarios de los CS Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Revisión, edición y distribución “Guía de autocuidados en el asma” y del “diario” sobre asma: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.2.3 Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores	Pacientes asmáticos	Profesionales sanitarios de los CS Técnicos de la SPSP	Memoria anual de la SPSP	Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1. Coordinación con Subdirec. Sanidad Ambiental y Epidemiología: Elaboración de recomendaciones para reducir exposición ambiental de población sensibilizada frente a determinados alérgenos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2.1 Acciones para disminuir exposición humo tabaco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 Talleres formación en técnicas de espirometría			X						X					X							X					X							X				
2.1.2 Curso “Manejo de pacientes asmáticos”			X							X					X							X					X							X			
2.2.1 Talleres EpS sobre “Asma y manejo de medicación”				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2 Revisión, edición y distribución “Guía de autocuidados en el asma” y del “diario” sobre asma				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.3 Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

1. Ancochea J. Ricote M.: Procedimientos en Enfermedades Respiratorias. ASMA. 2007.
2. Vigilancia Epidemiológica del Asma. Información Técnica de Salud Pública. Disponible en el Portal Salud de la Comunidad de Madrid dirigido a Profesionales: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142359339847&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal
3. Asma y Escuela. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
4. Carpeta de recomendaciones y Consejos para Ayudar a los Pacientes a Dejar de Fumar. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. 2008. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
5. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
6. Fernández-Bujarrabal J. García Río F. Monografías NEUMOMADRID. ASMA. 2001.
7. Guía de autocuidados para el asma. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. 2007.
8. Guía española para el manejo del Asma (GEMA) 2003. Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP). Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). Associació Asmatològica Catalana (AAC).
9. Guía española para el manejo del Asma para Educadores. Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP). Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). Associació Asmatològica Catalana (AAC).
10. Guía española para el manejo del Asma para pacientes, padres y amigos. 2005. Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP). Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). Associació Asmatològica Catalana (AAC).
11. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Rev. Esp. Salud Pública 2003; 77:475-496.
12. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid. 2005-2007. Dirección General Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
13. Vigilancia del consumo, exposición ambiental a humo de tabaco y efectos sobre la salud en la Comunidad de Madrid. Resultados del sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa) de la Comunidad de Madrid. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

7.5.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA EPOC

SITUACIÓN ACTUAL

Más del 80% de los casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tiene relación con la exposición y/o inhalación del humo de tabaco, por tanto la estrategia fundamental para disminuir el número de personas que desarrollan EPOC es disminuir la prevalencia de fumadores y evitar la exposición de la población al humo de tabaco.

La Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención lleva a cabo tres grandes líneas de intervención para la Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid:

1. Prevención al Inicio del Consumo
2. Atención del fumador
3. Protección de la Salud frente al aire contaminado por humo de tabaco

1. Prevención al inicio del consumo:

La estrategia de prevención del inicio del consumo se estructura en base a tres programas:

- **Adolescentes sin Tabaco.** Consiste en la realización de talleres de educación en aulas de 1º y 2º de ESO (tres talleres en 1º y dos en 2º) y en ellos se contrastan actitudes y opiniones y se aprenden habilidades para manejarse en situaciones relacionadas con el consumo de tabaco. Este programa se inició el curso 2002-2003 alcanzando a 3.835 alumnos, cifras que se han ido incrementando hasta alcanzar los 16.189 alumnos en el curso 2008-2009.
- **Clase sin Humo.** Se trata de un programa concurso promovido por la Unión Europea "Smoke Free-class competition" desde 1997/98. Se basa en el compromiso de grupo y en la decisión individual y voluntaria de no fumar durante los seis meses que dura el concurso. Está dirigido a las aulas de 1º y 2º de ESO. Además de comprometerse a no fumar, se realizan actividades preventivas y se elabora un slogan alusivo a la prevención del tabaquismo, que se presenta a concurso.
- **Estudio ACEPTA (Actuación en Centros Educativos para la Prevención del Tabaquismo).** Este estudio pretende evaluar el impacto de la intervención educativa sobre padres, profesores y alumnos a lo largo de toda la etapa de ESO (4 años de duración), durante los cursos 2006-2007 al 2009-2010, comparando una cohorte de 45 centros experimentales (3.665 alumnos) y 47 centros controles (3.772 alumnos), elegidos ambos al azar entre los centros públicos, concertados, y privados de la Comunidad de Madrid.

2. Atención al fumador:

La atención al fumador está estructurada fundamentalmente a través de la Unidad Especializada de Tabaquismo (UET), donde se oferta tratamiento a personas con enfermedades causadas por el tabaco o agravadas por el mismo y a fumadores con un grado extremo de adicción que dificulta su deshabituación o que presentan co-morbilidad psiquiátrica.

En el momento actual se está trabajando en la estructura y fomento de las consultas de tabaquismo a nivel de Atención Primaria.

3. Protección de la salud frente al aire contaminado por humo de tabaco:

- Red de Hospitales sin Humo. La Red de Hospitales sin Humo (Red HsH) nace en el año 2004 al amparo de las directrices de la "European Network Smokefree Hospitals" (ENSH), y lleva a cabo estrategias que aúnan el compromiso del equipo directivo, de los profesionales sanitarios y del resto de los trabajadores. Actualmente cuenta con 30 hospitales acreditados en diferentes categorías (miembro, bronce y plata).
- Red de Centros de Salud sin Humo. Actualmente se encuentra en fase de elaboración del documento del Programa.

Estos programas estructurados de la Consejería de Sanidad se complementan con actividades de formación, edición de materiales gráficos, monitorización de los indicadores fundamentales de consumo de tabaco a través del SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles) en funcionamiento desde 1995. Así mismo, se realizan eventos para la sensibilización a la población de los efectos nocivos del tabaco en la población fumadora y no fumadora, entre los que destacan los actos conmemorativos del Día Mundial sin tabaco, la Semana sin Humo, la organización del Simposium Internacional sobre Prevención y Control del Tabaquismo, y la realización del Concurso Internacional para dejar de fumar "Déjalo y Gana".

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad prevenible que se caracteriza por la presencia de limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.

Existe una alteración de las vías aéreas (bronquitis crónica y bronquiolitis) y la alteración del parénquima pulmonar (enfisema). Estas alteraciones coexisten en grados diferentes en las persona afectadas por EPOC.

Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad asociada y coste económico y social, la EPOC constituye hoy día un problema sociosanitario de primera magnitud. A pesar de ello, los

estudios epidemiológicos proyectados en la población general suelen infravalorar la prevalencia de la EPOC, debido a que se trata de una enfermedad que se diagnostica normalmente en estadios avanzados.

Una característica de esta patología es, pues, su infradiagnóstico. Así se desprende del estudio IBERPOC que analizó la prevalencia de la EPOC en 1997 en población general española entre 40 y 69 años de edad, y que situó en el 9,1%. Una conclusión muy significativa que se deriva de este estudio es que de los pacientes afectados por EPOC solamente un 22% estaban diagnosticados. Por su parte, los resultados preliminares del estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain), confirman la alta tasa de infradiagnóstico de la EPOC en España. El objetivo principal de este estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, es estimar la prevalencia de EPOC en población en edad comprendida entre 40 y 80 años.

Para revertir esta situación es necesario considerar el diagnóstico en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo.

El principal factor determinante de EPOC es la exposición y/o inhalación del humo de tabaco. En más del 80% de los casos existen antecedentes de consumo de tabaco por lo que es vital disminuir la prevalencia de fumadores en la Comunidad de Madrid, previniendo el inicio al consumo de tabaco, facilitando la deshabituación de fumadores y mejorando el control de los espacios libres de humo de tabaco.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir el número de personas que desarrollan EPOC así como mejorar el diagnóstico precoz y la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir a la modificación del hábito de consumo de tabaco en la población general.
2. Contribuir a garantizar la protección de la salud frente al aire contaminado por el humo de tabaco.
3. Mejorar el diagnóstico, tratamiento y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de EPOC.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Contribuir a la modificación del hábito de consumo de tabaco en la población general.

- **Objetivo Operativo 1.1:** Realizar acciones dirigidas a la prevención del inicio del consumo de tabaco en población escolar de 1º y 2º de ESO de la Comunidad de Madrid.

Actividad 1.1.1: Coordinación y aumento de la participación de los Centros de Educación Secundaria en el Concurso anual Clases sin Humo a través de las Mesas de Salud Escolar.

Actividad 1.1.2: Elaborar un folleto dirigido a la población escolar de 1º y 2º de ESO informando claramente sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y los beneficios de no iniciarse en el consumo.

Objetivo específico 2: Contribuir a garantizar la protección de la salud frente al aire contaminado por el humo de tabaco.

- **Objetivo Operativo 2.1:** Implementar progresivamente el Programa de Centros de Salud sin Humo en todos los centros de salud de la Comunidad de Madrid.

Actividad 2.1.1: Elaboración y distribución del documento del "Programa de Centros de Salud sin Humo".

Actividad 2.1.2: Distribución en las consultas de Atención Primaria de la "Guía práctica de apoyo para dejar de fumar", editada por la Dirección General de Atención Primaria, dirigida a los fumadores que deseen realizar un intento serio de dejar de fumar.

Actividad 2.1.3: Curso on line sobre el abordaje y tratamiento básico del tabaquismo desde Atención Primaria dirigido a los profesionales sanitarios de los centros de salud.

Actividad 2.1.4: Talleres sobre Prevención y Control del tabaquismo dirigido a los profesionales sanitarios de los centros de salud. El taller lo impartirá un profesional del centro con la formación adecuada.

Objetivo específico 3: Mejorar el diagnóstico, tratamiento y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de EPOC.

- **Objetivo operativo 3.1:** Incrementar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC.

Actividad 3.1.1: Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un plan personal que incluya la realización de espirometría a fumadores >40 años.

Actividad 3.1.2: Realización de espirometrías a personas fumadoras de mas de 40 años que acuden a las consultas de los centros de salud.

Actividad 3.1.3: Talleres de formación en la técnica de espirometría dirigidos a profesionales sanitarios de los centros de salud*.

- **Objetivo operativo 3.2:** Sensibilizar a las personas con EPOC sobre la importancia de los autocuidados para el control de su enfermedad.

Actividad 3.2.1: Taller sobre la EPOC y manejo de la medicación dirigidos a personas que padecen la enfermedad.

Actividad 3.2.2: Elaborar de un folleto informativo sobre el correcto uso de inhaladores, dirigido a las personas que utilizan este tipo de medicación.*

* Consultar el **Programa de Prevención y Manejo del Asma**

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Coordinación y aumento de la participación de centros educativos en concurso clases sin humo, Mesas Salud Escolar	Dirección y profesorado de Centros de Educación Secundaria (CES)	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Miembros de las Mesas de Salud Escolar	Memoria anual SPSP	N ° de CES que participan en concurso clases sin humo	Incremento anual del 5%	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.1.2 Elaborar y distribuir folleto efectos nocivos del tabaco	Población escolar de 1º y 2º de ESO de CES	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Memoria anual SPSP	Folleto distribuido: SI/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Elaboración y distribución del documento del programa de Centros de Salud sin Humo	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad en Atención Primaria (GAPC)	Memoria anual SPSP	Distribución del documento del programa de CS sin Humo SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
2.1.2 Distribución de la “Guía práctica de apoyo para dejar de fumar”	Población usuaria de los CS	Profesionales sanitarios de los CS.	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Distribución de la Guía en los CS: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.3 Curso on line sobre el abordaje y tratamiento básico del tabaquismo desde Atención Primaria	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registros de formación continuada AP y de la SPSP	N ° Cursos realizados año	2 Cursos /año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.4 Taller sobre Prevención y Control del Tabaquismo	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registros de formación continuada AP y de la SPSP	% de CS que han realizado 1 taller anual	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
3.1.1 Elaboración de plan personal a fumadores >40 años	Población fumadora >40 años	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP y de la GAPC	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Elaboración de plan personal a fumadores >40 años: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
3.1.2 Realizar espirometría a fumadores >40 años	Población fumadora >40 años	Profesionales sanitarios de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº fumadores >40 años a los que se ha realizado espirometría/ Nº fumadores >40 años	Incremento del 10% anual	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
3.1.3 Talleres formación técnicas de espirometría	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS	Registros de formación continuada AP y de la SPSP	Nº Talleres realizados/año	2 Talleres/ año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.2.1 Talleres EpS sobre “EPOC y manejo de medicación”	Personas que tienen EPOC	Profesionales sanitarios de los CS	Registros específicos de actividades EpS de AP	% de CS que han realizado taller anual	50% al finalizar 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.2.2 Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores	Personas que utilizan este tipo de medicación	Profesionales sanitarios de los CS y Técnicos de la SPSP	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Folleto distribuido: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1.1 Coordinación y aumento de la participación de centros educativos en concurso clases sin humo, Mesas Salud Escolar				X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
1.1.2 Elaborar y distribuir folleto efectos nocivos del tabaco en Centros Educación Secundaria				X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
2.1.1 Elaboración y distribución del documento del programa de Centros de Salud sin Humo				X	X	X	X	X	X	X	X	X																								
2.1.2 Distribución de la “Guía práctica de apoyo para dejar de fumar”				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1.3 Curso formación de formadores Prevención y Control del Tabaquismo				X							X				X								X				X							X		
2.1.4 Taller sobre Prevención y Control del Tabaquismo					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.1 Elaboración de plan personal a fumadores >40 años					X	X	X	X	X	X	X	X																								
3.1.3 Realizar espirometría a fumadores>40 años													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.3 Talleres formación técnicas de espirometría				X					X							X					X						X					X				
3.2.1 Talleres EpS sobre “EPOC y manejo de medicación									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.2.2 Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 9. Volumen 13. Septiembre 2007. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública.
2. Carpeta de recomendaciones y Consejos para Ayudar a los Pacientes a Dejar de Fumar. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid. 2008. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
3. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
4. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
5. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit 2003;17(1):5-10.
6. Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Salton E. Evaluación de una intervención Comunitaria. Programa Quit and Win. Para dejar de fumar. Gac Sanit 1999;13:456-461.
7. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Rev Esp Salud Pública 2003; 77:475-496.
8. Plan Estratégico de Salud 2009-2011. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
9. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid. 2005-2007. Dirección General Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
10. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest. 2000; 118: 981-989.
11. Vigilancia del consumo, exposición ambiental a humo de tabaco y efectos sobre la salud en la Comunidad de Madrid. Resultados del sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa) de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid.

7.6 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y VIOLENCIA

7.6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y VIOLENCIA

INTRODUCCIÓN

El impacto global de las lesiones: las causas externas

Los traumatismos y lesiones y los problemas de salud derivados de causas externas, fundamentalmente accidentes y violencia, son un serio problema de salud pública por su impacto potencial en la salud y el bienestar de las personas. En la Comunidad de Madrid (CM), según se establece en el Informe del Estado de Salud de La Población (Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2009), cada año se producen alrededor de 1392 muertes. Tienen un especial impacto en la población joven, siendo la segunda causa de muerte en la población infantil y adolescente y la primera causa de muerte entre los 15 y los 35 años, generando 20.372 años potenciales de vida perdidos; además se registran más de 40000 episodios de alta hospitalaria por lesiones y envenenamientos, que constituyen el 5,1% de todas las altas hospitalarias. En Atención Primaria el 4,3% del total de los episodios son consecuencia de lesiones, lo que representa más de 600.000 mil episodios anuales.

La Dirección General de Atención Primaria (DGAP), teniendo en cuenta las consecuencias sobre la salud, el alto coste que representan y la posibilidad de intervenir para reducir el número y la severidad de las lesiones relacionadas, ha identificado dos áreas prioritarias de intervención: los accidentes y la violencia.

Los Accidentes

Los accidentes (o lesiones) son definidos como todo suceso eventual, involuntario anómalo, independientemente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico, como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad (WHO, 2008).

El primer principio del enfoque de salud pública para la prevención de accidentes es que se pueden prevenir. Comúnmente se suele pensar que son el resultado de acontecimientos imprevisibles e inevitables, accidentes. Sin embargo, la investigación y la experiencia han demostrado que son derivados de "efectos" que se pueden predecir y prevenir, por lo que en el campo de la prevención se recomienda modificar y cambiar el uso de la palabra "accidente" por la palabra "lesión" o "perjuicio". Este uso no se ha generalizado en España, probablemente como consecuencia del amplio sentido que comprende la palabra, motivo por el cual en este documento se utilizará generalmente "accidentes" pero entendiéndolos como acontecimientos en muchos casos asequibles a la prevención.

Esto no quiere decir que todas las lesiones se pueden predecir y prevenir, sino que se debe usar el conocimiento actual sobre las causas y circunstancias que conducen a los accidentes o a las

lesiones para desarrollar actividades y dispositivos de protección que puedan evitar que muchas de ellas sucedan y limitar así las consecuencias de las lesiones que se producen.

Los accidentes incluyen los de tráfico, los laborales y los que se producen en el hogar, en los centros educativos o durante el tiempo de ocio. Las intervenciones de prevención de los accidentes van dirigidas a la persona (protección y desarrollo de habilidades) y a la seguridad en el entorno donde se producen. En lo que se refiere a la intervención sobre el entorno, hay otras instituciones que coordinan las intervenciones sobre los accidentes de tráfico y laborales; por ello, esta línea estratégica se centra en los accidentes en el hogar, en el ámbito educativo y de ocio, sin dejar de lado la promoción de las medidas de protección para los accidentes de tráfico, como apoyo a lo desarrollado por otras organizaciones.

Según los datos aportados por la Encuesta Regional de Salud de Madrid el 7,4% de la población mayor de 16 años (alrededor de 500000), refieren haber sufrido un accidente que requirió atención sanitaria el año previo (el 6,2% de las mujeres y el 7,4% de los varones). El 18,7% de los accidentes fueron de tráfico, el 2% como peatones, el 50% en el hogar, centros educativos y de ocio y el resto, otro tipo de accidentes, incluyendo los laborales (Instituto Nacional de Consumo, 2008; Rodríguez Laso, A. 2007).

Los accidentes presentan importantes diferencias tanto en los mecanismos como en el lugar del accidente y en los factores de riesgo implicados, según características sociodemográficas. Los mecanismos mas frecuentes que causan lesiones que requieren atención sanitaria, son: en menores de 14 y mayores de 65 años, las caídas; en jóvenes, los accidentes deportivos y de tráfico (moto), y en personas adultas, tras los de tráfico, los más frecuentes son las caídas y aplastamientos. En general, los hombres sufren en mayor medida golpes o choques que las mujeres; las mujeres padecen más que los hombres los efectos térmicos (especialmente líquidos y objetos calientes) y las caídas. (Instituto Nacional de Consumo, 2008; Galán Labaca, I. 2009). En los mayores de 65 años el mecanismo más frecuentemente involucrado son las caídas, siendo la primera causa de mortalidad por causa externa en este grupo de edad en el que se alcanzan tasas de ingreso hospitalario de 22 y 31 por 1.000. Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, esta estrategia preventiva se articula en tres grandes áreas de intervención, según grupo de edad y/o colectivo poblacional: accidentes en población infantil, población adulta y personas mayores.

La Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico (de hecho o como amenaza) contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Incluye las amenazas y la intimidación así como el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes.

Son numerosas las formas en las que se ejerce la violencia y las víctimas que la padecen se encuentran en cualquier grupo de edad, identificándose procesos sociales, culturales e individuales coadyuvantes en las experiencias de violencia. Pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte. Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, a través de la Resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo (WHO, 1996). Entre los diferentes tipos de violencia, esta línea aborda la violencia intencional interpersonal, incluyendo -según la naturaleza de la misma- la violencia o abuso físico, sexual y psíquico (a través de actos deliberados) y la negligencia física emocional o educacional desarrollada por omisión de actos por parte de las familias o personas responsables del cuidado.

El conocimiento del impacto de los diferentes tipos de violencia en la salud de la población de la Comunidad de Madrid (CM) es limitado por la dificultad que representa la detección de los casos y la complejidad de registrarlos en las fuentes de información habituales. Las cifras de muerte violenta, aun siendo relevantes, no reflejan el impacto de estos problemas, sobre la salud; la mayor parte del maltrato no es mortal y tiene como consecuencia lesiones, trastornos mentales, enfermedades de transmisión sexual y otros. La violencia y sus efectos pueden durar años y a veces producen discapacidad física o mental permanente. El desconocimiento de las dinámicas de la violencia y de sus efectos puede contribuir a que no se identifiquen sus signos y síntomas, no siendo detectados los procesos de violencia subyacentes, contribuyendo todo ello a la revictimización de las víctimas.

En la Comunidad de Madrid la información disponible está focalizada en la violencia ejercida por parte del compañero íntimo, mientras que no se dispone de información sistematizada relativa a otros tipos de maltrato tales como: violencia infantil, en personas mayores y sobre "otras formas de violencia". El 10% de las mujeres en edad adulta con pareja de la CM ha sufrido algún tipo de violencia del compañero íntimo en el último año (Lasheras, L y cols. ,2008). En relación al

maltrato infantil, la dificultad de detectarlo [las estimaciones apuntan a que solo se detecta entre el 10-20% de los casos existentes (AEPap/PAPPS infancia y adolescencia, 2005)] así como las características del problema y la edad de la víctima, hace que la información sea muy limitada. Las encuestas de base poblacional indican que entre el 4-6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y; en relación con el acoso escolar, un estudio promovido por el defensor del menor de la CM estimó que el 12,9% de los niños sufren agresión verbal, un 7,7% agresión física indirecta y un 6,6% exclusión social (Defensor del Menor, 2006). En cuanto al acoso laboral y según estudios internacionales se calcula que lo sufre entre un 2 y un 17% de la población.

En la violencia hay un conjunto transversal de causas y factores de riesgo que deben abordarse conjuntamente. Algunas causas de la violencia se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida de las personas. La violencia es el resultado de la interacción compleja de factores individuales (impulsividad, bajo nivel educativo, abuso de sustancias sicotrópicas o haber sufrido maltrato) y sociales (relaciones sociales cercanas), incluyendo normas culturales que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños. Al mismo tiempo hay características y causas diferenciadas según grupos de población (edad y sexo) que determinan la necesidad de adoptar diferentes formas de abordaje en función de dichas variables.

Los servicios de salud tienen un compromiso profesional en la atención a las personas víctimas de cualquier tipo de violencia; independientemente del ámbito en el que ésta se produzca, tiene severas consecuencias para la salud de las personas. Desde esta perspectiva, los servicios asistenciales y de salud pública tienen un papel relevante en la detección temprana de los casos, en la atención a la salud de las víctimas y en la promoción de salud como estrategia decidida para la prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones.

La intervención preventiva queda articulada en torno al maltrato infantil, la violencia de género, el maltrato a las personas mayores y lo que hemos denominado "Otras formas de violencia" que pueden afectar a cualquiera de los grupos de población enunciados.

7.6.1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

SITUACIÓN ACTUAL

La Consejería de Sanidad ha venido trabajando en prevención de accidentes en tres ámbitos concretos: el familiar, el escolar y el de las personas mayores. Un reflejo de ello es la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria en donde se pueden identificar distintos servicios que incluyen la actividad de consejo sobre prevención de accidentes en las distintas etapas vitales. Las actividades de promoción y educación para la salud es otro ámbito de actuación en el que los esfuerzos han sido orientados a la difusión de recomendaciones en documentos técnicos y divulgativos, sobre todo en la etapa infantil; en el caso de las personas mayores, además del establecimiento de recomendaciones y difusión de las mismas, como en el caso anterior, se han desarrollado actividades formativas dirigidas a profesionales, tanto de la red sanitaria como de los dispositivos específicos de atención a este colectivo.

En el ámbito comunitario se han desarrollado en distintos formatos actuaciones orientadas a la prevención de accidentes como por ejemplo, talleres de prevención de accidentes dirigidos a distintos colectivos, intervenciones en medios de comunicación, o actividades de sensibilización dirigidas al ámbito educativo, etc. El desarrollo de dichas actuaciones se realiza bien por profesionales de los Centros de Salud, de los Servicios de Salud Pública o por iniciativa de las Corporaciones Locales.

Lo que se ha podido detectar de forma global es la ausencia de una estrategia regional que favorezca las sinergias entre las distintas actuaciones, clave en la efectividad de las intervenciones en prevención de accidentes. Se han identificado carencias en los sistemas de información, la ausencia de acciones formativas que actualicen los conocimientos y habilidades profesionales, así como el desarrollo de actuaciones comunitarias globales orientadas a contribuir a la prevención de accidentes.

JUSTIFICACIÓN

Tras el análisis de la situación expuesto en el apartado anterior y sustentado sobre la base de las estrategias que actualmente se reconocen que son eficaces, se ha considerado pertinente establecer una estrategia global que refuerce las acciones actualmente en marcha desde los sectores sanitario, institucional y comunitario. Pivotado sobre una actuación individual, comunitaria e institucional, las actividades propuestas van orientadas a establecer sinergias que promuevan globalmente la prevención de este problema de salud pública.

En el presente documento se han considerado tres grandes áreas de intervención: accidentes en población infantil, población adulta y en el colectivo de personas mayores.

Las actividades que se presentan están articuladas sobre una doble perspectiva, la del individuo y la del entorno. En lo que respecta a la primera, el objetivo es contribuir a la reducción de los actos o actividades inseguras, potenciando el uso de medidas protectoras, a la vez que se potencian las habilidades y la capacidad física; esta última se muestra especialmente significativa en el caso de las personas mayores. Con relación al entorno, las estrategias se dirigen a sensibilizar, facilitar y reforzar el desarrollo de las recomendaciones de seguridad en el hogar, especialmente en el caso de la población infantil y de las personas mayores. En cuanto a otros entornos, como las instalaciones de ocio y deportivas se trata de establecer medidas de seguridad y mantenerlas, vigilando el cumplimiento de las mismas.

Se contempla el desarrollo de acciones formativas para la actualización de los profesionales, aspecto que se desarrolla como primera medida para cada uno de los grupos poblacionales, así como el desarrollo de documentos e instrumentos de educación para la salud y guías anticipatorias que apoyen el consejo individual y las acciones comunitarias, orientado a la adopción de medidas de seguridad y prevención primaria de los accidentes por su efectividad en cambios de comportamiento y conocimiento.

La propuesta aboga por el desarrollo de acciones en el ámbito comunitario que, a través de las instituciones y organizaciones de la sociedad civil contribuyan a promover una cultura de la prevención frente a los accidentes en la comunidad.

Las intervenciones que se enuncian en el ámbito educativo hacen referencia a objetivos y contenidos que deben ser considerados en el marco de un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos con referencia a la prevención de accidentes, dirigidas a la población infantil.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la reducción de los riesgos y daños derivadas de los accidentes en la población de la Comunidad de Madrid, mediante el desarrollo de acciones de salud encaminadas a reducir las causas subyacentes y los factores de riesgo y promoviendo acuerdos y alianzas estratégicas con otros sectores involucrados, incluyendo la sociedad civil.

7.6.1.1.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA POBLACIÓN INFANTIL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios para abordar la educación para la salud dirigida a la prevención de los accidentes.
2. Apoyar y desarrollar las actuaciones actualmente en marcha desde el ámbito sanitario: consejo individual y EpS grupal.
3. Potenciar las actuaciones de promoción de la salud que se desarrollan en el ámbito comunitario.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios para abordar la educación para la salud dirigida a la prevención de los accidentes.

- **Objetivo operativo 1.1:** Ofrecer formación sobre prevención de accidentes a los profesionales sanitarios mediante el desarrollo de una estrategia diseñada para tal fin.

Actividad 1.1.1: Definir una estrategia formativa*, por parte de un grupo de trabajo, que favorezca el acceso de profesionales sanitarios de Atención Primaria a la actualización en materia de prevención de accidentes, mediante la metodología de formación de formadores.

Actividad 1.1.2: Como parte de la estrategia formativa, se diseñará un “Taller sobre prevención de accidentes infantiles” para su ejecución en los centros de salud, que facilite la actualización y la reflexión sobre la prevención de lesiones en la etapa infantil y el entrenamiento en habilidades, dirigido a profesionales asistenciales. La metodología educativa de la actividad formativa debe permitir la reflexión sobre la influencia de la edad y el sexo en la adopción de conductas de riesgo y de protección; debe contemplar la capacitación en el consejo individual estructurado. El diseño se realizará a partir de la adaptación de los materiales del programa “Teach-Vip”.

- **Objetivo operativo 1.2:** Aportar información a la Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid sobre prevención de accidentes infantiles, revisando las actuaciones en marcha y en su caso creación de otras nuevas.

* Aunque esta propuesta se realiza en el apartado de prevención de accidentes infantiles se considera que este planteamiento es común al conjunto de la línea estratégica, es decir prevención de accidentes en población adulta y prevención de accidentes en personas mayores. La OMS dispone de un programa formativo denominado “**Teach-Vip. Training, Educating, Advancing, Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention**” programa de formación modular e integral sobre prevención y control de lesiones. Esta herramienta es una propuesta de formación que compendia distintos instrumentos que facilitaría la puesta en marcha en nuestra Comunidad de dicha estrategia. Esta estrategia será referente para las distintas propuestas formativas formuladas en el presente documento, aunque requiere la adaptación de la propuesta y sus materiales al contexto de la CM

Actividad 1.2.1: Revisión por parte de un grupo de trabajo de las actividades existentes referidas a intervenciones individuales (consejo) y actividades grupales: proyectos de educación para la salud en centros de salud o en coordinación con la comunidad*.

Esta actividad está vinculada al "Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid".

Objetivo específico 2: Apoyar y desarrollar las actuaciones actualmente en marcha desde el ámbito sanitario: Consejo individual y EpS grupal.

- **Objetivo operativo 2.1:** Informar y formar a través del consejo individual y de EpS grupal de los riesgos y prevención de accidentes en la población infantil.

Actividad 2.1.1: Revisión y unificación de la "Hojas de Recomendaciones sobre Prevención de Accidentes en la Infancia" para la elaboración de consejo (consejo escrito de apoyo al consejo verbal) sobre prevención de accidentes infantiles, asociado a OMI-AP.

Actividad 2.1.2: Elaboración y distribución de documento divulgativo dirigido a las familias sobre prevención de accidentes infantiles. Para ello, se tendrán en cuenta los documentos educativos disponibles en la Consejería de Sanidad, en concreto en la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Actividad 2.1.3: Introducción en las actividades de Educación para la Salud grupales de educación maternal y paternal, grupos de lactancia, o cualquier otra actividad grupal referida al grupo de población de 0 a 14 años, contenidos relacionados con la prevención de accidentes*.

Actividad 2.1.3: Valoración de una línea de coordinación entre los niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada) para la unificación de las recomendaciones que se den en consulta, informe al alta, urgencias en materia de prevención de accidentes infantiles.

* Actividad no evaluable

Objetivo específico 3: Potenciar las actuaciones de promoción de la salud que se desarrollan desde el ámbito comunitario.

- **Objetivo operativo 3.1:** Informar sobre prevención de accidentes infantiles mediante intervenciones comunitarias como charlas coloquio, intervenciones en medios de comunicación y difusión de documentos de educación para la salud.

Actividad 3.1.1: Definir una estrategia informativa dirigida a educadores, profesorado y monitores vinculados a la población de 0 a 14 años. Los contenidos deben favorecer la identificación de riesgos en su medio. Las medidas preventivas y de seguridad en relación a la normativa vigente. En lo que respecta al medio escolar es preciso contemplar intervenciones relacionadas con los niveles educativos de escuelas infantiles, colegios, institutos de enseñanza secundaria y aulas de compensación. Esta estrategia debe integrarse, como se ha señalado en la introducción a estas propuestas, en el marco general que proporcionaría la *Estrategia Regional de Promoción dirigida al ámbito educativo*.*

Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión Mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación, siguiendo el modelo que existe en la mayoría del resto de CCAA.

Actividad 3.1.2: Introducción de contenidos de prevención de accidentes en las escuelas de madres y padres. Los objetivos y contenidos deben favorecer la reflexión sobre la importancia de la adopción de una cultura preventiva por parte de las niñas y niños, el establecimiento de límites, la identificación/valoración de riesgos dentro y fuera del hogar. La influencia de la socialización de género en la adopción de conductas protectoras o de riesgo en la infancia. Esta estrategia debe integrarse, como se ha señalado en la introducción a estas propuestas, en el marco general que proporcionaría el Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos*.

Actividad 3.1.3: Elaboración de un dossier informativo dirigido a los medios de comunicación que contribuya a la identificación de los accidentes infantiles como un problema para la salud pública.

* Actividad no evaluable

Actividad 3.1.4: Elaboración de una estrategia de difusión en medios de comunicación sobre la prevención de accidentes infantiles orientada a incrementar los conocimientos sobre las lesiones mas frecuentes que tienen lugar en los distintos espacios (hogar, centros donde se realizan actividades de ocio y deportivas, centros educativos...). Para ello, se diseñarán los objetivos de la campaña, se identificará el público objetivo y priorizarán los mensajes. Su base será el dossier informativo elaborado en la actividad anterior.

Actividad 3.1.5: Creación de un espacio web sobre prevención de accidentes infantiles en el Portal Salud de la Consejería de Sanidad. Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de los contenidos en coordinación con la Oficina Web.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Diseño estrategia formativa sobre prevención de accidentes	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP	Diseño estrategia formativa: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
1.1.2 Taller sobre prevención de accidentes infantiles	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP y de Atención Primaria (AP)	N ° CS que han realizado 1 Taller prevención de accidentes infantiles al año/ Total CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Revisión y unificación de recomendaciones sobre prevención accidentes en la infancia asociado a OMI-AP	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC). Profesionales sanitarios de los CS	OMI-AP / AP-MADRID	Consejo escrito elaborado y asociado a OMI-AP: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
2.1.2 Elaboración y distribución de documento divulgativo sobre prevención de accidentes infantiles	Población general	Técnicos de SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Documento divulgativo elaborado y distribuido: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.3 Elaboración dossier informativo sobre accidentes infantiles	Población general	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Dossier informativo elaborado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
3.1.4 Difusión en medios de comunicación prevención accidentes infantiles	Población general	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Estrategia de difusión realizada: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
3.1.5 Espacio web Prevención accidentes infantiles	Población general	Técnicos de la SPSP Unidad web Consejería Sanidad	Página web	Espacio web creado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1 Diseño estrategia formativa sobre prevención de accidentes				X	X	X	X	X	X																												
1.1.2 Taller sobre prevención de accidentes infantiles									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 Revisión y unificación de recomendaciones sobre prevención accidentes en la infancia, asociado a OMI-AP									X	X	X	X																									
2.1.2 Elaboración y distribución de documento divulgativo sobre prevención de accidentes infantiles									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1.3 Elaboración dossier informativo sobre accidentes infantiles para medios de comunicación													X	X	X	X																					
3.1.4 Difusión en medios de comunicación prevención accidentes infantiles													X	X	X	X																					
3.1.5 Creación espacio web prevención accidentes infantiles													X	X	X																						

7.6.1.2.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN POBLACIÓN ADULTA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios para abordar la educación para la salud dirigida a la prevención de los accidentes.
2. Apoyar y desarrollar las actuaciones actualmente en marcha desde el ámbito sanitario: consejo individual y Educación para la Salud (EpS) grupal.
3. Contribuir a la prevención primaria de las lesiones y accidentes mediante la sensibilización y formación de los agentes de salud y población general mediante las actuaciones actualmente en marcha desde la promoción de la salud en el ámbito comunitario.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios para abordar la educación para la salud dirigida a la prevención de los accidentes.

- **Objetivo operativo 1.1:** Actualizar los conocimientos y habilidades profesionales sobre prevención de accidentes.

Actividad 1.1.1: Diseño de una estrategia formativa* dirigida a actualizar los conocimientos y habilidades del colectivo de profesionales asistenciales y de salud pública en materia de prevención de accidentes mediante la metodología de estrategia de formación de formadores**.

Actividad 1.1.2: Como parte de la estrategia formativa, se diseñará un taller sobre prevención de accidentes en población adulta, para su ejecución en el centro de salud que actualice y favorezca la reflexión sobre la prevención de lesiones en la etapa adulta y facilite el entrenamiento de habilidades. La metodología educativa de la actividad formativa debe permitir la reflexión sobre la influencia de la edad y el sexo en la adopción de conductas, tanto de riesgo como de protección. El taller debe contemplar la capacitación en el consejo individual estructurado, así como en metodología para la intervención grupal de educación para la salud. El diseño se realizará a partir de la adaptación de los materiales del programa "Teach-Vip".

Objetivo específico 2: Apoyar y desarrollar las actuaciones actualmente en marcha desde el ámbito sanitario: consejo individual y EpS grupal.

- **Objetivo operativo 2.1:** Informar y formar a través del consejo individual de los riesgos y posibilidades de prevención de accidentes a la población adulta de la Comunidad de Madrid (CM).

* Se utilizara como base el programa formativo TEACH-VIP. OMS, MSYPS. 2009.

Esta actividad está recogida en el **Programa de Prevención de accidentes en la población infantil.

Actividad 2.1.1: Homogeneizar el consejo individual estructurado. Esta homogenización debe considerar de forma explícita las especificidades que vienen determinadas por la edad y el sexo, así como por situaciones concretas que exponen a la persona a una mayor vulnerabilidad de sufrir accidentes (estará asociado a OMI-AP).

Deben contemplarse al menos los siguientes contenidos: La prevención de accidentes; la ingesta de alcohol ocasional o crónica, así como su combinación con otras sustancias (fármacos o drogas); los efectos secundarios de los medicamentos, en especial: benzodiazepinas, antihistamínicos, antiepilépticos, analgésicos, opiáceos, y antidiabéticos; el consumo de sustancias no reguladas, en especial: cocaína, heroína y marihuana; los riesgos concretos a los que está sometida cada persona; las limitaciones, alteraciones o secuelas de las enfermedades, en el caso con personas que sufren determinados problemas de salud (trastornos neurológicos, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares, afecciones del sistema locomotor, auditivas u oftalmológicas); los síntomas o signos que afectan al estado de conciencia, o alteran el control de los movimientos; y la preparación física y mental adecuada para asumir actividades concretas (Ej.: ejercicios de calentamiento, nutrición suficiente y adecuada, descanso previo, duración de las actividades).

- **Objetivo operativo 2.2:** Ofrecer talleres sobre prevención de accidentes dirigidos a personas vulnerables en tratamiento con medicamentos de riesgo, o con problemas de movimiento o sensoriales, en el centro de salud.

Actividad 2.2.1: Talleres de Educación para la Salud sobre prevención de accidentes, que deberán contener al menos estos bloques de contenidos: la prevención de accidentes según los tipos de actividades y entornos en los que se producen; los riesgos de accidentes según los distintos problemas de salud y los tipos de tratamientos, alimentos y sustancias no reguladas; y las medidas a tomar para prevenir los accidentes.

Estos talleres estarán dirigidos a la población adulta que acude al Centros de Salud en la que se identifican factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad para sufrir accidentes.

Objetivo específico 3: Contribuir a la prevención primaria de las lesiones y accidentes mediante la sensibilización y formación de agentes de salud a través de actuaciones en marcha desde la promoción de la salud en el ámbito comunitario

- **Objetivo operativo 3.1:** En el ámbito de las redes comunitarias formar a personas que realizan actividades de voluntariado y líderes en la prevención de accidentes.

Actividad 3.1.1: Diseñar una estrategia formativa dirigida al colectivo de entrenadores deportivos y otros agentes comunitarios que realizan actividades de voluntariado, representantes

de las organizaciones y líderes en la prevención que consista en la implementación de talleres sobre prevención de accidentes, en el ámbito local. Esta actividad se realizará en coordinación con las distintas estructuras de las corporaciones locales, como por ejemplo, Concejalías de deportes, así como con entidades vinculadas a las actividades de promoción del ocio y tiempo libre. Esta estrategia contemplará el diseño de talleres enfocados al conocimiento y valoración de riesgos, medidas preventivas sobre accidentes y promoción de conductas no violentas.

Entre los contenidos a abordar: prevención de accidentes (lesiones, secuelas, costos humanos y económicos, etc.). Las medidas de prevención de accidentes según el entorno causal: movilidad (vehículos y peatones), laboral (maquinaria, herramientas y sustancias nocivas), ocio (deportes y viajes), doméstico (electricidad, gas, agua, fuego).

Actividad 3.1.2: Elaboración de un documento divulgativo dirigido a población adulta como refuerzo de la actividad anterior.

- **Objetivo operativo 3.2:** Sensibilizar a la población general sobre la posibilidad de prevenir accidentes a través del seguimiento de las medidas de seguridad y protección adecuadas.

Actividades 3.2.1: Elaboración de un dossier informativo dirigido a los medios de comunicación que contribuya a la identificación de los accidentes en población adulta como un problema para la salud pública y a su tratamiento informativo.

Actividades 3.2.2: Elaborar una estrategia de difusión en medios de comunicación sobre la prevención de accidentes orientada a incrementar los conocimientos sobre las lesiones más frecuentes que tienen lugar en los distintos espacios (hogar, centros de ocio y actividad física...). Para ello, se diseñarán los objetivos de la campaña, se identificará el público objetivo y priorizarán los mensajes. Sustentado en el dossier informativo elaborado.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.2 Taller prevención de accidentes en población adulta vulnerable	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP y de Atención Primaria (AP)	N ° CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	20% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Homogeneizar consejo individual estructurado sobre prevención de accidentes	Profesionales sanitarios de los CS	Técnicos de la y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC). Profesionales sanitarios de los CS	OMI-AP / AP-MADRID	Consejo escrito elaborado e incluido en OMI-AP: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP GAPC
2.2.1 Talleres Educación para la Salud (EpS) sobre prevención de accidentes	Población adulta vulnerable	Profesionales sanitarios de los CS	Registros específicos de actividades EpS de AP	% CS que han realizado un taller al año sobre prevención de accidentes	10% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
3.1.1 Diseño estrategia formativa ámbito comunitario	Entrenadores deportivos, responsables organizaciones vinculadas al ocio y tiempo libre, voluntariado	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Estrategia formativa diseñada: SÍ/NO	SI	Diciembre 2013	SPSP
3.1.2 Elaboración y difusión documento divulgativo prevención de accidentes	Población general	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro del Servicio de Planificación y Apoyo de la SPSP	Elaboración y difusión documento: SÍ/NO	SI	Diciembre 2013	SPSP
3.2.1 Elaboración dossier informativo sobre accidentes en adultos	Medios de comunicación	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Dossier informativo elaborado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
3.2.2 Difusión medios de comunicación prevención accidentes	Población general	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Estrategia de difusión realizada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1.2 Taller sobre prevención de accidentes en población adulta vulnerable													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 Homogeneizar consejo individual estructurado sobre prevención de accidentes													X	X	X	X	X																			
2.2.1 Talleres Educación para la Salud sobre prevención de accidentes																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.1 Diseño estrategia formativa ámbito comunitario																									X	X	X	X	X							
3.1.2 Elaboración y difusión documento divulgativo prevención de accidentes																																	X	X	X	X
3.2.1 Elaboración dossier informativo sobre accidentes en adultos																					X	X	X	X												
3.2.2 Difusión medios de comunicación prevención accidentes																					X	X	X	X												

7.6.1.3.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios de Atención Primaria en prevención de accidentes.
2. Apoyar y reforzar las actuaciones realizadas actualmente desde el ámbito sanitario: consejo, revisión de riesgos, programa del anciano polimedicado.
3. Sensibilizar a la población general y formar a los agentes de salud mediante el reforzamiento de las actuaciones de promoción actualmente en marcha.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Mejorar la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios de Atención Primaria en prevención de accidentes.

- **Objetivo operativo 1.1:** Actualizar los conocimientos y habilidades profesionales sobre prevención de accidentes y lesiones en personas mayores.

Actividad 1.1.1: Diseño de una estrategia formativa* dirigida a actualizar los conocimientos de los profesionales asistenciales y de salud pública en materia de prevención de accidentes mediante la metodología de estrategia de formación de formadores**.

Actividad 1.1.2: Como parte de la estrategia formativa, diseño de un taller sobre prevención de accidentes en población mayor, para su ejecución en el centro de salud, que actualice y favorezca la reflexión sobre la prevención de lesiones y facilite el entrenamiento de habilidades. La metodología educativa de la actividad formativa debe permitir la reflexión sobre la influencia de la edad y el sexo en la adopción de conductas, tanto de riesgo como de protección. El taller debe contemplar la capacitación en el consejo individual estructurado, así como en metodología para la intervención grupal de EpS. El diseño se realizará a partir de la adaptación de los materiales del programa "Teach-Vip". Como materiales de apoyo a la formación se utilizarán: "Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores***y Programa de atención "al mayor polimedicado".

* La propuesta se basa en el programa formativo TEACH-VIP. OMS, MSYPS. 2009

**Esta actividad está recogida en los Programas de Prevención de accidentes en la población infantil y en la población adulta.

***Estrada Ballesteros C, Esteban Escobar C, Lorente Castro B. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto Salud Pública. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.

[www.publicaciones-isp.org/productos/f238\(1\).pdf](http://www.publicaciones-isp.org/productos/f238(1).pdf)

Objetivo específico 2: Apoyar y reforzar las actuaciones realizadas actualmente desde el ámbito sanitario: consejo, revisión de riesgos, programa del anciano polimedicado.

- **Objetivo operativo 2.1:** Informar y formar a través del consejo individual de los riesgos y prevención de accidentes a la población mayor de la CM.

Actividades 2.1.1: Realización del consejo breve individual en consulta o domicilio a personas mayores de 65 años y/o persona cuidadora siguiendo las líneas propuestas por la "Guía de prevención de Accidentes en los Mayores" contemplando tanto el riesgo intrínseco, como el riesgo extrínseco de accidentes.

Actividades 2.1.2: Reedición de la Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores.

Actividades 2.1.3: A partir de Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores, elaboración de un decálogo de recomendaciones dirigido a las personas mayores para incluir en la biblioteca de OMI-AP.

Actividades 2.1.4: Elaboración de recomendaciones sobre prevención de accidentes en coordinación con la Dirección General de Hospitales siguiendo las líneas propuestas por la "Guía de prevención de Accidentes en los Mayores. Estas recomendaciones van dirigidas a las personas mayores de 65 años y/o sus personas cuidadoras y se entregarán al "alta hospitalaria".

- **Objetivo operativo 2.2:** Realizar talleres sobre prevención de accidentes dirigidos a personas vulnerables mayores de 65 años (y/o persona cuidadora), en tratamiento con medicamentos de riesgo, o con problemas de movimiento o sensoriales, en el centro de salud.

Actividad 2.2.1: Formación grupal mediante talleres en el centro de salud. Deberán contener al menos estos bloques de contenidos: "La prevención de accidentes según las actividades y entornos en los que se producen. Los riesgos de accidentes según los tipos de enfermedades/ limitaciones, así como los riesgos de accidentes según los tipos de tratamientos. Las medidas a tomar para prevenir los accidentes: seguridad en el hogar".

Esta actividad estará ligada a la recogida en **el Programa de Promoción de la Salud en personas mayores frágiles**, referida al consejo individual sobre prevención de accidentes y la realización de talleres de EpS en prevención de accidentes, siguiendo la "Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores".

Objetivo específico 3: Sensibilizar a la población general y formar a los agentes de salud mediante el reforzamiento de las actuaciones de promoción actualmente en marcha.

- **Objetivo operativo 3.1:** Sensibilizar y formar a profesionales, entrenadores y líderes en la prevención de accidentes.

Actividad 3.1.1: Diseñar una estrategia formativa, en colaboración con la red sociosanitaria, dirigida al colectivo de profesionales y voluntarios de organizaciones dedicadas al apoyo y/o cuidado de las personas mayores, que consista en la implementación de talleres sobre prevención de accidentes, en el ámbito local y que tenga en cuenta la Guía de prevención de accidentes en las personas mayores. Esta actividad debe ser coordinada con las Concejalías de personas mayores o entidades similares. En las distintas intervenciones y/o talleres se difundirá la Guía mencionada.

Actividad 3.1.2: Elaboración de un dossier informativo dirigido a los medios de comunicación que contribuya a la identificación de los accidentes de personas mayores como un problema para la salud pública y a su tratamiento informativo.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.2 Taller sobre prevención de accidentes en población mayor	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP y de Atención Primaria (AP)	Nº Talleres sobre prevención de accidentes en población mayor/año	2 Talleres/año	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Consejo prevención accidentes	Personas >65 años y/o persona cuidadora	Profesionales sanitarios de los CS	Historia Clínica OMI-AP/AP Madrid	Nº Consejos individual a personas > 65 años y/o persona cuidadora por CS / Total población de personas > 65 años adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.1.2: Reedición Guía prevención de accidentes en personas mayores	Personas >65 años y/o persona cuidadora	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria SPSP	Reedición de la Guía: SÍ/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
2.1.3 Elaboración decálogo recomendaciones sobre prevención de accidentes e incluirlo en OMI-AP / AP-Madrid	Personas >65 años y/o persona cuidadora	Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. (GAPC) Profesionales sanitarios de los CS	OMI-AP / AP-MADRID	Decálogo elaborado e incluido en OMI-AP: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
2.1.4 Elaboración recomendaciones sobre prevención de accidentes	Personas >65 años y/o persona cuidadora	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS. Profesionales de Atención Especializada	Memoria SPSP	Elaboración recomendaciones: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
2.2.1 Taller de EpS en prevención de accidentes	Personas >65 años y/o persona cuidadora	Profesionales sanitarios de los CS	Registro específico actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	20 % a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
3.1.1 Diseño de estrategia formativa red sociosanitaria	Profesionales y voluntarios de organizaciones dedicadas al apoyo y/o cuidado de personas mayores	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria SPSP	Estrategia diseñada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
3.1.2 Elaboración dossier informativo sobre accidentes en personas mayores	Población general	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Dossier informativo elaborado: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1.2 Taller sobre prevención de accidentes en población mayor																					X		X				X							X		
2.1.1 Consejo prevención accidentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.2: Reedición de la Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores				X	X	X																														
2.1.3 Elaboración de decálogo de recomendaciones sobre prevención de accidentes e incluirlo en OMI-AP / AP-Madrid				X	X	X	X																													
2.1.4 Elaboración recomendaciones sobre prevención de accidentes														X	X	X																				
2.2.1Taller de EpS en prevención de accidentes																						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.1 Diseño de estrategia formativa red sociosanitaria																																X	X	X	X	X
3.1.2 Elaboración dossier informativo sobre accidentes en personas mayores																									X	X	X									

7.6.2. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE RELACIONES SALUDABLES, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

SITUACIÓN ACTUAL

En la introducción de esta línea estratégica se ha señalado la importancia del compromiso institucional que tiene el sistema sanitario en la atención a las personas víctimas de cualquier tipo de violencia. En el presente programa se abordan la violencia hacia la infancia, la violencia de género, específicamente la violencia de pareja hacia las mujeres, la violencia hacia las personas mayores y lo que se ha convenido en llamar “otras formas de violencia”, considerando aquellas que requieren un desarrollo conceptual por parte de Salud Pública ya que el sistema sanitario tan solo contempla de manera formal aquellas violencias que se suceden dentro del entorno familiar. Un reflejo de esta situación se puede encontrar en el servicio de Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria sobre “Detección de Riesgo de Maltrato Familiar”.

La Consejería de Sanidad viene desarrollando actuaciones orientadas a la prevención de la violencia infantil, articuladas en torno al Programa de Maltrato Infantil cuyas primeras actividades datan de los años 90. Este programa desarrolla distintas acciones vinculadas principalmente a la detección del maltrato en los centros sanitarios. Para su ejecución se han invertido múltiples esfuerzos orientados a capacitar a los profesionales sanitarios en cuestiones tales como la detección, notificación, registro y derivación. El programa cuenta con distintos protocolos de actuación. Actualmente se considera pertinente generar un nuevo impulso en la actualización y fortalecimiento del trabajo desarrollado.

En el ámbito de la Violencia de Género, en los últimos cinco años se vienen desarrollando un conjunto de acciones integradas que abordan la Violencia ejercida por parte del compañero íntimo de forma específica y sistematizada. Entre las líneas de actuación se cuenta con una línea de investigación epidemiológica y social, la mejora de los registros existentes, la formación de profesionales sanitarios y la evaluación de las acciones y herramientas de intervención. Estas acciones se realizan de forma coordinada mediante el trabajo que desarrolla la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género. En esta Comisión están representadas además de la Dirección General de la Mujer, aquellas unidades o departamentos de la Consejería de Sanidad con responsabilidad en el abordaje de la Violencia hacia las Mujeres, tanto en su dimensión de Salud Pública, como asistencial en todos sus niveles (Atención Primaria, Especializada, Urgencias).

Respecto a la violencia ejercida hacia las personas mayores, actualmente se están desarrollando intervenciones orientadas a impulsar en distintos niveles asistenciales la visualización de este problema, aunque hasta el momento son iniciativas desarrolladas por

equipos profesionales de distintos centros y niveles asistenciales, no existiendo una estrategia institucional sanitaria de ámbito regional.

JUSTIFICACIÓN

Se propone impulsar el desarrollo del papel destacado de los servicios sanitarios en la prevención y detección del maltrato, en los grupos poblacionales mencionados en el apartado anterior. Se proponen distintas acciones que, en función del tipo de maltrato, requieren sus abordajes específicos. En cualquier caso todas las temáticas específicas están articuladas básicamente en actuaciones coordinadas a nivel regional, que incluyen intervenciones de carácter formativo, actualización y desarrollo de instrumentos de intervención y la participación comunitaria. Para cada una de las estrategias a desarrollar en los diferentes colectivos, será imprescindible la coordinación y el consenso con las instituciones que tienen la responsabilidad de la atención integral de cada uno de ellos.

Respecto al maltrato infantil, uno de los retos principales es la actualización de los instrumentos de apoyo al desarrollo del programa, así como el impulso y fortalecimiento, o en su caso, reorientación de las actuaciones en marcha de forma coordinada en las actividades asistenciales del sistema asistencial y de salud pública. Así, cobra especial importancia el refuerzo de la coordinación con los sectores institucionales implicados en la protección y promoción de la salud de la infancia.

Los objetivos y actividades propuestos en relación con las mujeres que sufren violencia de género vienen a reforzar algunas de las acciones en desarrollo y habrán de ser integradas en la estrategia regional y planificadas y desarrolladas en el marco de la Comisión Técnica para la Coordinación de Acciones de Salud frente a la Violencia de Pareja hacia las Mujeres (VPM).

En cuanto a la violencia ejercida hacia las personas mayores, la propuesta se orienta hacia la articulación de una estrategia coordinada para la prevención primaria y secundaria en la Comunidad de Madrid. Esta estrategia debe permitir profundizar en el conocimiento de la problemática, proveer a los profesionales de instrumentos mediante la capacitación, el desarrollo de habilidades y nuevos conocimientos para la detección precoz y actuación ante los casos detectados, la elaboración de instrumentos de intervención y el fortalecimiento de la coordinación en el territorio.

Ya se ha mencionado al comienzo de este apartado que para el desarrollo de la estrategia que se propone en el presente documento es imprescindible la coordinación con las instituciones responsables de la atención integral a cada uno de los colectivos, tal es el caso, en el ámbito regional, de las Consejerías de Familia y Asuntos Sociales o de la Consejería de Educación,

Consejería de Empleo, Mujer e Inmigración o de las Concejalías de Familia, Servicios Sociales, Juventud, Infancia y/o Educación en el ámbito local. Las propuestas tienen como base las líneas de trabajo propuestas por la OMS en su documento "Informe mundial sobre la violencia y la salud" en el que se recomienda dar prioridad a un enfoque que (...) *homogeneice los esfuerzos para la prevención de cualquier tipo de violencia interpersonal (...)*.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la reducción de los riesgos y daños derivadas de los actos violentos en la población de la Comunidad de Madrid (CM), mediante el desarrollo de acciones de salud encaminadas a reducir las causas subyacentes y los factores de riesgo y promoviendo acuerdos y alianzas estratégicas con otros sectores involucrados, incluyendo la sociedad civil.

7.6.2.1 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA EN POBLACIÓN INFANTIL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Impulsar la Prevención Primaria y Secundaria del Maltrato Infantil desde los servicios sanitarios asistenciales y de salud pública, atendiendo a:
 - a) La actualización y desarrollo de acciones de intervención sobre los factores de riesgo y de protección de maltrato
 - b) La mejora de la detección de casos
 - c) La reorientación de las actuaciones hacia las poblaciones de riesgo
 - d) El establecimiento de alianzas estratégicas con las instituciones responsables del desarrollo de políticas de protección de los menores y de sus familias.
2. Estimar la magnitud del Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid sistematizando la recogida de datos.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Impulsar la Prevención Primaria y Secundaria del Maltrato Infantil desde los servicios sanitarios asistenciales y de salud pública, atendiendo a:

- a) La actualización y desarrollo de acciones de intervención sobre los factores de riesgo y de protección de maltrato
- b) La mejora de la detección de casos
- c) La reorientación de las actuaciones hacia las poblaciones de riesgo
- d) El establecimiento de alianzas estratégicas con las instituciones responsables del desarrollo de políticas de protección de los menores y de sus familias.

- **Objetivo operativo 1.1:** Actualizar la Estrategia de Prevención Primaria y Secundaria del Maltrato Infantil en la Red Sanitaria de la CM.

Actividad 1.1.1: Valorar la creación de una Comisión Técnica para la planificación y coordinación de una Estrategia de Intervención en Prevención Primaria y Secundaria del Maltrato Infantil desde los servicios sanitarios asistenciales y de salud pública.

Actividad 1.1.2: Elaboración de una "Guía de Actuación ante el Maltrato Infantil" dirigida a profesionales sanitarios. Se elaborará en el seno de la Comisión Técnica referida en la actividad anterior.

Actividad 1.1.3: Revisión de los circuitos de comunicación y coordinación de casos y del informe asociado al parte de lesiones.

Actividad 1.1.4: Difusión de la “Guía de Actuación ante el Maltrato Infantil” a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el marco de sesiones informativas específicas y/o talleres de trabajo.

Objetivo específico 2: Estimar la magnitud del Maltrato Infantil en la CM, sistematizando la recogida de datos.

- **Objetivo operativo 2.1:** Monitorizar la evolución del problema mediante el desarrollo de una fuente de información continua en la región.

Actividad 2.1.1: Creación de un grupo de trabajo que estudie la posibilidad de desarrollar un registro común a los tipos de violencia contemplados en el presente documento (violencia infantil, violencia hacia las mujeres y hacia las personas mayores y “otras formas de violencia”).

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Valorar creación de comisión técnica para coordinar estrategia de intervención sobre maltrato infantil	Profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP)	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC). Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Memoria de SPSP	Comisión técnica creada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP GAPC
1.1.2 Elaboración de la Guía de Maltrato Infantil	Profesionales sanitarios de AP	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Actualización de la Guía: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
1.1.3 Revisión circuitos de comunicación y coordinación de casos y del informe asociado al parte de lesiones	Profesionales sanitarios de AP	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Revisión circuitos y coordinación de casos e informe: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
1.1.4 Difusión de la Guía de Maltrato Infantil	Profesionales sanitarios de AP	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Difusión de la Guía: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.1.1 Crear grupo de trabajo para valorar desarrollo de Registro común de los tipos de violencia	Profesionales sanitarios de AP	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Memoria de la SPSP	Creación grupo de trabajo: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP
				Informe final del grupo de trabajo: SÍ/NO	SÍ		

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1 Valorar creación de una comisión técnica para coordinar estrategia de intervención sobre maltrato infantil				X	X	X	X																														
1.1.2 Elaboración de la Guía de Maltrato Infantil							X	X	X	X	X																										
1.1.3 Revisión circuitos de comunicación y coordinación de casos y del informe asociado al parte de lesiones													X	X	X	X	X	X																			
1.1.4 Difusión de la Guía de Maltrato Infantil													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1.1 Crear grupo de trabajo para valorar desarrollar Registro común de los tipos de violencia																									X	X	X	X	X	X							

7.6.2.2.- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer las líneas de investigación y evaluación desarrolladas sobre la atención sanitaria a la violencia de género en Atención Primaria.
2. Mejorar la capacitación de los recursos humanos de Atención Primaria para abordar la atención a la salud de las mujeres víctimas de violencia de género
3. Adaptar los registros de Atención Primaria a las necesidades de atención e información que requiere este problema de salud pública.
4. Contribuir a la Prevención Primaria de la Violencia de Género mediante la sensibilización y la formación de agentes de salud y facilitando el control de la población sobre su salud.

OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Fortalecer las líneas de investigación y evaluación desarrolladas sobre la atención sanitaria a la violencia de género en Atención Primaria.

- **Objetivo operativo 1.1:** Conocer la efectividad de las intervenciones sistemáticas en Atención Primaria sobre la violencia de pareja hacia las mujeres.

Actividad 1.1.1: Elaboración de una propuesta de estudio sobre la efectividad de las intervenciones sistemáticas en Atención Primaria sobre la violencia de pareja hacia las mujeres. Esta propuesta será analizada por la Comisión Técnica para la Coordinación de Acciones de Salud frente a la Violencia de Pareja hacia las Mujeres.

Actividad 1.1.2: Desarrollo del estudio.

Objetivo específico 2: Mejorar la capacitación de los recursos humanos de Atención Primaria para abordar la atención a la salud de las mujeres víctimas de violencia de género.

- **Objetivo operativo 2.1:** Inclusión de sesiones sobre violencia de género en la docencia intraequipo en los centros de salud.

Actividad 2.1.1: Organización de sesiones clínicas sobre violencia de género en los centros de salud. Para ello se contará con la experiencia que se está llevando a cabo en el marco de la Estrategia Regional de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género en la que se cuenta con una línea específica de formación de profesionales sanitarios. Asimismo se incidirá en situaciones de vulnerabilidad: discapacidad, aislamiento social, etc.

Objetivo específico 3: Adaptar los registros de Atención Primaria a las necesidades de atención e información que requiere este problema de salud pública.

- **Objetivo operativo 3.1:** Mejorar el registro del servicio de maltrato familiar en la historia clínica OMI-AP/AP-Madrid.

Actividad 3.1.1: Creación de un grupo de trabajo para revisar los contenidos del Servicio 507 de Cartera "Detección del Riesgo del Maltrato Familiar" y adecuar el registro para poder individualizar el Riesgo de Maltrato Familiar diferenciando: violencia de pareja, maltrato infantil y maltrato a personas mayores.

Se considerará la posibilidad de ampliación de dicho registro y recoger la valoración de riesgo de maltrato familiar con resultado negativo.

Objetivo específico 4: Contribuir a la Prevención Primaria de la violencia de género mediante la sensibilización y la formación de agentes de salud y facilitando el control de la población sobre su salud.

- **Objetivo operativo 4.1:** Establecer alianzas con los medios de comunicación facilitándoles información veraz y pautas para el tratamiento de la información sanitaria relativa a la violencia de género en los espacios de comunicación.

Actividad 4.1.1: Elaboración de una información específica sobre la dimensión de la violencia de género y sus repercusiones sobre la salud física y psíquica de las mujeres, dirigida a los profesionales de la comunicación.

Actividad 4.1.2: Desarrollo de Talleres sobre salud, género y violencia específica, dirigidos a profesionales de la comunicación de la Consejería de Sanidad.

Actividad 4.1.3: Desarrollar un sistema de seguimiento o hacer un análisis periódico del enfoque de los contenidos relativos a la violencia de género en los medios de comunicación y retorno de dicha información a los mismos.

- **Objetivo operativo 4.2:** Ampliar la cobertura de los Servicios de Cartera Nº 503 Y 504 mediante el desarrollo de la Consulta Joven Afectivo-Sexual con enfoque de género dirigida a la población de los Centros de Educación Secundaria Obligatoria y no Obligatoria (ESO, Bachillerato y Ciclo Formativo de Grado Medio) de la CM que no dispongan de este tipo de servicios.

Actividades. Las actividades correspondientes a este objetivo se desarrollarán en el marco de la actualización del Plan Regional de Promoción y Educación para la Salud en Centros Educativos de la CM*

- **Objetivo operativo 4.3:** Integrar la perspectiva de género en los proyectos y actividades de Promoción de la Salud de las Mujeres y en los proyectos de EpS dirigidos a la Comunidad Educativa contenidos en el “Banco de Proyectos” de la Dirección General de Atención Primaria.

Actividad 4.3.1: Revisión de los proyectos de Educación para la Salud incluidos en el “Banco de Proyectos” (de promoción de la Salud de las Mujeres y de EpS dirigidos a la Comunidad Educativa) y elaboración de recomendaciones para la integración de la PG en los proyectos analizados. Esta actividad se desarrollará en el marco de la Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid. Asimismo, el desarrollo de la actividad aplicada a los proyectos de EpS dirigidos a la Comunidad Educativa implicará la coordinación con Estrategia Regional de Promoción y Educación para la Salud dirigida al ámbito educativo de la CM.*

Actividad 4.3.2: Inclusión de las recomendaciones elaboradas en las actividades de Promoción de la Salud de las Mujeres del Banco de Proyectos y en los proyectos de EpS dirigidos a la Comunidad Educativa; en este último caso, la actividad se enmarcará en la Estrategia Regional de Promoción y Educación para la Salud en Centros Educativos de la CM*.

- **Objetivo operativo 4.4.:** Fortalecer el liderazgo comunitario mediante el desarrollo de estructuras de coordinación y participación que fomenten la dinamización de las actividades de prevención primaria de la violencia de género.

Actividad 4.4.1: Identificación de la existencia de foros comunitarios: Mesas locales de salud, mesas específicas de violencia de género y otros foros de interés sanitario, favoreciendo la participación activa de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en las ya existentes.

Actividad 4.4.2: Coordinación con instituciones de ámbito local y con entidades comunitarias para el desarrollo de proyectos de prevención primaria de la violencia de género.

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Elaboración propuesta de estudio sobre efectividad de intervenciones sistemáticas en AP sobre la violencia de pareja hacia las mujeres	Población definida en el estudio	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios y trabajador social de los Centros de Salud (CS)	Memoria de la SPSP	Propuesta de estudio elaborada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
1.1.2 Desarrollo del estudio	Población definida en el estudio	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de la SPSP	Informe investigación disponible: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP
2.1.1 Sesiones clínicas sobre violencia de género	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Registro de actividades de formación continuada de AP	N ° CS que han realizado 1 sesión sobre violencia de género al año/ Total CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1.1 Creación grupo de trabajo y revisión del Servicio de Cartera “Detección Riesgo de Maltrato Familiar”	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Técnicos de la SPSP y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad en Atención Primaria (GAPC). Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de la SPSP OMI-AP / AP-MADRID	Revisión del Servicio de Cartera “Detección Riesgo de Maltrato Familiar”: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP GAPC
4.1.1 Elaboración información sobre la dimensión de la violencia de género y su repercusión en la salud de la mujer	Profesionales de los medios de comunicación	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de la SPSP	Elaboración información: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
4.1.2 Talleres sobre salud, género y violencia específica	Profesionales de los medios de comunicación de la Consejería Sanidad	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de la SPSP	Nº Talleres realizados/año	2 Talleres realizados/año	Diciembre 2012	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
4.1.3 Análisis periódico de contenidos sobre violencia de género en medios de comunicación	Medios de comunicación	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Análisis periódico de información e informe anual: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.4.1 Identificación de foros comunitarios	Foros comunitarios que tratan la violencia de género	Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros comunitarios	Memoria de la SPSP	N ° foros identificados por Zona Básica de Salud o Distrito	-----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.4.2 Coordinación con entidades locales y comunitarias para desarrollar proyectos preventivos	Población general	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de la SPSP	N ° proyectos de prevención primaria de violencia de género acordados	-----	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1.1 Elaboración propuesta de estudio sobre efectividad de intervenciones sistemáticas en AP sobre la violencia de pareja hacia las mujeres									X	X	X	X																									
1.1.2 Desarrollo del estudio													X	X	X	X	X	X	X	X	X																
2.1.1 Sesiones clínicas sobre violencia de género				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.1 Revisión del Servicio de Cartera “Detección Riesgo de Maltrato Familiar”													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
4.1.1 Elaboración información sobre la dimensión de la violencia de género y su repercusión en la salud de la mujer									X	X	X	X																									
4.1.2 Talleres sobre salud, género y violencia específica													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
4.1.3 Análisis periódico de contenidos sobre violencia de género en medios de comunicación			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.4.1 Identificación de foros comunitarios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.4.2 Coordinación con entidades locales y comunitarias para desarrollar proyectos preventivos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

7.6.2.3.- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

OBJETIVO ESPECÍFICO

Impulsar la Prevención Primaria y Secundaria de la Violencia hacia las Personas Mayores a través de la revisión de las actuaciones sociosanitarias, la documentación existente y la coordinación en la atención a las mismas.

ACTIVIDADES

Actividad 1.1: Investigación de la respuesta del sistema sanitario ante los malos tratos a personas mayores: identificar las intervenciones que se desarrollan actualmente en los centros sanitarios, tanto en el nivel de detección e intervención posterior, como en las actividades de educación para la salud; revisión de los circuitos de coordinación, derivación y notificación de las situaciones de malos tratos a mayores y elaboración del correspondiente informe; identificación de los recursos externos al sistema sanitario para la adecuada atención; identificación de las situaciones de mayor vulnerabilidad para la definición de las actuaciones prioritarias a desarrollar.

Actividad 1.2: Elaboración de una "Guía de prevención y detección de los malos tratos a personas mayores" dirigida a profesionales sanitarios. Para su elaboración se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar en el que estén representados los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, así como la institución responsable de la atención a las personas mayores de la CM (Dirección General del Mayor).

Actividad 1.3: Elaboración de una estrategia formativa que favorezca la capacitación del colectivo de profesionales sanitarios. Se propone realizar un diseño y proceso formativo similar al desarrollado para el afrontamiento de la violencia de género en Atención Primaria, mediante la metodología de formación de formadores y actuaciones formativas en los centros sanitarios; establecimiento de los contenidos (de consejo y actuación).

Actividad 1.4: Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un proyecto de educación para la salud orientado a la prevención de malos tratos a personas mayores:

- Definición de objetivos y establecimiento de la metodología del proyecto.
- Selección de la población diana: forma o informal.
- Revisión de proyectos sobre *Cuidados y Cuidadores*, así como de *Enfermedades Crónicas, Hábitos de Salud*.
- Redacción del proyecto.
- Inclusión de contenidos específicos sobre malos tratos en los proyectos sobre hábitos y autocuidados dirigidos a personas mayores.

- Difundir la actividad en los medios de comunicación local y regional. Esta actividad debe realizarse en coordinación con el “Programa de Prevención de la ansiedad, depresión y otros trastornos asociados, en las personas cuidadoras de personas dependientes”, en el que se propone “la elaboración de un dossier para su difusión en medios de comunicación social que sea útil para informar y sensibilizar a la sociedad sobre la problemática asociada al cuidado de las personas dependientes”.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1. Estudio investigación respuesta del sistema sanitario ante malos tratos a personas mayores	Personas mayores	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de SPSP	Realización del estudio e informe investigación disponible: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2011 y 2012	SPSP
1.2. Elaboración Guía de prevención y detección de malos tratos a personas mayores	Personas mayores	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Profesionales sanitarios de Atención Especializada. Representantes de la Dirección General de Mayor	Memoria de SPSP	Guía elaborada: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP
1.3. Diseño de estrategia formativa sobre prevención y detección de malos tratos a personas mayores	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP y de Atención Primaria (AP)	Elaborada estrategia formativa: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP
1.4. Proyecto de EpS para la prevención de malos tratos a personas mayores	Personas cuidadoras formales e informales. Profesionales cuidadoras en instituciones residenciales y/o centros de atención a personas mayores	Técnicos de la SPSP. Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Memoria de SPSP	Proyecto de EpS elaborado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.1. Estudio investigación respuesta del sistema sanitario ante malos tratos a personas mayores									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
1.2. Elaboración Guía de prevención y detección de malos tratos a personas mayores																								X	X	X	X	X										
1.3. Estrategia formativa sobre prevención y detección de malos tratos a personas mayores																											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
1.4. Proyecto de EpS para la prevención de malos tratos a personas mayores																								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

7.6.2.4.- PREVENCIÓN DE “OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar líneas de investigación relacionadas con la atención sanitaria al problema de la violencia ejercida fuera del ámbito familiar: acoso escolar, acoso laboral, acoso por Internet (ciberbullying) y “violencia de calle”.
2. Visualizar las consecuencias en salud de la violencia ejercida dentro y fuera del ámbito familiar.

Objetivo específico 1: Desarrollar líneas de investigación relacionadas con la atención sanitaria al problema de la violencia ejercida fuera del ámbito familiar: acoso escolar, acoso laboral, acoso por Internet (ciberbullying) y “violencia de calle”.

- **Objetivo operativo 1.1:** Conocer el posicionamiento de los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada respecto de la atención sanitaria de casos de violencia producidos fuera del ámbito familiar: acoso escolar, acoso laboral, acoso por Internet o ciberbullying y “violencia de calle”.

Actividad 1.1.1: Realizar una investigación cualitativa que recabe datos sobre la percepción de los profesionales sanitarios acerca de las situaciones de violencia (según tipos especificados en el objetivo) atendidas desde los distintos niveles del sistema sanitario, las actuaciones que se derivan de dicha atención y los sistemas de registro y circuitos de notificación empleados.

Objetivo específico 2: Visualizar las consecuencias en salud de la violencia ejercida dentro y fuera del ámbito familiar.

- **Objetivo operativo 2.1:** Recoger y sintetizar datos relevantes relativos a las consecuencias sobre la salud de la violencia ejercida dentro y fuera del ámbito familiar e integrarlos como contenido en los programas preventivos grupales, comunitarios y de comunicación, promovidos desde la Atención Primaria y la salud pública.

Actividad 2.1.1: Sistematizar las consecuencias de la violencia sobre la salud (según tipología) en un informe elaborado a tal fin.

Actividad 2.1.2: Identificar proyectos de buenas prácticas en materia de prevención de violencia que se estén llevando a cabo en los ámbitos asistencial y comunitario (promovidos desde la atención primaria y la salud pública) e incorporar los contenidos elaborados en la actividad anterior. Para el desarrollo de esta actividad se precisa la creación de un grupo de trabajo interdepartamental. La actividad se integrará en la Red de Experiencias Educativas en Salud de la Comunidad de Madrid *.

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1.1 Investigación cualitativa “percepción de los profesionales sanitarios sobre situaciones de violencia atendidas”	Población definida en el estudio	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Profesionales sanitarios y trabajador social de los Centros de Salud (CS). Profesionales de las Consejerías de Educación y de Familia y Asuntos Sociales	Memoria de la SPSP	Realización del estudio e informe investigación disponible: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y Junio 2013	SPSP
2.1.1 Informe sobre consecuencias para la salud “otras violencias”	Profesionales sanitarios	Técnicos de la SPSP. Profesionales de los CS	Memoria de la SPSP	Informe elaborado: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1.1 Investigación cualitativa "percepción de los profesionales sanitarios sobre situaciones de violencia atendidas"													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
2.1.1 Informe sobre consecuencias para la salud "otras violencias"																		X	X	X	X	X	X	X												

BIBLIOGRAFÍA

1. AEPAP. Prevención de accidentes. Familia y Salud (*on line*).
www.aepap.org/familia/accidentes.htm#uno
2. AEPAP/PAPPS infancia y adolescencia. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria de la salud (*on line*)
www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_actividades.pdf
3. Amor Muñoz MJ, González Fuentes JA. Procedimiento de actuación ante situaciones de maltrato infantil en el ámbito sanitario. IV Jornada de Actualización en Pediatría. Plasencia (Cáceres) 2006; Foro Pediátrico. 2006; 3(Supl 1):16-21.
www.spapex.es/pdf/marzo2006s1.pdf
4. Andrés Corral IM, González Natal N, Lorente López E, Muñoz Rivero MT, García Ruiz MC, Baena Moreno C. Guía Básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores. La dignidad no tiene edad. Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León; 2008.
www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/corral-maltrato-01.pdf
5. Asociación Iniciativas y Estudios Sociales. Guía sobre violencia y mujer con discapacidad. Veda (La Coruña): Asociación IES; 1998.
www.asoc-ies.org/violencia/docs/guia%20metis.pdf
6. Ballart X. Modelos teóricos para la práctica de la evaluación de programas. En: Busquet Q, Subirats J. Madrid: Ed. Lecturas de Gestión Pública; 1996. p.131-40.
7. Barba Martínez JM, Ferrer Prior V, Gea Serrano A, Guillén Martínez RM, López Asensio C, Tourné García M. Protocolo Regional Prevención y Detección de Violencia en la mujer mayor de 65 años. Murcia: Instituto de la Mujer de la Región de Murcia; 2006.
<http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51585>
8. Becerra Martínez NA. Prevención de accidentes en adultos jóvenes y maduros. Actas de Medicina Familiar. 2007/04/12
<http://preventiva.wordpress.com/2007/04/19/prevencion-de-accidentes-en-adultos-jovenes-y-maduros/>
9. Becerra Martínez NA. Prevención de accidentes en adultos mayores. Actas de Medicina Familiar. 2007/05/24.
10. <http://preventiva.wordpress.com/2007/05/24/prevencion-de-accidentes-en-adultos-mayores/>
11. Benítez Robredo MT, Fernández Garrido C, Lazaro Mora MA, Sánchez del Águila F, Urbialde Bascaran I. Accidentes ¿Qué podemos hacer? Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003.
www.publicaciones-isp.org/productos/f151.pdf
12. Berástegui Pedro-Viejo A, Gómez-Bengoechea B. Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. Intervención Psicosocial. 2006; 15(3):293-306.
<http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a04.pdf>

13. Bonino L. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2008.
14. Buitrón Ruiz S, et al. Evaluación del programa sociosanitario para la atención de las personas mayores de Vallecas. Síntesis del informe final 2006. Madrid: Área 1 del SERMAS; 2006.
15. Bustelo M. La evaluación de las políticas de género en España. Madrid: Ed. Catarata; 2004.
16. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Prevención de la violencia. Guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre la violencia y salud. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2006.
whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243592076_spa.pdf
17. Cerda M. Manual de prevención de accidentes. Santiago de Chile: Clínica Alemana.
www.alemana.cl/supraintra/resources_prod/alemana/v03/download/412.pdf
18. Código Técnico de la Edificación, aprobado por Real Decreto 314/2006 de 17 de marzo. BOE. 2006-03-28; (74).
19. Community Guide to Raise World Awareness on Adult Abuse. A "Tool Kit" for Taking Action: Step by Step. International Network for the Prevention of Elder Abuse Community (INPEA). 2009.
www.ifafiv.org/attachments/INPEA/community_guide_toolkit.pdf?phpMyAdmin=fd874e5b4e657d4862d7137acbc46801
20. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General. Nueva York: Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; 2002. 02-21057 (S) 130202 130202.
21. www.un.org/spanish/envejecimiento/ecn52002pc2.pdf
22. Consejos para la prevención de accidentes infantiles. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2008.
www.publicaciones-isp.org/productos/trip_accidentesdic2008.pdf
23. Cortés P, Ruíz-Giménez JL, Ortiz J, Rexach L, Díez V, Pozo C, et al. Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores. Madrid: Área 1 de Atención Primaria de Madrid. INSALUD; 1996.
24. Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de Promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. BOCM. 2007-04-24; (96).
25. De la Serna de Pedro I. Salud mental en el anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública; 2007.
www.publicaciones-isp.org/detalle_producto.asp?id=224

26. Departamento de Salud y Consumo. Guía prevención de accidentes en la infancia. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2001.
<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/CATALOGO/GUIA-ACCIDENTES-INFANTILES.PDF>
27. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 1998.
www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DLibro_amidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1119134431635&ssbinary=true
28. Díaz Oquendo D, Barrera García AC, Pacheco Infante A. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Enfermer. 1999;15(1):34-8.
29. Dinh-Zarr T, Goss C, Heitman E, Roberts I, DiGuseppi C. Intervenciones para la prevención de lesiones en bebedores problemáticos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd; 2004.
www.update-software.com/pdf/CD001857.pdf
30. Defensor del Menor. Comunidad de Madrid. Convivencia Conflictos y educación en los centros escolares de la Comunidad de Madrid. Marchesi, Martín, Pérez y Díaz et al. Madrid, 2006.
31. Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Secretaría General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Madrid, 2006.
www.observatoriodelainfancia.msps.es/.../HojasDeteccion.pdf
32. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009. Madrid, 2009. www.publicaciones-isp.org/productos/d121.pdf
33. El acoso escolar y prevención de la violencia desde la familia. Madrid: Dirección General de Familia, Comunidad de Madrid; 2006.
www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3D3El+acoso+escolar+y+la+prevenci%C3%B3n+de+la+violenciatexto+sin+cubiertas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1181252714992&ssbinary=true
34. El maltrato a personas mayores dependientes [dossier]. Boletín Documental sobre Servicios Sociales e Intervención Social. Gizarte.doc. 2008; 22.
www.siiis.net/documentos/gizarte/Numero22.pdf
35. Equipo Técnico de la Dirección General de Ordenación Académica. Orientaciones sobre el acoso escolar. Asturias: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias; 2006.
www.educa.madrid.org/cms_tools/files/8508a10b-b44e-4465-85c9-e71bfe0174cf/guiaacoso.pdf

36. Esparza Olcina MJ, Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención de lesiones infantiles por accidentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(44):657-66.
www.pap.es/files/1116-1010-pdf/12.%20Grupo%20PrevInfad.pdf
37. Estrada Ballesteros C, Esteban Escobar C, García Rubio P, Lorente Castro B. Guía para la prevención de accidentes en centros escolares. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto Salud Pública. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.
www.publicaciones-isp.org/productos/f237.pdf
38. Estrada Ballesteros C, Esteban Escobar C, Lorente Castro B. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto Salud Pública. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.
[www.publicaciones-isp.org/productos/f238\(1\).pdf](http://www.publicaciones-isp.org/productos/f238(1).pdf)
39. European Child Safety Alliance. Prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2004.
40. European Child Safety Alliance. EuroSafe. Guía de buenas prácticas en seguridad infantil: Buenas inversiones en la prevención de las lesiones infantiles involuntarias y promoción de la seguridad infantil. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2006.
41. European Child Safety Alliance. Eurosafe. Protección de los niños y los jóvenes en las actividades acuáticas recreativas. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2008.
42. Fernández Alonso MC. El médico de familia ante situaciones de violencia [editorial]. Aten Primaria. 2007; 39(2):57-9.
43. Fernández Alonso MC, Grupo de Salud Mental del PAPPS. Malos tratos a los ancianos. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2006.
www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/ancianos.pdf
44. Galán Labaca, I. Servicio de Epidemiología. Factores de riesgo del comportamiento en población Juvenil de la Comunidad de Madrid: Sivfrent-J. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Vol.15 Numero 2,2009
45. García Continente X, Pérez Giménez A, Nebot Adell M. Factores relacionados con el acoso escolar (*bullying*) en los adolescentes de Barcelona. Gac Sanit. 2010; 24(2):103-8.
http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7016&articuloid=13149012&revistaid=138
46. García Milian AJ, Alonso Carbonell L. Los medicamentos y la conducción vial. Cuba: Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología; 2006.
www.cdf.sld.cu/purmed/Los%20medicamentos%20vial.htm

47. García Riobos C, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano ML, Abad Revilla A, Duro Martínez JC, Sánchez Suárez JL. Evaluación Intermedia de la Línea Estratégica de Formación Continuada de Profesionales de Atención Primaria sobre Violencia de Pareja hacia las Mujeres. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2008.
www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142558842976&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
48. Gómez Juanola M, Conill Godoy JL, Pulido Ramos JC, Pérez Carvajal A, Cantún I. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;20(5-6).
49. Gómez Pavón J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2006.
www.publicaciones-isp.org/productos/t022.pdf
50. González Rodríguez VM, de Cabo Astorga MA, Martín Martín C, Franco Martín MA. El mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo. Madrid: IMC; 2004.
www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/mobbing/mobbing.pdf
51. Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental. En: PAPPS actualización 2009. Barcelona: Semfyc. 2009. p.21-3.
www.papps.org/upload/file/02%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf
52. Guía de prevención del maltrato en personas mayores. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); 2007.
www.senama.cl/Archivos/2096.pdf
53. Guía de promoción de salud para trabajar con agentes de salud comunitarios. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 Atención Primaria; 2003.
54. Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15(1):47-50.
55. Hernández Sánchez M, García Roche RG, Pérez Sosa D, Ramos Molina D. Información sobre prevención de accidentes que poseen adultos y niños a su cuidado. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2001; 39(2):95-100.
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39_2_01/hie04201.pdf
56. Hirigoyen MF. El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Barcelona: Paidós; 1999.
57. Instituto Nacional de Consumo. Programa de prevención de lesiones: Red de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio. Resultados: 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
www.consumo-inc.es/Informes/docs/INFORME_RESUMEN_DADO_2007.pdf

58. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social; 2009.
www.observatoriodeladiscapacidad.es/?q=es/informacion/ficha_bibliografica/13082009/las_personas_mayores_en_espa_a_datos_estad_sticos_estatales
59. Kalache A, coordinador. Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial. Ginebra: Unidad de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Gerontología Interdisciplinaria de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE); 2006.
www.imfersomayores.csic.es/salud/maltrato/proyecto-oms.html
60. Kessel Sardiñas H. ¿Estoy asistiendo a un anciano maltratado?. Geriatrianet (*on line*). 2002; 4(1).www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/12
61. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
62. Lasheras Lozano ML, Pires Alcaide M, coordinadoras. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 86. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003. www.publicaciones-isp.org/productos/d086.pdf
63. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Polentinos Castro E, Ramasco Gutiérrez M, Romero Sabater I, Ruiz Sánchez L. Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 122. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid; 2008.
www.publicaciones-isp.org/productos/d122.pdf
64. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Zorrilla Torras B, Sánchez Gómez LM, Seoane Pascual L, Morant Ginestar C. Magnitud, aproximación en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2008b.
www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142494644964&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
65. Leturia FJ, Etxaniz N. Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. Colección: Derechos Humanos Juan San Martín. Vitoria: ARARTEKO; 2009.
66. Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de la Comunidad de Madrid. BOCM. 1993-06-29; (152).
67. Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid. BOCM. 1995-04-07.
www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=484&cdestado=P

68. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y sus modificaciones. BOE. 1995-11-10; (269).
69. Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. BOCM. 1999-05-19.
<http://gestionamadrid.org/pdf/ZHTH.pdf>
70. Malos tratos a mayores: observa y actúa. Jornadas 2008. Madrid: Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid; 2009.
www.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202008/1%20Introducci%C3%B3n.pdf
71. Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998). Serie documentos nº 4. Valencia: Centro Reina Sofía; 2002.
72. Martín Prieto M, González Rodríguez MA, Vicente Muelas N. El maltrato. Madrid: IMC; 2005.
www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/maltrato/maltrato_complet.pdf
73. Martínez MD, coordinadora. Análisis toxicológico de muertes en accidentes de tráfico [Memoria]. Madrid: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses; 2003.
www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/estudios_informes/At03.pdf
74. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional del Consumo. Programa de prevención de lesiones: Red de detección de accidentes domésticos y de ocio, resultados 2007. Madrid: Instituto Nacional de Consumo; 2008.
www.consumo-inc.es/Informes/docs/INFORME_RESUMEN_DADO_2007.pdf
75. Miranda López P, Ramón Esparza T. Guía metodológica para la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes en el medio escolar. Murcia: Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia; 1998.
www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=287
76. Oliván Gonzalvo G. Acciones para la prevención primaria y secundaria del abuso y negligencia contra niños, niñas y adolescentes. Primer seminario Internacional de Prevención del Abuso Infantil; "Construyendo la Cultura del Buen trato". Santo Domingo: Auditorio del Banco Central de la República Dominicana, 11 a 13 noviembre 2009.
77. Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant: Résumé. Ginebra: OMS; 2008.
www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Summary_french.pdf
78. Organización Mundial de la Salud. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño. Nueva York: UNICEF; 1989.
www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf
79. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2):74-105.
www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf
80. Ortiz Ros P, López de la Torre Viana D, Merino Alonso de Olazalla M, Sueiro Pita B. Seguridad Vial Infantil y Atención Primaria. Rev Pediatría Atención Primaria. 1999; 1(4):561-70. www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd25/segviain.pdf

81. Pérez Rojo G. Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Informes Portal Mayores, nº 16. Portal Mayores. 2004/04/30.
www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf
82. Pérez Rojo G, traductora. Cuestionario de detección del maltrato a personas mayores de Hwalek-Sengstock [Sengstock MC, O'Brien JG. The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (EAST). In: Identifying and Treating Domestic Abuse in the Elderly: A Training Program for Health and Social Service Professionals; 2002]
www.imfersomayores.csic.es/documentos/salud/maltrato/recursos/instrumentos/east.rtf
83. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Aten Primaria. 2003; 32(2):86-91.
84. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Monfort R, Grupo APOC ABS Salt. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. Aten Primaria. 2010; 42(4):211-7.
www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7012&articuloid=13147994&revistaid=27
85. Ramasco M, Seoane Pascual L, coordinadores. La percepción social de los riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Salud Pública; 2007.
www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779005227&ssbinary=true
86. Ramiro Herrera C. Guía de Prevención de Violencia de Género. Madrid: Mujeres Jóvenes. Instituto de la Mujer; 2000.
87. Ramos Cordero P, Larios González O, Martínez de la Mata SR, López Martínez M, Pinto Fontanillo JA. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública; 2007.
www.publicaciones-isp.org/productos/t023.pdf
88. R.D. 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo. BOE. 1997-04-23; (97).
89. R.D. 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. BOE. 2006-09-16; (222).
90. Reglamento de Instalaciones de protección contra incendios. RD 1942/1993 de 5 de noviembre. BOE. 1993-12-14; (298).
91. Reis M, Nahmiash D. When seniors are abused, a guide to intervention. Toronto: Captus Press Inc; 1995. [Indicadores de maltrato en el cuidador y la persona mayor (IOA)].
www.imfersomayores.csic.es/documentos/salud/maltrato/recursos/instrumentos/ia.rtf
92. Rodríguez-Martos A, Lizarbe Alonso V (coordinadoras). Prevención de los problemas derivados del alcohol. I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica.

93. Clínica en España; Madrid, 14 y 15 de junio de 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf
94. Rodríguez Laso, A. Encuesta regional de salud de Madrid, en: *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid* coordinadores. Madrid; 2009.
www.publicaciones-isp.org/productos/d121.pdf
95. Rubio Romero J. La percepción de los padres del riesgo de accidente infantil en la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la Comunidad de Madrid. 1993
www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779005237&ssbinary=true
96. Ruiz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, et al. Violencia de género en un área de salud. SEMERGEN. 2010; 36(4):202-7.
www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13150264&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=22&accion=S&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v36n04a13150264pdf001.pdf
97. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. 2010; 24(2):128-35.
www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13149018&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=144&accion=S&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v24n02a13149018pdf001.pdf
98. Salleras L, Taberner JL, Fernández R, Prats R, Guayt R, Garrido P, Prans P, Pedragosa JL. Consejos para la prevención de accidentes. Med Clin (Barc). 1994; 102(Supl 1):127-31.
<http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/accidentes.pdf>
99. Sánchez del Corral Usaola F, Ruipérez Canitera I. Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño. Portal Mayores. 2004 junio. [Cuestionario de despistaje realizado por la Canadian Task Force]
www.imsersomayores.csic.es/documentos/salud/maltrato/recursos/instrumentos/ctf.rtf
100. Sánchez MC, Malmierca F. Prevención de accidentes infantiles. An Pediatr Contin. 2004; 2(5): 307-12. www.apcontinuada.com/contenidos/pdf/v2n5a85pdf001.pdf
101. Sánchez Suárez JL, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Domínguez Bidagor J, Lasheras Lozano ML, López Palacios S, coordinadores. Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid; 2008. www.publicaciones-isp.org/productos/d123.pdf
102. Sánchez Suárez JL, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Domínguez Bidagor J, Lasheras Lozano ML, López Palacios S, Abad Revilla A. Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía

- breve de actuación en atención primaria. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2008. www.publicaciones-isp.org/productos/f244.pdf
103. Seoane L, Pires M, Lasheras L. La violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 92. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2005. www.publicaciones-isp.org/productos/d092n.pdf
 104. SIGMADOS. III Macroencuesta violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
 105. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia desde el ámbito Atención Primaria de Salud. PrevInfad. 2005 abril; 1-33. www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf
 106. Soriano Serrano M, coordinador. Accidentes infantiles. Tipología, causas y recomendaciones para la prevención. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Empleo; 2008. www.juntadeandalucia.es/empleo/www/adjuntos/publicaciones/1_1928_accidentes_infantiles.pdf
 107. Organización Mundial de Salud. Teach-VIP [recurso electrónico] formación, educación y promoción de la colaboración en materia de salud para la prevención de la violencia y las lesiones. 2009.
 108. Tabuela Lafarga M (comp). Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta. Barcelona: Obra Social Caixa Cataluña; 2009.
 109. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ. 2003; 327(7416):673-6. <http://bmj.com/cgi/content/full/327/7416/673>
 110. Tomita SK. Detection and Treatment of Elderly Abuse and Neglect. A Protocol for Health Care Professionals. Psysical & Occupational Therapy in Geriatrics. 1982; 2(2):37-50.
 111. Tomita S, Clark H, Williams V, Rabbitt T. Detection of elder abuse and neglect in a medical setting. Seattle: Harborview Medical Center; 1981.
 112. Universidad de Alicante. Consideraciones y reflexiones críticas sobre la imagen que de los mayores dan los medios de comunicación. Comunicación e Ciudadanía. 2006. <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo08.pdf>
 113. Wathen CN, MacMillan HL, the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CJAM. 2003; 169(6): 582-3. <http://canadianmedicaljournal.ca/cgi/reprint/169/6/582>
 114. WHO. World health organization. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneve, 1996.
 115. WHO. World Health Organization. .World report on child injury prevention. Margie Peden et al. editors. WA 250, Geneve, 2008.

ANEXO I

TIPO DE MALTRATO

- 1. FÍSICO:** El que causa daño corporal, dolor o deterioro producido por la fuerza física o la violencia.
- 2. PSÍQUICO:** El que causa intencionadamente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales, tales como amenazas, insultos, intimidaciones o humillaciones. El abandono y abuso psicológico puede producir a veces mayor malestar y angustia mental que los malos tratos físicos.
- 3. NEGLIGENCIA:** Consistente en la no administración de cuidados necesarios al mayor, en relación por ejemplo a la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados. En la negligencia activa se fuerza al anciano para que se quede, por ejemplo, en cama o sentado en un sillón, o se le priva de comida, de higiene, etc. Se da también la denominada negligencia pasiva, por olvido no llamarle a comer o no prestarle la ayuda necesaria.
- 4. EXPLOTACIÓN FINANCIERA:** Otra forma de abuso consistente en el uso ilegal o inapropiado de los fondos económicos de la persona mayores.
- 5. MALTRATO SOBRE LOS DERECHOS PESONALES:** Se da cuando no se permite a los mayores tomar sus propias decisiones, si son capaces de hacerlo, por ejemplo, no dejarles votar, rezar, abrir el correo, controlar conversaciones, etc.
- 6. ABUSO SEXUAL:** Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc...) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con incapacidad para dar el consentimiento. Por ejemplo el acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías de contenido sexual, etc.
- 7. VULNERACIÓN O VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS:** Confinamiento o cualquier otra interferencia de la libertad personal, así como la explotación de la persona mayor o vulneración de los otros derechos fundamentales que tienen como ciudadanas/os de pleno derecho.
- 8. MALTRATO SOCIAL:** Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes- en este caso la edad- cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas, acoso inmobiliario y otros.
- 9. MALTRATO INSTITUCIONAL:** Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de a actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.

7.7 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS VULNERABLES

7.7. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS VULNERABLES

INTRODUCCIÓN

En la planificación de Programas de Promoción de la Salud y Prevención no sólo se tienen en cuenta los diferentes problemas de salud de una población, sino que se procura también fomentar una atención equitativa y adaptada a las necesidades de los diferentes colectivos que la componen.

Para ello hay que tener en cuenta los retos actuales de nuestra sociedad y conviene recordar al respecto el creciente envejecimiento de la población, el importante flujo de inmigrantes producido en la última década, así como otras nuevas situaciones como son el aumento de las familias monoparentales y el debilitamiento de las redes familiares y sociales, sin olvidar la existencia de colectivos particularmente vulnerables cuya atención requiere un cuidado apropiado.

La Oficina Regional para Europa de la OMS* recomienda fomentar acciones específicas de promoción de la salud y prevención para prevenir o reducir el daño causado a la salud por vivir en condiciones precarias y/o de pobreza. En este sentido enfatiza la importancia del trabajo multisectorial entre administraciones y con entidades de la sociedad civil, y la necesidad de fortalecer el uso del enfoque holístico en Atención Primaria. Sin embargo, la primera tarea a realizar consiste en detectar la presencia de los colectivos vulnerables, cuya poca visibilidad dificulta su identificación.

La tendencia actual es analizar la vulnerabilidad social desde nuevas perspectivas en las que se valoran sus múltiples dimensiones, las interacciones que se producen entre ellas y el carácter dinámico de su evolución**. En particular, Malgesini*** detecta la presencia de 10 elementos en la composición de la vulnerabilidad:

1. Exposición física al riesgo
2. Acceso limitado a los recursos
3. Pobreza de ingresos y reservas
4. Inseguridad del sistema de sustento

* The European Health Report 2009: health and health systems. The Regional Office for Europe of the World Health Organization.

** Gabriela Malgesini. La vulnerabilidad social y la familia en España. Cruz Roja Española. 2007

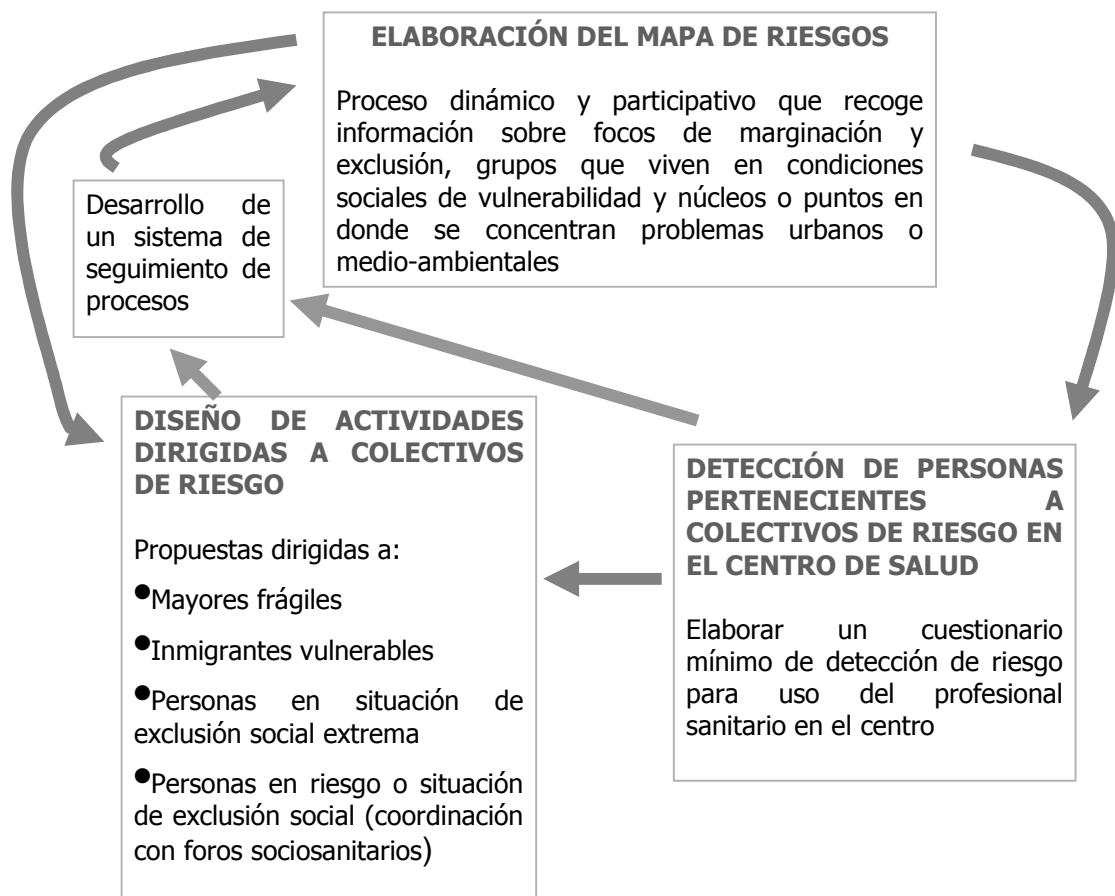
***Fundació Caixa Catalunya – Obra Social. Informe de la inclusión social en España 2008. Barcelona. 2008

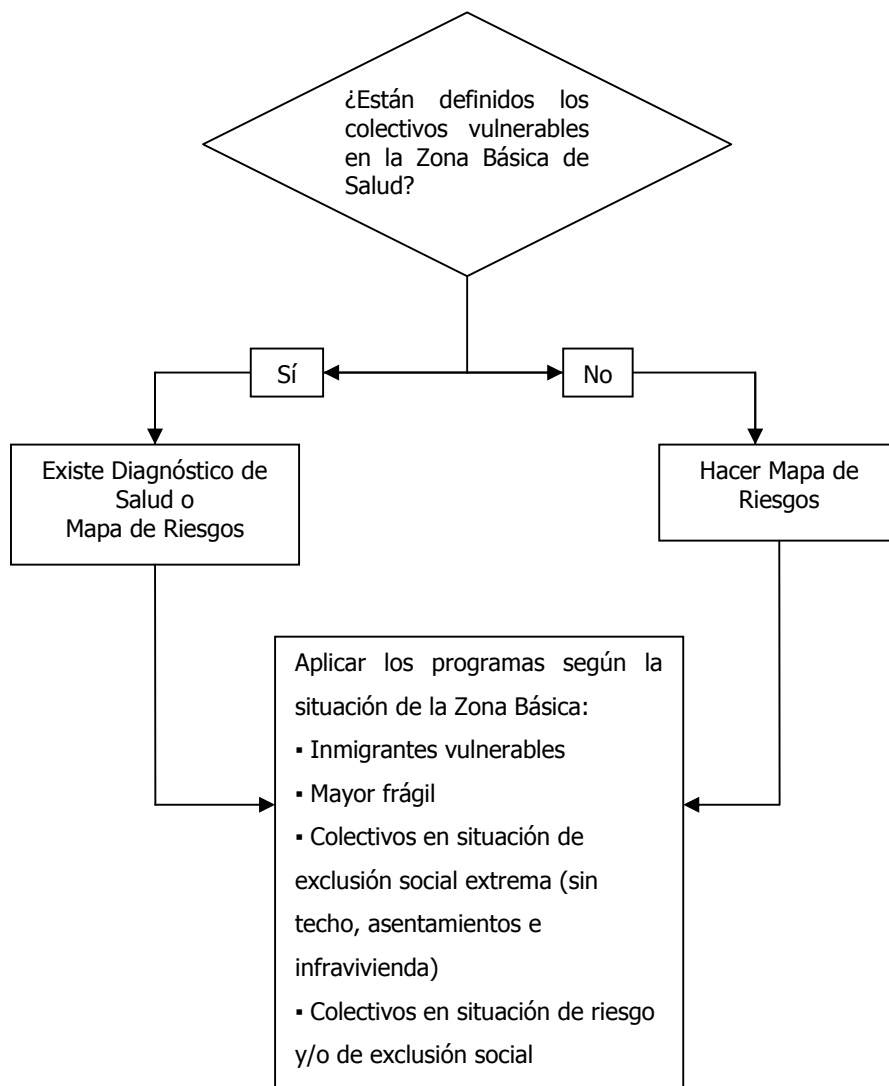
5. Indefensión o desprotección personal
6. Falta de capacidades físicas y psicológicas
7. Falta de conocimientos y cualificaciones técnicas
8. Falta de capital social
9. Dificultad para ejecutar estrategias de afrontamiento
10. Debilidad de redes sociales y económicas
11. Falta de protección por el Estado

Atendiendo a estas consideraciones, los programas que se presentan en esta línea estratégica de Promoción de la Salud en Colectivos Vulnerables pretenden contribuir a prevenir la exclusión social, en el ámbito sanitario y atendiendo al riesgo social sobre la salud, mediante actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidos en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social.

Las actuaciones que se describen van encaminadas a la identificación, intervención, coordinación socio-sanitaria y evaluación. Esto se traduce en desarrollar unos programas específicos de intervención desde el ámbito de la Atención Primaria en Salud en la Comunidad de Madrid:

- a) Mapa de Riesgos.
- b) Inmigrantes vulnerables.
- c) Mayor frágil.
- d) Colectivos en situación de exclusión social extrema (sin techo, asentamientos e infravivienda).
- e) Colectivos en situación de riesgo y/o de exclusión social.





7.7.1. ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS SOBRE LOS COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD

1. ¿QUÉ ES UN MAPA DE RIESGOS?

El Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad hace referencia a una representación espacial, gráfico, croquis o maqueta, en donde se identifican y se ubican focos problemáticos relacionados con:

- Marginación y exclusión: asentamientos marginales/ zona de chabolismo, zonas de realojo, núcleos de delincuencia, drogadicción, prostitución, personas sin hogar, etc.
- Grupos que viven en condiciones sociales de vulnerabilidad: parados/as de larga duración, cuidadoras con escasez de redes sociales, ancianos frágiles, población inmigrante en condiciones de precariedad.
- Núcleos o puntos en donde se concentran problemas urbanos o medio-ambientales: ruido, contaminación atmosférica o acústica, infraviviendas, accidentabilidad, vertederos, zonas aisladas y mal comunicadas.

Para ofrecer mayor visibilidad a los problemas detectados, es oportuno representar diferentes capas o planos del Mapa, esto permite localizar en una capa los problemas relacionados con un aspecto, por ejemplo, medio-ambiente (contaminación acústica o atmosférica, falta zonas verdes, vertederos, aguas residuales, infravivienda o chabolismo, puntos de accidentes, etc. En otra capa problemas relacionados con otro aspecto, por ejemplo, morbi-mortalidad y condiciones sociales (ancianos frágiles, población inmigrante en condiciones de precariedad, parados de larga duración, cuidadoras sin redes sociales, puntos de drogadicción...). En otra capa, recursos socio-sanitarios y comunitarios con los que cuenta la comunidad para la atención a los problemas y situaciones de vulnerabilidad (Centros de día, Asociaciones, ONG, Centros de Atención a Drogodependientes, etc.)^{*}.

Al superponer unas capas y otras, se observa con mayor evidencia los puntos, situaciones, colectivos o áreas más problemáticas y los recursos con los que se cuenta para su abordaje.

El Mapa ha de ser dinámico e interactivo, y contener datos de fuentes de datos periódicas, sistemáticas y relevantes, pero se combinará con información viva y actual proveniente de fuentes profesionales y comunitarias (informantes clave), conocedores de la problemática de la Zona. Además, ha de ser actualizado con cierta periodicidad y ha de ser lo suficientemente sencillo como para ofrecer una información ágil, fácil de entender y evidente a primera vista

^{*} Para ampliar la información sobre el tipo de Mapa de Riesgos, revisar el artículo siguiente, aunque se refiere al ámbito de la salud laboral puede ser interesante:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_443.pdf

2. ¿QUÉ UTILIDAD TIENE UN MAPA DE RIESGOS?

En el caso que nos ocupa, el proceso de elaboración de un Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad permite a los equipos de salud poner en común y debatir las experiencias, el conocimiento, la información y las representaciones mentales existentes en ellos y la población, acerca de los focos problemáticos que identifican, en relación a las necesidades de salud de la población que asisten, a fin de consensuar y priorizar acciones al respecto y llevarlas a cabo.

Es por tanto un instrumento para las instituciones encargadas de velar por la salud; específicamente para los agentes sanitarios y las comunidades que atienden.

3. ¿QUIENES PUEDEN REALIZAR UN MAPA DE RIESGOS?

En su elaboración pueden participar todos y todas los que lo deseen; no es exclusivo de un grupo en particular, por eso es importante contar con el *espacio de tiempo y de lugar* para que el mayor número de personas colabore, de forma organizada, en dicho proceso. Lo ideal es que este proceso sea compartido y participativo, es decir, que en él se involucren actores y representantes de diferentes sectores de la comunidad (vecinos, profesionales de la red de Atención Primaria y Especializada, profesionales de los servicios sociales: mayores, drogas, menores, jóvenes, representantes de la comunidad educativa, profesionales de los servicios municipales de salud, profesionales de salud pública, profesionales de la red de salud mental, asociaciones y ONG, etc.) , a fin de tener una representación amplia y contrastada.

4. ¿CÓMO REALIZAR UN MAPA DE RIESGOS?

Para la elaboración del Mapa de Riesgos se pueden seguir las siguientes fases:

- **Fase 1.- Formación del Equipo de Trabajo:**

El equipo encargado de la coordinación y realización del trabajo conviene que sea multidisciplinar y que esté formado por profesionales involucrados en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad procedentes de los diferentes sectores mencionados (profesionales médicos, enfermería, pediatría, trabajadores/as sociales, profesionales de la salud mental, de los servicios municipales de salud, educación, etc.).

Es importante que el tamaño y composición del equipo combine la diversidad y heterogeneidad de perspectivas con la operatividad; no por mucho abarcar se consiguen mejores resultados.

- **Fase 2.- Selección del Ámbito:**

Consiste en definir el espacio geográfico que se considerará en la elaboración del Mapa de Riesgos y el/los temas/ y situaciones problemáticas que se van a tratar en el mismo y que se pretende caracterizar.

Respecto al primer punto, hay que tener en cuenta las ventajas y limitaciones que tendría considerar la Zona Básica de Salud, como marco territorial y poblacional, o bien realizar el trabajo a nivel más amplio, de Distrito, compartiendo la tarea conjuntamente con otras Zonas Básicas próximas y cuya población pueda estar expuesta a similares condiciones y que compartan recursos socio-sanitarios y comunitarios; de esta forma se puede rentabilizar el trabajo.

Respecto al segundo punto, es importante partir de un marco referencial compartido en cuanto a la influencia de los determinantes sociales en la salud y a lo que se entiende por riesgo para la salud, amenaza y vulnerabilidad social, así como sobre los principales elementos que componen la vulnerabilidad, estableciendo definiciones operativas a partir de los mismos:

- La zona de vulnerabilidad social está situada entre la zona de integración (trabajo estable y pilares sociales y familiares sólidos) y la de exclusión (carencia de trabajo y aislamiento socio-familiar), caracterizándose, por lo tanto, por ser una zona más inestable, con trabajos precarios, paro intermitente y pilares sociofamiliares menos sólidos. Se trata de una zona intermedia, con el consiguiente riesgo de introducirse en el espacio de la exclusión. (Castel, en Alvarez-úria, 1992).
- La vulnerabilidad podría ser entendida como una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia, y calidad de vida- en contextos socio históricos y culturalmente determinados (Perona et al., 2000).
- Una medida de la vulnerabilidad social ayudaría a identificar grupos sociales, hogares y personas quienes, por su menor disponibilidad de activos materiales y no materiales, quedan expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en sus niveles de vida, ante cambios en la situación laboral de sus miembros activos (Perona et al., 2000).
- El concepto de vulnerabilidad en el sentido planteado, alude a situaciones de debilidad, de precariedad en la inserción laboral, de fragilidad en los vínculos relacionales; situaciones éstas en las que se encuentran, en mayor o menor medida, una diversidad de grupos sociales y no sólo los que se definen como "pobres" según las medidas usuales (Perona et al., 2000).
- La identificación de los grupos sociales, hogares y personas, que se enfrentan a los riesgos mencionados, expuestos a ver modificados sus condiciones de vida ante cambios en su entorno, justifica la necesidad de contar con los indicadores relacionados anteriormente,

pero no excluye otras dimensiones de análisis igualmente importantes. Se debe aplicar el concepto de vulnerabilidad a unidades de análisis colectivas, grupos familiares, individuos, ya que es allí donde adquiere mayor significado.

Que todos compartan y comprendan los conceptos básicos, es de mucha utilidad cuando se haga la recogida de datos, el recorrido por la comunidad, las reuniones con informantes clave, etc., y se identifiquen los riesgos y amenazas. La idea es responder preguntas como estas:

- *¿Cuáles son las amenazas a las que está expuesta la comunidad?*
- *De ellas, ¿cuál es la amenaza más significativa a tener en cuenta?*

Hay que tener en cuenta que la percepción que tienen profesionales y población sobre los elementos que componen la vulnerabilidad es diferente y que, además, varía entre los diferentes colectivos profesionales y poblacionales considerados en función de aspectos tales como:

- La residencia/ habitat.
- La cultura socio-profesional dominante en cada grupo social/profesional.
- La clase social de pertenencia.
- El género.
- La orientación ideológica (público/privado).

Y otros aspectos como: el grado de visibilidad y proximidad que se tenga con determinados focos de vulnerabilidad y en correspondencia, la mayor o menor sensibilidad hacia estos temas*.

• **Fase 3.- Reparto de tareas y recopilación de la información**

- Es importante listar y seleccionar el tipo de datos que se considera más relevante recopilar, así como las instituciones, organismos o entidades que disponen de las fuentes de datos actualizadas, accesibles y fiables correspondientes, capaces de facilitar dicha información en un formato que resulte operativo, sencillo y que facilite la tarea.
- Consulta y recolección de datos relevantes a partir de las fuentes seleccionadas que aportan información sobre la influencia e impacto en salud de los diferentes determinantes sociales: paro, fracaso escolar, infraviviendas, personas sin hogar, discapacidad, hacinamiento, datos de morbi-mortalidad, riesgos medio-ambientales (ruidos, contaminación acústica y atmosférica, ausencia de zonas verdes, etc.).

* Interesante en este sentido el estudio realizado por la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención sobre: la Percepción Social de los Riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid (2007). Localizable en la dirección: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779005227&ssbinary=true>

- Además de estas fuentes de datos, se puede obtener información relevante mediante observación directa sobre el terreno por parte del equipo encargado de la realización del Mapa y a través de otros métodos, entre los que se pueden citar los siguientes:
 - *Observación de riesgos obvios:* Se refiere a la localización de los factores que implican vulnerabilidad evidente y que pudieran causar enfermedades a determinados grupos y/o daños materiales, a través de recorrido por las áreas a evaluar. En los casos donde existan elaborados Mapas de riesgos similares se tomarán en consideración las recomendaciones sobre los riesgos a evaluar.
 - *Estudios de percepción de riesgos:* Consiste en la recopilación de información de los residentes en la Zona Básica, bien mediante la aplicación de encuestas u otro tipo de instrumentos de carácter cualitativo; grupos de discusión, entrevista a informantes claves, observación participante, etc., sobre los factores de vulnerabilidad y las condiciones de vida.
 - *Lista de Verificación:* Consiste en una lista de comprobación de los posibles riesgos que pueden encontrarse en determinado ámbito de trabajo o vida.
 - *Índice de Peligrosidad:* Es una lista de comprobación, jerarquizando los riesgos identificados.
- Paralelo a lo anterior, se llevará a cabo una revisión, actualización y conocimiento operativo de los recursos comunitarios existentes y su funcionamiento: educativos, sanitarios, sociales, asociativos, etc., dirigidos a colectivos en situación de vulnerabilidad y los planes, programas o acciones concretas que se llevan a cabo

• **Fase 4: Ubicación de los riesgos**

Utilizando la lista de situaciones de vulnerabilidad y riesgos elaborado por el equipo, corresponde en este momento identificar los focos, situaciones y colectivos sometidos a mayor exposición a la vulnerabilidad, señalando en el mapa los puntos donde están presentes.

En el caso de mapa del territorio, es importante tener presente que la lista de riesgos aplicada debe cumplir con dos condiciones: que represente la realidad de la zona y que facilite la comparación con otros mapas de riesgos de otras zonas.

En el Mapa de Riesgos se utilizan *símbolos o dibujos*, para identificar determinados lugares que sirven de puntos de referencia, y *colores* para señalar mejor las zonas de riesgo específicos que tienen determinados lugares; por ejemplo, el color rojo para zonas de mucho peligro; el color amarillo para zonas en riesgo; el color verde para zonas sin riesgo.

- **Fase 5: Valoración de los riesgos**

El siguiente paso es la valoración de los riesgos; se trata de analizar la información y conocimientos adquiridos en la fase anterior y, en base a los mismos, priorizar intervenciones y acciones, realizando la correspondiente programación de las mismas. Esta priorización se realizará siguiendo una serie de criterios y escalas establecidos en relación a:

- La extensión de los factores de vulnerabilidad y de riesgo; a qué zonas afecta el problema, cuanta población o qué grupos resultan afectados por el problema, tendencias a la expansión del problema a otros grupos o áreas.
- La gravedad del riesgo; el impacto en salud que está teniendo el problema o situación (años de vida perdidos, reducción de oportunidades vitales importante, limitación del acceso a recursos básicos y de subsistencia, consecuencias para la salud inmediatas).
- Posibilidades y viabilidad de llevar a cabo acciones que eliminen las condiciones, factores o circunstancias de vulnerabilidad o riesgo. Impacto del proyecto propuesto para solucionar o minimizar el problema.
- Costes socio-sanitarios de los daños.
- Coste, recursos y tiempos que se requerirían para llevar a cabo las intervenciones pertinentes para aminorar o eliminar los efectos perjudiciales para la salud de las situaciones detectadas.

Como resultado de la valoración, cada riesgo habrá sido identificado con una de las tres categorías siguientes o con los colores acordados:

- **bajo** correspondiente a **1 = (+)**
- **medio** correspondiente a **2 = (++)**
- **alto** correspondiente a **3 = (+++)**

El uso de los números o de los signos de adición (+) es opcional.

Los riesgos se pueden anotar como individuales o colectivos, pero se pueden sectorizar (salud, educación, comunicación, viales, etc.).

Los riesgos se deben describir dando respuesta a por qué y para quién son un riesgo:

<u>Riesgo</u>	<u>Por qué</u>	<u>Para quien</u>
Agua contaminada	Porta gérmenes que producen enfermedades	Para las personas que la consumen.

(Por qué es la justificación para proponer un proyecto; para quién son los beneficiarios de ese proyecto).

- **Fase 6: programación de acciones e intervención:**

Aplicación sobre el terreno práctico de los planes de intervención programados.

- **Fase 7: evaluación:**

Verificación de los resultados de la intervención respecto de los objetivos programados.

ANEXO I

DATOS RELEVANTES PARA EL DESARROLLO DE UN MAPA DE RIESGOS DE LA VULNERABILIDAD

- ✓ Ubicación de la zona básica, sus límites y extensiones con otras zonas.
- ✓ Conocimiento de las características del entorno:
 - Estado de las calles
 - Alcantarillado, suministro eléctrico y recogida de basuras
 - Red de transportes
 - Infraestructuras como: zonas verdes, farmacias, supermercados, correos, etc.
- ✓ Características de la población:
 - Características socio-demográficas y socio-económicas
 - Características socioculturales
 - Características de las relaciones de convivencia, ocio y tiempo libre
 - Absentismo escolar, índice de desescolarización, embarazos en edades tempranas, menores desprotegidos, etc.
 - Ancianos frágiles
- ✓ -Características de las viviendas:
 - Calidad de las viviendas; materiales, estado de conservación, saneamientos y residuos, dificultad de acceso a los recursos, infraviviendas o viviendas en situación de precariedad.
 - Niveles de ruido, estado del aire, presencia de industrias, etc.
- ✓ Características socio-sanitarias:
 - Acceso a servicios públicos, aislamiento y problemas de movilidad, falta de documentación y dificultades para conseguirla
 - Factores socioculturales, analfabetismo, desconocimiento del idioma, del funcionamiento del sistema sanitario...
 - Hábitos relacionados con la salud, higiene alimentación...
 - Planificación familiar y salud materno infantil
 - Estado vacunal
 - Consumo de sustancias tóxicas
 - Violencia y malos tratos
 - Enfermedades más prevalentes
 - Accidentes más frecuentes

PRINCIPALES RIESGOS, PROBLEMAS Y NECESIDADES A DETECTAR

- ✓ Riesgos derivados de la inexistencia de infraestructuras urbanísticas
- ✓ Riesgos derivados de la peligrosidad del tráfico rodado
- ✓ Riesgos derivados de la ausencia de transporte público
- ✓ Riesgos derivados de la inexistencia o deficiencias en el sistema de saneamiento
- ✓ Riesgos derivados de la deficiente construcción y dotación de las viviendas
- ✓ Riesgos derivados de la contaminación medioambiental, por ejemplo, los derivados de la existencia de vertederos incontrolados
- ✓ Riesgos derivados de la tenencia de animales de compañía y domésticos de producción, o censado sin control veterinario...
- ✓ Riesgo del consumo y circulación de alimentos, sin control sanitario manipulación incorrecta...
- ✓ Riesgos derivados de las dificultades para el acceso y control por parte de los servicios socio sanitarios.
- ✓ Riesgos derivados del entorno social, delincuencia, violencia, drogadicción, prostitución

FUENTES DE INFORMACION

FUENTES PRIMARIAS

- ✓ Observación directa
- ✓ Encuesta a los profesionales sanitarios del los centros de salud
- ✓ Entrevistas con familias
- ✓ Entrevistas con asociaciones , mediadores, ONG y otras

FUENTES SECUNDARIAS

- ✓ Padrón municipal
- ✓ Informes de la policía local
- ✓ Información de la prensa local
- ✓ Memorias de servicios sociales
- ✓ Memorias y registros de vacunas del centro o centros de salud
- ✓ Seguimiento escolar
- ✓ Información facilitada por agencia antidroga
- ✓ Datos complementarios procedentes de otros recursos y fuentes de información: servicios de salud pública, hospitales, SUAP, colegios, equipos de orientación psicopedagógicas, juntas municipales, informes previos de otros profesionales que han trabajado en la zona
- ✓ Información de las diferentes asociaciones del barrio
- ✓ Información del Ayuntamiento de Madrid, Cruz Roja, IRIS, Isidro bus, ACCEN, CARITAS

RECURSOS DE INFORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS DE LA VULNERABILIDAD A NIVEL DE ZONA BÁSICA/ DISTRITO SANITARIO

1- Atlas de mortalidad y desigualdades económicas en la Comunidad de Madrid:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142568618786&language=es&pageid=1142568608450&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142568610339&vest=1156329914017

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142568608450&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914017

(En su anexo VI se incluye un listado de las ZBS y su mortalidad respectiva)

2- Documentos Técnicos de Salud Pública. la Percepción Social de los Riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid (2007). Localizable en la dirección:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=i&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779005227&ssbinary=true>

3- García Gómez M. Los mapas de riesgos. Concepto y metodología para su elaboración.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid (1994) Localizable en:

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_443.pdf

4- Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. Localizable en:

http://www.disasterinfo.net/desplazados/documentos/puj/lineamientos_print.htm

5- Plan integral de mejora en salud pública de Vallecas 2001/ 2005. Localizable en:

<http://www.publicaciones-isp.org/productos/d110.pdf>

6- Guía de trabajo para la elaboración de los mapas de riesgo comunales. Estrategia internacional para la reducción de desastres, Organización Panamericana de la salud, O.M.S.

Localizable en:

http://www.eird.org/perfilespaíses/perfiles/index.php/Sistemas_de_informaci%C3%B3n_geogr%C3%A1fica

7- Situación de los asentamientos marginales del Área sanitaria 1. Se puede ver un resumen del tema en: <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/637>

8- Malgesini, G. La Vulnerabilidad social y la familia en España, Cruz Roja Española, 2007. Varios trabajos interesantes en:

http://www.ixsgapeio.uvigo.es/resumenes/64_46_paper.pdf

<http://www.sobrevulnerables.es/sobrevulnerables/informes.do?method=inicio>

9- Una bibliografía interesante sobre vulnerabilidad:

http://www.sobrevulnerables.es/estudio_14.html

10- Plan de Integración 2009-2012 de la Comunidad de Madrid. Localizable en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220469199467&ssbinary=true>

11- Guía metodológica de elaboración de planes municipales de salud FEMP. Localizable en:

<http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros%20documentos/GUIA%20METODOLOGICA%20PLANES%20DE%20SALUD.doc>

7.7.1.1. PROGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar, por parte de los Equipos de Atención Primaria (EAP), un Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad a nivel de Zona Básica a fin de localizar las situaciones y los colectivos vulnerables más significativos, priorizar y programar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad encaminadas a paliar dichas situaciones y llevarlas a cabo en el área de influencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Seleccionar las Zonas Básicas de la Comunidad de Madrid con mayores niveles de vulnerabilidad susceptibles de pilotaje en la realización del Mapa de Riesgos.
2. Favorecer la formación y capacitación de los profesionales de los EAP encargados de la elaboración del Mapa de Riesgos.
3. Realizar los Mapas de Riesgo por parte de los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales implicados en la atención a la vulnerabilidad (profesionales médicos, enfermería, pediatría, trabajadores/as sociales, profesionales de la salud mental, de los servicios municipales de salud, educación, etc.) a nivel de Zona Básica de Salud (ZBS).

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Seleccionar las ZBS de la Comunidad de Madrid con mayores niveles de vulnerabilidad susceptibles de pilotaje en la realización del Mapa de Riesgos.

Actividad 1.1: Selección de las ZBS con mayores niveles de vulnerabilidad susceptibles de pilotaje en la realización del Mapa de Riesgos, de acuerdo a la información ya disponible en los Informes del Estado de Salud de la Región (2007-2009) y la viabilidad /disponibilidad de los equipos correspondientes.

- **Objetivo específico 2:** Favorecer la formación y capacitación de los profesionales de los EAP encargados de la elaboración del Mapa de Riesgos.

Actividad 2.1: Elaboración de una Guía de trabajo dirigida a los Equipos de Atención Primaria y en la que se expliciten los pasos a seguir y los recursos de apoyo existentes para la elaboración del Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad en su ZBS de influencia.

Actividad 2.2: Curso de formación de formadores y adiestramiento de un equipo de profesionales de la salud en la práctica de "Elaboración del Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad". Este grupo de profesionales desarrollará, como parte de su entrenamiento,

Mapas de Riesgo en colaboración con los equipos correspondientes en las ZBS señaladas con mayor riesgo de vulnerabilidad, según la información disponible, y será el referente encargado de impartir formación y adiestramiento al resto de equipos, con el apoyo de la Guía correspondiente.

Actividad 2.3: Curso sobre la elaboración de Mapa de Riesgos dirigidos a los profesionales sanitarios de los centros de salud e impartidos por el equipo de formadores de elaboración del Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad.

- **Objetivo específico 3:** Realizar Mapas de Riesgo por parte de los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales implicados en la atención a la vulnerabilidad, bien a nivel de ZBS.

Se trata de identificar, por parte de todos los agentes implicados, las situaciones o colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad en la zona de influencia, localización en los planos correspondientes y priorización de acciones a llevar a cabo según criterios de extensión, incidencia, gravedad, impacto en salud, viabilidad y aceptabilidad.

Actividad 3.1: Desarrollo de una estrategia de difusión sobre la importancia de elaborar el mapa a todos los grupos y colectivos implicados (sanitarios y no sanitarios), adaptada a la realidad local, con el fin de obtener la mayor colaboración y participación.

Actividad 3.2: Constituir el equipo de trabajo encargado de la coordinación y realización del Mapa de Riesgos, que constará de profesionales involucrados en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad procedentes de los diferentes sectores mencionados (profesionales médicos, enfermería, pediatría, trabajadores/as sociales, profesionales de la salud mental, de los servicios municipales de salud, educación, etc.).

Actividad 3.3: Identificación de los focos, situaciones y colectivos sometidos a mayor exposición a la vulnerabilidad, señalando en el mapa los puntos donde están presentes.

También quedarán definidos: el espacio geográfico que se considerará en la elaboración del Mapa de Riesgos; el listado o selección de datos relevantes en relación a las situaciones y colectivos expuestos a situación de vulnerabilidad en la ZBS; las instituciones, organismos o entidades que disponen de las fuentes de datos actualizados, accesibles y fiables correspondientes, capaces de facilitar dicha información en un formato que resulte operativo, sencillo y que facilite la tarea; y los recursos comunitarios existentes y su funcionamiento (educativos, sanitarios, sociales, asociativos, etc., dirigidos a colectivos en situación de vulnerabilidad y los planes, programas o acciones concretas que se llevan a cabo).

Actividad 3.4: Priorización de las situaciones a modificar y las intervenciones y acciones que se llevarán a cabo, realizando la correspondiente programación de las mismas y estableciendo los responsables de cada acción, según criterios de extensión, incidencia, gravedad, impacto en salud, viabilidad y aceptabilidad.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1. 1. Selección de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) con mayores niveles de vulnerabilidad	Población vulnerable de la ZBS	Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) y de la Unidad Información y Análisis Geográfico de la Dirección General de Ordenación e Inspección (DGOI). Profesionales de los Centros de Salud (CS)	Memoria de la SPSP	N ° ZBS seleccionadas con mayores niveles de vulnerabilidad	----	Junio 2011	SPSP
2.1. Elaboración guía de trabajo sobre el Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad	Equipo de Atención Primaria (EAP) y recursos socio-sanitarios ZBS	Técnicos de la SPSP y de la Unidad Información y Análisis Geográfico (DGOI). Profesionales de los CS	Memoria de la SPSP	Guía de trabajo elaborada: Sí/NO	SÍ	Junio 2011	SPSP
2.2 Curso Formación de Formadores en Mapa Riesgos	Profesionales de los CS	Técnicos de la SPSP, de la Unidad Información y Análisis Geográfico (DGOI). Profesionales de los CS	Registro de actividades de formación continuada de la SPSP	N ° cursos Formación de Formadores realizados/año	2 cursos año	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
2.3 Curso elaboración Mapa Riesgos				N ° cursos realizados/año	2 cursos año		
3.1. Estrategia de difusión Mapa Riesgos	Profesionales de Instituciones implicadas: EAP, Ayuntamientos (Ayto), Educación, Sociales, Asociaciones vecinales (AAVV)	Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Estrategia de difusión Mapa Riesgos: Sí/NO	SÍ	Diciembre 2011	SPSP
3.2. Creación equipo multidisciplinar para la realización del Mapa de Riesgos en ZBS o Distrito	Profesionales de Instituciones implicadas: EAP, Ayto, Educación, Sociales, AAVV,	Profesionales de Instituciones implicadas	Memoria de la SPSP	N ° equipos creados/ Total ZBS seleccionadas	60% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
3.3. Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad en ZBS y localización en Mapa de Riesgos	Colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad	Equipo multidisciplinar encargado del Mapa de Riesgos (MR) en la ZBS . Instituciones que trabajan con población vulnerable	Cartografía del MR elaborada con la localización de los colectivos y áreas problemáticas	N ° ZBS con Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad y localización en Mapa de Riesgos	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
3.4. Priorización de acciones	Prof. e Instituciones implicadas: EAP, Ayto, Educación, Sociales, AAVV.	Equipo multidisciplinar encargado del MR en la ZBS. Instituciones que trabajan con población vulnerable.	Informes Equipo de Trabajo	N ° ZBS con establecimiento de acciones prioritarias/ Total ZBS identificadas	25% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. 1 Selección de las Zonas Básicas con mayores niveles de Vulnerabilidad			X	X	X	X																															
2.1 Elaboración guía de trabajo sobre el Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad			X	X	X	X	X																														
2.2 Curso de Formación de Formadores en Mapa de Riesgos						X			X						X					X							X						X				
2.2 Curso sobre elaboración de Mapa de Riesgos										X		X										X						X						X			
3.1 Estrategia de difusión Mapa Riesgos									X																												
3.2 Creación equipo multidisciplinar para la realización del Mapa de Riesgos en Zonas Básicas de Salud/ Distritos											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.3 Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de Vulnerabilidad en ZB o Distritos seleccionados y localización en Mapa de Riesgos															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.4 Establecimiento de acciones prioritarias																				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

7.7.2. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN GRUPOS VULNERABLES DE POBLACIÓN INMIGRANTE

SITUACIÓN ACTUAL

Las principales intervenciones que actualmente se llevan a cabo en Salud e Inmigración desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, y en concreto desde el Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables, son las siguientes:

1. Estudios de investigación social que orientan las intervenciones en relación a la adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población inmigrante, en materia de promoción de la salud y prevención y en la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
2. Elaboración y edición de materiales de Información, Educación y Comunicación –IEC- adaptados culturalmente sobre el funcionamiento del sistema sanitario madrileño, métodos anticonceptivos, diabetes, así como diferentes campañas de captación para una adecuada vacunación (meningitis, rubéola).
3. Participación en la Comisión de Integración de la Consejería de Sanidad dentro del Plan de Integración de la Comunidad de Madrid y en la Comisión de Exclusión dentro del Plan contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid.
4. Formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Madrileño de Salud en temas de Inmigración, Salud e Interculturalidad.
5. Coordinación y colaboración Intersectorial con Instituciones, Centros, ONG, Asociaciones de Inmigrantes y otras asociaciones que trabajan con población inmigrante, para el apoyo de acciones de promoción de la salud y prevención.

JUSTIFICACIÓN

Este Programa de Promoción de la Salud en Colectivos Vulnerables de Población Inmigrante es un programa transversal cuyo objetivo último es la adaptación de los servicios de salud a la realidad sociodemográfica de diversidad cultural, desde un modelo de competencia cultural, es decir, desde un modelo en el que el sistema de salud y el profesional se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del individuo, la familia o comunidad, teniendo en cuenta que la cultura es un todo integrado, que siempre está cambiando y que generalmente es adaptativa.

En un sistema sanitario culturalmente competente:

- “La propuesta terapéutica debe construirse como una alianza. Debe ser un pacto aceptable y aceptado por ambas partes. Debe ser realista, centrado en la persona, fácilmente comprensible, apropiado a la cultura del paciente, consistente con los deseos de autonomía y autocontrol y organizado en términos positivos.
- La atención al inmigrante se simplifica cuando se incluye en el marco de una buena práctica asistencial.
- La competencia cultural es poco más que una sensibilidad hacia las diferencias, hacia el otro.”

Finalmente, la competencia cultural es la puesta en práctica de los principios del cuidado centrado en el paciente que incluye la empatía, la exploración de creencias, la valoración de la sensibilidad de los pacientes, sus necesidades, valores y preferencias.

La población diana considerada en este programa dirigido al colectivo de inmigrantes vulnerables la constituye: inmigrantes recién llegados; inmigrantes y refugiados vulnerables en Centros de Estancia Temporal (CETI) y en Centros de Ayuda al Refugiado (CAR); inmigrantes con tarjeta sanitaria sin recursos; personas inmigrantes en situación de calle; los que se encuentran viviendo temporalmente en centros de acogida de emergencia, pisos tutelados y comedores sociales; menores extranjeros no acompañados; y mujeres que trabajan en el servicio doméstico como internas.

Según Graciela Malgesini*, los factores de riesgo para vulnerabilidad en personas inmigrantes son:

- **Ámbito económico:**
 - Sin recursos.
 - Rentas mínimas subsidiarias.
 - Situación laboral precaria.
 - Situación administrativa irregular
- **Ámbito social:**
 - Baja cualificación.
 - Racismo.
 - Discriminación. Desigualdad de género.
 - Víctima de maltrato.
 - Fracaso escolar.
 - Problemas de competencia lingüística.

* Malgesini, G. La Vulnerabilidad social y la familia en España, Cruz Roja Española, 2007

- **Ámbito ambiental y vivienda:**
 - Sin vivienda.
 - Vivienda temporal.
 - Vivienda precaria.
 - Entorno desfavorable.
- **Ámbito familiar:**
 - Problemas en el ámbito familiar (cargas familiares y tener que asumir dichas cargas de forma no compartida).

Grupos de personas en situación de vulnerabilidad "perfiles de riesgo":

MÁS RIESGO



Extranjeros jóvenes sin hogar, ni recursos

Extranjeras jóvenes y cualificadas, sin ingresos

Extranjeras jóvenes, cualificadas, con problemas familiares.

MENOS RIESGO

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a garantizar y asegurar mecanismos, acciones e intervenciones en salud que permitan adaptar la atención sanitaria de Atención Primaria a las necesidades específicas de los grupos de población inmigrante vulnerable presente en la Zona Básica de Salud o ámbito territorial de referencia del Centro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En múltiples documentos revisados sobre la población diana objeto de este programa, se aconseja intervenir en líneas estratégicas con medidas o acciones de tipo general en relación con*:

1. Mejorar el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario y a la atención sanitaria.
2. Facilitar y promover la coordinación intersectorial/ interinstitucional y de los recursos de la comunidad en la atención a los inmigrantes.
3. Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de Atención Primaria sobre Salud, Inmigración y Vulnerabilidad desde un modelo de competencia cultural.
4. Mejorar el conocimiento y orientar la atención a través de la incorporación en la entrevista clínica de preguntas relativas a aspectos contextuales de los pacientes inmigrantes vulnerables.

.

* Plan de Integración 2009-2012 de la Comunidad de Madrid.

5. Conocer los proyectos de investigación que se están realizando en el Distrito o Zona Básica de Salud y desarrollar líneas de investigación en torno a la salud de la población inmigrante más vulnerable.

ACTIVIDADES

- **Objetivo Específico 1:** Mejorar el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario y la atención sanitaria.

Actividad 1.1: Encuentro con las Asociaciones de inmigrantes y ONG que trabajan con esta población y dinamizadores vecinales, facilitando información sobre las características del sistema sanitario, funcionamiento, forma de acceso, requisitos para acceder a las prestaciones, derechos y deberes del usuario, distribuyendo el folleto "Salud Pública y Asistencia Sanitaria. Información para extranjeros".*

Esta actividad se integrará con la descrita en el **Programa de "Promoción de la Salud en colectivos en situación de exclusión social extrema"**, referida a la realización de Talleres de EpS sobre hábitos saludables y formas de acceso a los servicios sanitarios, dirigidos a profesionales de asociaciones y ONG que llevan a cabo un trabajo directo con la población en situación o en riesgo de exclusión social.

Actividad 1.2: Programación y realización de talleres informativos en el Centro de Salud para explicar el funcionamiento del sistema sanitario y del Centro de Salud particularmente, en colaboración con el Centro de Atención Social al Inmigrante (CASI) o Centros de Participación de Inmigrantes (CEPIS) de la zona, Asociaciones y ONG, dirigidos sobre todo a inmigrantes que no comprendan el español.

Actividad 1.3: Implantación de herramientas que faciliten la comunicación con inmigrantes de habla no hispana tipo "Universal doctor speaker software médico multilingüe" (medicina de familia en 9 idiomas), en Centros de Salud que atienden a ese colectivo.

Actividad 1.4: Utilización de recursos locales como mediadores interculturales (dinamizadores de espacios públicos, vecinales) o traductores de servicios sociales, Asociaciones y ONG, en casos en los que la comunicación con el inmigrante sea más difícil.*

- **Objetivo Específico 2:** Facilitar y promover la coordinación intersectorial/interinstitucional y de los recursos de la comunidad en la atención a los inmigrantes.

* http://www.publicaciones-isp.org/detalle_producto.asp?id=361

Actividad 2.1: Participar en las Mesas-Foros de convivencia o Comisiones que actúan a nivel local de la Zona Básica de Salud, si existen, y si no crear una (Comisión de Inmigración o Mesa de Convivencia), en la que estén presentes profesionales del ámbito sanitario, social, educativo, asociativo vecinal, ONG que trabajen con población inmigrante, asociaciones de inmigrantes, asociaciones que trabajen con menores y jóvenes inmigrantes, CASI, CEPI, CETI, CAR, centros de menores tutelados y centros de protección de menores.

Estas actividades se integrarán con las descritas en los **"Programas de Promoción de la Salud en Colectivos en situación de exclusión social extrema y de Promoción de la Salud en Colectivos en situación o en riesgo de exclusión social"**, referidas a la participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en situación o en riesgo de exclusión social o exclusión social extrema, para la coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios, sociales o asociaciones.

Actividad 2.2: Creación de la figura del Responsable de Atención al Inmigrante Vulnerable en los Centros de Salud que atienden a colectivos de inmigrantes vulnerables.

La atención sanitaria y social a la población inmigrante vulnerable se realizará por todos y cada uno de los miembros del Centro de salud, aunque el citado Responsable, además, tendrá las funciones de: coordinación interinstitucional, coordinación entre los miembros del equipo del Centro de Salud, programación de actividades y formación.

Actividad 2.3: Continuar con la colaboración en la coordinación del "Curso de intervención social con población inmigrante en el ámbito de la salud" que se está desarrollando en la Escuela de Profesionales de la Inmigración y Cooperación (EPIC).*

Actividad 2.4: Talleres de Educación para la Salud dirigidos a profesionales de los CEPI, CASI, Asociaciones de inmigrantes y otras Asociaciones que trabajan con población inmigrante vulnerable, sobre "salud, inmigración e interculturalidad".

Otro ámbito de actuación para la realización de actividades de EpS es el educativo. Dada la relevancia que tienen los centros educativos para la promoción de la salud en general, su pertenencia a otra Consejería, la diversidad tipológica y complejidad organizativa que los articula y la necesaria convergencia metodológica que tiene que haber en las intervenciones que se propongan en su seno, resulta prioritario que se elabore previamente un Plan Regional de Promoción de la Salud en Centros Educativos y que éste se sustente y se coordine por una estructura estable, una Comisión Mixta entre las Consejerías de Sanidad y Educación, siguiendo el modelo que existe en la mayoría del resto de CCAA.

* Actividad no evaluable

- **Objetivo Específico 3:** Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de Atención Primaria sobre Salud, Inmigración y Vulnerabilidad desde un modelo de competencia cultural.

Actividad 3.1: Continuar las acciones formativas que se desarrollan actualmente en la Agencia Laín Entralgo sobre Inmigración, Salud y Competencias Culturales dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito de la salud:

- a. "Gestión administrativa en la atención a los inmigrantes" dirigido al personal administrativo.
- b. "Aproximación cultural para la atención sanitaria a las personas inmigrantes".
- c. "Atención a la población inmigrante en salud sexual y reproductiva".
- d. "Interculturalidad y codesarrollo en el ámbito de la salud".
- e. "Mediación social intercultural, una herramienta de trabajo en el ámbito sanitario".

- **Objetivo Específico 4:** Mejorar el conocimiento y orientar la atención a través de la incorporación en la entrevista clínica de preguntas relativas a aspectos contextuales de los pacientes inmigrantes vulnerables.

Actividad 4.1: Creación de un grupo de trabajo que valore la incorporación de preguntas en la historia clínica sobre el contexto de las personas inmigrantes para una comprensión y atención integral (personal, familiar, social, laboral, económico, hábitat-vivienda).

Esta actividad está ligada a la detección del riesgo social en las personas que acuden al Centro de Salud, que se describe en el "**Programa de Promoción de la Salud en Colectivos en situación o en riesgo de exclusión social**". Se refiere a la creación de un grupo de trabajo para desarrollar un cuestionario de detección de riesgo social, que actualice el de la Cartera de Servicios, que aborda aspectos económicos, socio-familiares y de vivienda a los que convendría añadir un apartado sobre limitaciones a nivel personal.

- **Objetivo Específico 5:** Conocer los proyectos de investigación que se están realizando en Atención Primaria en relación con la salud de la población inmigrante más vulnerable y desarrollar nuevas líneas de investigación.

Actividad 5.1: Recopilación de las investigaciones de carácter cuantitativo y cualitativo que se estén realizando en los Centros de Salud y en la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, en relación a la salud de la población inmigrante vulnerable, y valorar la difusión de los estudios realizados.

Actividad 5.2: Análisis de las necesidades de investigación en salud e inmigración a nivel regional y priorización de las que se vayan a realizar anualmente.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN. DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Encuentro con Asoc. de Inmigrantes, ONG, dinamizadores vecinales para información sobre el Sistema Sanitario. Talleres de EPS sobre hábitos saludables y formas de acceso a los servicios sanitarios	Integrantes y/o representantes de asociaciones u organizaciones que atienden a colectivos inmigrantes	Profesionales de Centros de Salud (CS) Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP)	Memoria de la SPSP Registro de actividades de Educación para la Salud (EpS) de Atención Primaria (AP)	N ° Talleres realizados año por Zona Básica de Salud (ZBS) con colectivos en riesgo o en situación de exclusión social	1 Taller año por ZBS con colectivos en riesgo o en situación de exclusión social	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.2 Talleres informativos en el CS sobre el funcionamiento del sistema sanitario, dirigidos a población inmigrante	Población inmigrante vulnerable	Profesionales sanitarios y trabajador social de CS Técnicos de la SPSP Representantes de los foros sociales	Memoria de la SPSP Registro de actividades de EpS de AP	N ° Talleres realizados año en ZBS con colectivos de inmigrantes vulnerables	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.3 Implantación de software médico multilingüe universal doctor	Población inmigrante de habla no hispana	Profesionales de CS Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Memoria SPSP	N° de CS que han implantado Universal.D/ N° total C.S	25% al finalizar 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP GAPC
2.1 Participación en Foros de Integración, Mesas de Convivencia o creación de foros (donde no existan)	Foros locales establecidos de la ZBS que desarrollan su trabajo con población inmigrante vulnerable	Profesionales sanitarios y trabajador social de CS Técnicos de la SPSP Representantes de los foros sociales	Memoria de unidades directivas territoriales de AP. Registro actividades trabajador social de la ZBS	N ° de foros en los que se participa por ZBS con Colectivos inmigrantes vulnerables	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
2.2 Creación de Responsable de atención al inmigrante en CS que atienden a Colectivos inmigrantes vulnerables	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS	Unidades directivas territoriales de AP	Memoria de Unidades directivas territoriales de AP	N° CS que atienden a colectivos inmigrantes vulnerables con Responsable/ Total de CS que atienden a colectivos inmigrantes vulnerables	80% al finalizar 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN. DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.4. Talleres de EpS sobre “salud, inmigración e interculturalidad”	Profesionales de los CEPIS, CASIS, Asociaciones de inmigrantes y otras que trabajan con población inmigrante vulnerable	Profesionales sanitarios y trabajador social de CS Técnicos de la G	Memoria de la SPSP	N ° Talleres realizados año en ZBS con colectivos de inmigrantes vulnerables	-----	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
3.1 Formación sobre Salud, Inmigración y Competencias culturales: - Gestión administrativa en la atención inmigrantes -Aproximación cultural para atención sanitaria a inmigrantes -Atención a población inmigrante en salud sexual y reproductiva -Interculturalidad y codesarrollo en el ámbito de la salud -Mediación social intercultural, ámbito sanitario	Profesionales de los CS y Técnicos de la SPSP	Profesionales de los CS y Técnicos de la SPSP	Registro actividades de formación continuada de la SPSP y AP	N ° Cursos realizados año	-2 Cursos año Gestión administrativa en la atención inmigrantes - 2 Cursos año Aproximación cultural para atención sanitaria a inmigrantes - 2 Cursos año Atención a población inmigrante en salud sexual y reproductiva - 2 Cursos año Interculturalidad y codesarrollo en el ámbito de la salud - 2 Cursos año Mediación Intercultural y Salud social intercultural, ámbito sanitario	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
4.1 Creación grupo de trabajo para valorar inclusión de preguntas en historia clínica sobre el contexto de personas inmigrantes	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la GAPC y de la SPSP	Memoria de la SPSP	Creación grupo de trabajo: SÍ/No	SÍ	Diciembre 2012	GAPC SPSP
5.1 Recopilación de investigaciones en CS y en la SPSP sobre salud e inmigración, y valorar su difusión	Profesionales de los CS y Técnicos de la SPSP	Profesionales de los CS y Técnicos de la SPSP	Memoria de unidades directivas territoriales de AP Memoria de la SPSP	N° de investigaciones identificadas	-----	Diciembre 2012	SPSP
5.2 Análisis de necesidades de investigación a nivel regional y priorización	Población inmigrante	Profesionales de los CS y Técnicos de la SPSP	Memoria de la SPSP	Análisis de necesidades de investigación: SÍ/NO	SÍ	Junio 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Talleres EPS sobre hábitos saludables y formas de acceso a los servicios sanitarios													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2 Talleres informativos en el CS sobre funcionamiento del sistema sanitario, dirigidos a población inmigrante													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3 Implantación de software médico multilingüe universal doctor													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1 Participación en Foros de Integración, Mesas de Convivencia o creación de foros									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2 Creación de Responsable de atención al inmigrante en CS que atienden a Colectivos inmigrantes vulnerables													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.4. Talleres de EpS sobre “salud, inmigración e interculturalidad”													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1. Cursos																																					
- Gestión administrativa en la atención inmigrantes									X												X												X				
-Aproximación cultural para atención sanitaria a inmigrantes			X						X						X						X						X							X			
-Atención a población inmigrante en salud sexual y reproductiva										X												X												X			
-Interculturalidad y codesarrollo en el ámbito de la salud					X												X											X									
-Mediación Intercultural y Salud				X													X											X									
4.1 Creación grupo trabajo valoración inclusión preguntas en historia clínica sobre el contexto de personas inmigrantes													X	X	X	X	X																				
5.1 Recopilación de investigaciones en C.S sobre salud e inmigración y valorar su difusión													X	X	X	X	X	X	X																		
5.2. Análisis de necesidades de investigación a nivel regional y priorización																										X	X	X									

BIBLIOGRAFÍA

1. Malgesini,G. La Vulnerabilidad social y la familia en España, Cruz Roja Española, 2007.
2. Plan de Integración 2009-2012 de la Comunidad de Madrid.
3. Evaluación del Estado Vacunal de la población inmigrante y desfavorecida, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Madrid, 2008.
4. Las decisiones en materia de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y hombres latinoamericanos en la Comunidad de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, marzo 2008.
5. Aerny Perreten N, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2009.doi:10.1016/j.gaceta.2009.10.007
6. Resultados del Informe preliminar del Estudio Salud, Violencia de género e Inmigración, Dirección General de Atención Primaria, Abril 2010.

7.7.3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES FRÁGILES

SITUACIÓN ACTUAL

El presente programa se ubica dentro del programa general de “Prevención y Promoción de la Salud de las Personas Mayores”, que se ha venido desarrollando a lo largo de los últimos años en la Comunidad de Madrid y en el que destacan las siguientes líneas de actuación:

- Conocimiento del estado de opinión de los mayores madrileños sobre su salud y los factores que influyen en ella, a través de un sistema de investigación cualitativa de carácter periódico.
- Mejora de las expectativas de salud de las personas mayores mediante un plan de difusión de educación para la salud adecuado a sus necesidades.
- Mejora de las condiciones de salud de las personas mayores a través de un plan de promoción de la salud dirigido a los tres niveles de cuidados: el especializado, el básico o formal y el de los autocuidados.
- Fomento de la calidad de la atención a la salud de las personas mayores mediante un plan de formación continuado de profesionales de Atención Primaria y cuidadores formales.
- Atención a la prevención del estado de salud de las personas mayores en situaciones de especial vulnerabilidad.

JUSTIFICACIÓN

En la Comunidad de Madrid se reproduce la tendencia general al sobreenviejecimiento de la población y la presencia de personas de más de setenta y cinco años es cada vez más evidente. En el perfil de este grupo puede ser frecuente que se manifieste alguna o varias de estas situaciones: a) Presentación atípica de la enfermedad, b) Pluripatología, c) Polifarmacia, d) Deterioro funcional y cognitivo y e) Problemas sociales; todas ellas portadoras de la vulnerabilidad y generadoras de la fragilidad que en el presente programa se quiere prevenir, abordar o paliar.

La población a la que se dirigen las intervenciones diseñadas en este programa son aquellas personas de 75 o más años incluidas en el Servicio de Prevención y Detección de Problemas en Personas Mayores, que reciban atención en relación con al menos uno de los siguientes criterios:

- Patología crónica invalidante (accidente cerebrovascular con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos seis meses, enfermedad de Parkinson,

EPOC, enfermedad osteoarticular, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia severa, demencia, depresión, enfermedad terminal).

- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos seis meses.
- Hospitalización en el último año.
- Indicadores de riesgo social: Persona que vive sola o en familia con capacidad limitada de apoyo, con relación familiar conflictiva, familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo, condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes, vivienda inadecuada a las necesidades del enfermo, falta de recursos económicos (Anexo I).

La persona en cuestión quedará identificada como Anciano Frágil.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mantener o mejorar el estado de salud de las personas mayores frágiles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Prevenir la tendencia a la discapacidad en el grupo de las personas mayores frágiles.
2. Evitar o retrasar en lo posible la situación de dependencia de las personas mayores frágiles.

ACTIVIDADES

Estarán orientadas hacia las tres áreas que suscitan una atención preferente en las personas mayores frágiles: la funcional, la emocional y la mental/ cognitiva.

1. Área funcional

1.1. Evaluación funcional:

Se llevará a cabo la medición de forma estructurada de la capacidad funcional de las personas que cumplan el criterio de intervención de Anciano Frágil:

- Para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Evaluación mediante el índice de Barthel (Anexo II).
- Para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Evaluación mediante escala de Lawton-Brody (Anexo III).

1.2. Prevención/Estilos de vida saludable

1.2.1 Actividad Física: Instrucción para la realización ejercicio adecuado. La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y la American Heart Association (AHA) otorgan a esta medida una recomendación basada en la evidencia científica grado A, justificando mantener la recomendación de que la condición sea considerada para su inclusión en un examen periódico de salud.

Nivel individual: Consejo de salud adaptado a situación.

Nivel grupal: Taller de ejercicios adaptados (según documento del Servicio Madrileño de Salud, DGAP, "Guía para personas mayores activas. Hacemos ejercicio a cualquier edad".

Nivel comunitario: Derivación a programas de promoción de la actividad física del ámbito municipal.

1.2.2 Dieta saludable: Llevar a cabo cribado de desnutrición (Peso y talla anual). Lo recomendado (USPSTF) es la ingesta de 2.100 kcal/día en varones y 1700 Kcal/día en mujeres, que sea variada y compatible con los hábitos culturales del individuo.

Nivel individual: Consejo sobre dieta saludable, según documento "La dieta equilibrada, prudente o saludable" Dirección General de Salud Pública, C. de Sanidad. Madrid 2006. Propuesta: dieta variada, equilibrada y adecuada a la edad.

Nivel grupal: Sesiones de EPS nutricional, según "Guía de orientación para personas mayores" del Servicio Madrileño de Salud, DGAP, INUTCAM y Fundación Española de la Nutrición (FEN).

1.2.3 Accidentes: Prevención de factores de riesgo. La USPSTF, con un nivel de evidencia C, recomienda la realización de controles periódicos de visión y audición una vez al año, en la consulta de Atención Primaria, a los mayores de 65 años.

Nivel individual: Identificar situación, consejo e intervención sobre factores de riesgo detectados.

Nivel grupal: Taller de EpS en prevención de accidentes, según la "Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores" del Servicio Madrileño de Salud, DGAP.

Esta actividad estará ligada a la contemplada en el "**Programa de Prevención de Accidentes en las Personas Mayores**", referida a la realización de talleres sobre

prevención de accidentes dirigidos a personas vulnerables mayores de 65 años (y/o persona cuidadora), en tratamiento con medicamentos de riesgo, o con problemas de movimiento o sensoriales.

Acción complementaria:

Nivel Individual: Prevención déficit auditivo y visual. Consejo orientado a factores de riesgo detectados.

Nivel grupal: Taller sobre prevención de efectos del déficit visual y déficit auditivo, según documentos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y OMS "Cuidar la vista y el oído" integrados en Saber envejecer. Prevenir la dependencia". Madrid 2007.

1.2.4 Riesgos ambientales: Prevención frente a los efectos del calor.

La Comunidad de Madrid recuerda que durante el verano deben adoptarse medidas de ancianos y enfermos crónicos. Para ello, mantiene informada a la población sobre las temperaturas extremas a través del Plan de prevención frente a los efectos del calor, que recoge dos niveles de alerta en caso de altas temperaturas. Esta información se dirige a cubrir los siguientes aspectos: protección general, hidratación, alimentación/alimentos y protección ante el aumento de la radiación solar.

Nivel individual: Consejo de salud, según el documento "Recomendaciones para prevenir los efectos del calor sobre la salud", del Servicio Madrileño de Salud, DGAP.

Nivel Grupal: Taller de EpS en prevención de efectos del calor para cuidadores.

2. Área emocional

2.1. Evaluación del estado emocional

El test más utilizado es la Geriatric Depression Scale, escala creada por Yesavage y diseñada especialmente para detectar la depresión en el paciente anciano. Existen dos versiones: una de 30 ítems y otra reducida de 5 (Test de Yesavage 5, Anexo V). Es fiable y válida en pacientes sin deterioro cognitivo.

En el caso de la ansiedad, no se ha instaurado el uso de escalas de valoración. Lo más útil es la entrevista directa y el interrogatorio, preguntando sobre las alteraciones del sueño, el hábito alimenticio, la existencia de fobias, de pensamientos obsesivos, de sentimientos y otros.

2.2. Prevención/Aislamiento/Depresión/Estilos de vida

Nivel comunitario: Derivación a actividades lúdicas/recreativas municipales en marcha*.

3. Área mental/cognitiva

3.1. Evaluación Mental/deterioro cognitivo

El objetivo de la valoración mental es detectar, diagnosticar y cuantificar los trastornos del área cognoscitiva que puedan interferir en las tareas del autocuidado y en la propia independencia del anciano. Para la evaluación se aplicará el test Minimental State Examination (Folstein).

3.2. Prevención del deterioro cognitivo

Nivel individual: No existen test de cribado aceptados universalmente. Se recomienda la detección "oportunist" y valoración de todos los casos detectados.

Nivel Grupal: Taller de EpS en prevención del deterioro cognitivo, según documento del Servicio Madrileño de Salud: "La Memoria: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo".

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Evaluación funcional	Personas mayores frágiles	Profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS)	Historia Clínica de Atención Primaria OMI- AP/AP Madrid	Nº personas mayores frágiles a las que se ha realizado evaluación funcional , por CS/ Total población personas mayores frágiles adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)
1.2.1. Actividad física	Personas mayores frágiles	Profesionales de enfermería de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI- AP/AP Madrid	Nº personas mayores frágiles que han recibido consejo sobre actividad física, por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
- Individual: Consejo de salud			Registro específico actividades de Educación para la Salud (EpS) en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	60 % a finales de 2013		
- Grupal: Taller de ejercicios adaptados							
1.2.2. Dieta saludable	Personas mayores frágiles	Profesionales de enfermería de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI- AP/AP Madrid	Nº personas mayores frágiles que ha recibido consejo sobre alimentación ,por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
- Individual: Consejo sobre dieta saludable			Registro específico actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	60 % a finales de 2013		
- Grupal: “Taller de Alimentación							

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.2.3. Prevención de accidentes - Individual: Consejo prevención accidentes-	Personas mayores frágiles	Profesionales de enfermería de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	N ° personas mayores frágiles que han recibido consejos sobre prevención accidentes, por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
- Grupal: Taller de EpS en prevención de accidentes			Registro específico actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	60 % a finales de 2013		
1.2.4 Riesgos ambientales: Prevención frente a los efectos del calor - Individual: Consejo prevenir los efectos del calor sobre la salud	Personas mayores frágiles	Profesionales sanitarios de los CS	Historia Clínica de OMI-AP/AP Madrid	N ° personas mayores frágiles que han recibido consejo sobre prevención efectos calor, por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	50% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
- Grupal: Taller de EpS en prevención de efectos del calor para cuidadores			Registro específico actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	40 % a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2. 1.Evaluación emocional	Personas mayores frágiles	Profesionales de enfermería de los CS	Historia Clínica de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº personas mayores frágiles a las que se ha realizado evaluación del estado emocional, por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	25% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
3.1. Evaluación mental y cognitiva	Personas mayores frágiles	Profesionales sanitarios de los CS	Historia Clínica de OMI-AP/AP Madrid	Nº personas mayores frágiles a las que se ha realizado evaluación del estado mental, por CS / Total población de personas mayores frágiles adscrita al CS	25% a finales de 2013	Diciembre 2011, 2012 y 2013	GAPC SPSP
3.2 Prevención deterioro cognitivo	Personas mayores frágiles	Profesionales sanitarios de los CS	Registro específico actividades de EpS en AP	Nº CS que han realizado 1 taller al año/ Total CS	40 % a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	GAPC

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Evaluación funcional		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2.1. Actividad física																																					
- Individual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
- Grupal				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.2.2. Dieta saludable																																					
- Individual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
- Grupal				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.2.3. Prevención de accidentes																																					
- Individual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
- Grupal				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.2.4. Riesgos ambientales																																					
- Individual			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
- Grupal													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2.1. Evaluación emocional		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1. Evaluación mental y cognitiva		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.2. Prevención deterioro cognitivo																																					
- Individual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
- Grupal													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

ANEXO I

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

1. **Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo:** persona que no convive con nadie, o que convive con personas con algún tipo de discapacidad (por motivos de edad, enfermedad o de disminución).
2. **Persona con relación familiar conflictiva:** hace referencia a cualquier tipo de conflicto familiar (desavenencias, rotura de relación, etc.).
3. **Familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo:** las dificultades hacen referencia a motivos laborales, cargas familiares, agotamiento y otras limitaciones personales.
4. **Condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes.**
5. **La vivienda es inadecuada a las necesidades del enfermo:** hace referencia a la existencia de barreras arquitectónicas, falta de espacio, humedades, falta de servicios básicos (agua, luz, etc.).
6. **Se aprecia falta de recursos económicos:** la apreciación hace referencia a la manifestación expresa del enfermo y familia y también a la impresión de los profesionales (observación).

ANEXO II**ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA. INDICE DE BARTHEL**

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Comer	▪ Totalmente independiente.....	10
	▪ Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	▪ Dependiente.....	0
Lavarse	▪ Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	▪ Dependiente.....	0
Vestirse	▪ Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	▪ Necesita ayuda	5
	▪ Dependiente	0
Arreglarse	▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	▪ Dependiente.....	0
Deposiciones*	▪ Continente	10
	▪ Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	▪ Incontinente.....	0
Micción *	▪ Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	▪ Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h., necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	▪ Incontinente.....	0
Usar el retrete	▪ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.....	10
	▪ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo ..	5
	▪ Dependiente.....	0
Trasladarse	▪ Independiente para ir del sillón a la cama	15
	▪ Mínima ayuda física o supervisión	10
	▪ Gran ayuda pero capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	▪ Dependiente.....	0
Deambular	▪ Independiente, camina solo 50 metros.....	15
	▪ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 mts.....	10
	▪ Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	▪ Dependiente.....	0
Escalones	▪ Independiente para subir y bajar escaleras	10
	▪ Necesita ayuda física o supervisión	5
	▪ Dependiente.....	0
	TOTAL :	

* Micción y deposición: valorar la semana previa.

Realizar con el cuidador del paciente. Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas).

Resultado:

< 20 dependiente total; 20 - 35 dependiente grave

40 - 55 dependiente moderado; ≤60 dependiente leve; 100 = independiente

ANEXO III**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA. LAWTON Y BRODY**

ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Capacidad para usar el teléfono :	
.Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
.Es capaz de marcar bien algunos números familiares.....	1
.Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
.No utiliza el teléfono	0
Hacer compras :	
.Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
.Realiza independientemente pequeñas compras.....	0
.Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
.Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida :	
.Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.....	1
.Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.....	0
.Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
.Necesita que le preparen y sirvan las comidas.....	0
Cuidado de la casa :	
.Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
.Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
.Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
.Necesita ayuda en todas las labores de la casa.....	1
.No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa :	
.Lava por si solo toda su ropa	1
.Lava por si solo pequeñas prendas	1
.Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte :	
.Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
.Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.....	1
.Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
.Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
.No viaja en absoluto.....	0
Responsabilidad respecto a su medicación :	
.Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.....	1
.Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.....	0
.No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos :	
.Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
.Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
.Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969; 9:179-186.

Máxima dependencia: 0 puntos; 8 puntos: Independencia total.

Punto de corte 7/8 para mujeres y 4/5 para hombres.

ANEXO V
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA. TEST DE YESAVAGE
VERSIÓN ULTRACORTA

1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
3- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	NO
4- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
5- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	NO

Puntuación total – V5

Versión de 5: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4 y 5, y la negativa en el ítem 1.

Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Edición actualizada. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, 2009.
2. El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud, Instituto de Salud Pública, Madrid, 2006.
3. Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2009. A. Luque Santiago, M. del Canto de Hoyos Alonso, A. Gorroñoigoitia Iturbe, I. Martín Lesende, J. D. López-Torres Hidalgo y J. M. Baena Díez. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. Madrid, 2009.
4. Recomendaciones PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2003.
5. Actividad física y ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid. Madrid, 2007.
6. Guía para personas mayores activas. Hacemos ejercicio a cualquier edad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid, 2007.
7. La dieta equilibrada, prudente o saludable, *Colección Nutrición y Salud*. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Madrid 2006.
8. La Memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Madrid 2004.
9. Las personas mayores en España: Informe 2006.
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm_2008/index.htm
10. 1.ª Conferencia de Prevención de Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
11. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), Atención Primaria. 2007; 39 (Supl 3): 5-14.

7.7.4. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL EXTREMA

SITUACIÓN ACTUAL

Las intervenciones más directas que actualmente se realizan en población en exclusión social severa desde el Servicio Madrileño de la Salud se realizan a través de dispositivos móviles:

- El Equipo de Intervención con Población Excluida, que realiza actividades de asistencia sanitaria en los asentamientos marginales de la zona de Vallecas.
- Siete unidades móviles de Tratamiento Directamente Observado y Tratamiento Supervisado para personas infectadas con VIH y TB, a través de un convenio de colaboración entre la Dirección General de Atención Primaria y Cruz Roja.
- El Equipo Sanitario de Atención Psiquiátrica de Calle, dependiente de Atención Especializada, dirigido a personas sin hogar que padecen una enfermedad mental grave y crónica con/ sin consumo de tóxicos asociados (patología dual), mayores de 18 años, con criterio de cronicidad y gravedad, en el municipio de Madrid.

También se ofrecen actuaciones específicas de atención social y apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental en situación de marginación sin hogar, con el objetivo de ofrecer servicios básicos de alojamiento, manutención, cuidado y programas de atención psicosocial y social que permita el desarrollo de itinerarios de reinserción social.

Se dispone además del Documento para la Atención Sanitaria a Personas con Necesidades de Atención Médica Continuada Sin Derecho a Tarjeta Sanitaria y en Exclusión Social, cuyo objetivo es garantizar que las personas con necesidades de atención medica continuada, sin posibilidad de acceso a TSI, que viven en la Comunidad de Madrid y que están en situación de exclusión social, obtengan el tratamiento y seguimiento sanitario que precisen.

Se realizan además estudios y actividades formativas relacionados con colectivos vulnerables en aspectos relacionados con la salud mental y de atención a enfermos mentales sin hogar, mediación social intercultural, discriminación positiva de las personas sin hogar en los recursos sanitarios, prevención del VIH/Sida, promoción de la salud, salud sexual y reproductiva, que apoyan la mejora de las prácticas de atención a estos colectivos.

Existe una Comisión Técnica Sanitaria que sirve de marco para el intercambio de experiencias de las diferentes unidades de la Consejería de Sanidad, fomentando el logro de una mejor cobertura de las necesidades sanitarias de la población en situación de exclusión social.

Por otro lado, las Organizaciones no gubernamentales tienen un rol muy importante en la atención de los colectivos en situación de exclusión social extrema.

JUSTIFICACIÓN

La definición de salud como “el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo como ausencia de enfermedad”, hace que existan múltiples variantes que intervienen en la relación salud/enfermedad, entre ellas el medio ambiente entendido como el entorno físico, psico-social y socio cultural que rodea a los individuos, que junto a los estilos de vida tendrá gran influencia sobre la salud de las personas.

La OMS en su informe “Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI”, señala que “....el hogar es el entorno físico en el que las personas pasan la mayor parte del tiempo. Dentro del marco de la planificación urbana y rural, el lugar de residencia debe estar diseñado y construido de forma que se fomente el mantenimiento de la salud y la protección del medio ambiente...”.

Diversas investigaciones que relacionan la infravivienda y salud, explican que el riesgo más alto de enfermedad está relacionado con las condiciones hidrotermales (frío, humedad y moho), seguido de la exposición en la vivienda a radón, ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, inseguridad y efectos del plomo. Otros estudios descubren un aumento de la prevalencia de enfermedades respiratorias y alérgicas, nerviosismo, diarrea y dolores de cabeza en condiciones de humedad en las viviendas, encontrándose estas asociaciones especialmente claras en niños. Otros autores relacionan la humedad y el moho con un incremento de la ansiedad y depresión.

En la Comunidad de Madrid viven personas que soportan estas condiciones de entorno y vivienda y por lo tanto acumulan riesgos específicos. En nuestra región, estas condiciones extremas se producen en la población ubicada en:

- **Asentamientos marginales:** Se definen los asentamientos marginales como un conjunto de chabolas agrupadas (chabola: vivienda de escasas proporciones y pobre construcción, que suele edificarse en zonas suburbanas).
- **Población en infraviviendas:** La infravivienda es aquella que carece de las condiciones mínimas para ser habitada: escasa superficie útil, índice alto de personas/habitación, existencia de humedades, ruidos, vectores, estructura del edificio envejecida, deficiencias en el saneamiento o en el suministro de agua corriente.
- **Población sin techo:** Población generalmente transeúnte y que vive en la calle.

Las personas que viven en estas condiciones de marginalidad en la Comunidad de Madrid constituyen un colectivo particularmente vulnerable frente a la enfermedad y con dificultades para acceder a los servicios públicos de salud, por lo que es necesario que desde los servicios

sanitarios en general y desde los Centros de Salud en particular, se planteen actuaciones que puedan ser puestas en marcha, contribuyendo al acercamiento de esta población a situaciones de normalidad social.

Las actividades sanitarias y las actuaciones de acercamiento al sistema sanitario deberán ser siempre equitativas y priorizar a los sectores de población más sensible a la situación de exclusión: Niños, especialmente recién nacidos, y mujeres embarazadas, sobre todo en edades tempranas.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la disminución de las desigualdades sociales en salud, mediante el trabajo socio sanitario con personas en situación de exclusión social extrema, que les permita el acceso al sistema sanitario público en igualdad de condiciones que la población normalizada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Una vez realizado el mapa de riesgos de la zona básica, distrito u otro marco territorial que se establezca, si se identifican asentamientos marginales, infraviviendas o personas sin hogar, se plantearán los siguientes objetivos específicos:

1. Fomentar la coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial entre profesionales que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social.
2. Mejorar la formación de los profesionales de los centros de salud para facilitar el acceso de la población en situación de exclusión social extrema a los servicios sanitarios.
3. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre conocimientos y habilidades en el trabajo con población en situación de exclusión social.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Fomentar la coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial entre profesionales que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social.

Actividad 1.1.-Participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social, para la coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios, sociales o asociaciones, lo que marcará las posibilidades de acercamiento y por lo tanto de éxito en el planteamiento de actuaciones.

Actividad 1.2.- Creación de grupos de trabajo específicos que faciliten la información, el consenso, la protocolización o la organización de circuitos de atención, según las necesidades que se puedan detectar y dónde estén representados:

- Servicios sociales
- Servicios educativos
- Servicios sanitarios de atención primaria, de salud pública y municipales
- Asociaciones vecinales
- ONG
- Otros servicios sanitarios como salud mental o especializada.
- Otros, según situación y necesidades detectadas

Actividad 1.3.- Realización de Taller de EpS sobre hábitos saludables y formas de acceso a los servicios sanitarios, dirigidos a profesionales de asociaciones y ONG que llevan a cabo un trabajo directo con la población en exclusión social.

1. Objetivo específico 2: Mejorar la formación de los profesionales de los centros de salud para facilitar el acceso de la población en situación de exclusión social extrema a los servicios sanitarios.

Actividad 2.1.- "Curso sobre atención sanitaria a población en situación de vulnerabilidad y exclusión".

- **Objetivo específico 3:** Mejorar la formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre conocimientos y habilidades en el trabajo con población en situación de exclusión social.

Actividad 3.1.- Formación específica sobre problemas y riesgos para la salud de la población en exclusión social.

Actividad 3.2.- "Taller de corrección del calendario de vacunación infantil y de adultos", dirigido a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1. Participación en foros locales que trabajan con colectivos en exclusión social	Foros locales establecidos de la Zona Básica de Salud (ZBS) que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social	Profesionales sanitarios y trabajador social de los Centros de Salud. (CS). Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP). Representantes de los foros locales.	Memoria de unidades directivas territoriales de AP. Registro actividades trabajador social del la ZBS.	N ° de foros locales en los que se participa por ZBS o Distrito con asentamientos marginales, infraviviendas urbanas y/o rurales y sin techo (con colectivos en exclusión social)	1 por ZBS con colectivos en exclusión social	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
1.2. Creación de grupos de trabajo específicos que faciliten la información, el consenso, la protocolización o la organización de circuitos de atención	Colectivos en exclusión social	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales.	Memoria de unidades directivas territoriales de AP	Grupos de trabajo específicos creados en ZBS con colectivos en exclusión social: SÍ/ NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.3. Taller de EpS sobre hábitos saludables y formas de acceso a los servicios sanitarios	Foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales.	Registro específico de actividades de EpS en AP	N ° Talleres realizados año por ZBS con colectivos en exclusión social	1 Taller año por ZBS con colectivos en exclusión social	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.1 Curso sobre atención sanitaria a la población en situación de vulnerabilidad y exclusión	Profesionales sanitarios de los CS Profesionales sociosanitarios	Profesionales de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro específico de actividades de formación continuada en AP y de la SPSP	Nº Cursos gestión administrativa realizados año	1 Curso año	Diciembre 2011, 2012, y 2013	SPSP
3.1 Formación específica sobre problemas y riesgos para la salud población en exclusión social	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro específico de actividades de formación continuada en AP y de la SPSP	Nº Actividades formativas específicas realizadas en ZBS con colectivos en exclusión social	-----	Diciembre 2012, y 2013	SPSP
3.2 Taller corrección calendario vacunación infantil y adultos	Profesionales sanitarios de los CS	Profesionales sanitarios de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro específico de actividades de formación continuada en AP y de la SPSP	Nº Talleres corrección calendario realizados	2 Talleres año	Diciembre 2011, 2012, y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Participación en foros locales de exclusión social		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2 Creación grupos de trabajo específicos													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.3 Taller hábitos saludables y sobre formas de acceso a los servicios sanitarios													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2.1 Curso sobre atención sanitaria a la población en situación de vulnerabilidad y exclusión			X											X												X											
3.1 Formación específica sobre problemas y riesgos para la salud población en exclusión social													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.3 Taller corrección calendario vacunación infantil y adultos					X				X						X						X						X						X				

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio sobre condiciones de vivienda y salud. Barrio Viejo: Área de planeamiento incorporado (PERI 14.4: API 13.09 Martínez de la Riva. Documento interno, elaborado por el Grupo Técnico de Plan Vallecas. Servicio de Salud Pública del Área 1 y Servicio de Sanidad Ambiental. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (En colaboración con AAVV Barrio Viejo, Gerencia de Atención Primaria Área 1 y Centro de salud Martínez de la Riva). Junio 2003.
http://www.madrid.org/sanidad_planvallecas/doctecnicos/otroestudios/pdf/barrio_viejo.pdf
2. Situación de los asentamientos marginales del Área sanitaria 1. Documento interno, elaborado por un Grupo de trabajo con participación de Salud Pública Área 1, Gerencia de Atención Primaria Área 1 y Centros de salud, Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid, Instituto de Realojo e Inserción Social, Servicio de Sanidad del Ayuntamiento de Rivas, Asociaciones y ONG. 2006.
3. Water AM. Do housing conditions impact on health inequalities between Australian`s rich and poor? Australian Housing and urban Research Institute; Sydney, 2001.
4. Peat JK, Dickerson J, Effects of damp and mould in the home on respiratory health: a review of the literature; Allergy, vol. 53. 1998.
5. Wilkinson D, Poor housing and ill health a summary of research evidence. Housing Research Branch: The Scottish Office; 1999.

7.7.5 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN O EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

SITUACIÓN ACTUAL

Al tratarse de colectivos en situación o en riesgo de exclusión social, en la mayoría de los casos no hay programas específicamente dirigidos a ellos, pero sí a los diferentes problemas de salud que pueden presentar: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, enfermedades cardiometabólicas, accidentes y violencia, cáncer, salud materno-infantil, entre otros. A nivel regional, se insertan además actuaciones sanitarias relacionadas con estos colectivos en los planes de discapacidad y de exclusión social.

JUSTIFICACIÓN

Los colectivos en situación o en riesgo de exclusión social son variados y tienen en común la dificultad de obtener información sobre ellos; se identifican habitualmente los siguientes, si bien este listado no resulta exhaustivo:

COLECTIVOS	Estimación de la población en la Comunidad de Madrid
Colectivos de etnia gitana en situación vulnerable que no viven en asentamientos marginales (realojados, por ejemplo)	Estimación de la población gitana total: 60.000 personas (2002. Ministerio Sanidad y Política Social)
Personas que ejercen la prostitución	En 2009 Médicos del Mundo atendió a 1719 personas ejerciendo la prostitución en la calle (sector más precario)
Infancia vulnerable	Sin información numérica
Cuidadores/as con sobrecarga	Sin información numérica
Discapacitados	Menores de 65 años: 149.996 personas, según la Encuesta de Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, del INE (EDAD)
Drogodependientes	22.184 personas están siguiendo algún tipo de tratamiento (Agencia Antidroga, 2009)
Enfermos mentales crónicos discapacitados	EDAD 2008: 28.550 personas sufren algún tipo de deficiencia mental
Ex – presos	Indicador indirecto: 10.515 personas reclusas en 2009, 9108 hombres y 1407 mujeres (Instituto de Estadísticas, C. de Madrid)
Personas en situación de desempleo de larga duración (más de un año en el paro)	164.859, 51,5% hombres y 48,5% mujeres (Boletín Población Activa, 4º trimestre. 2009, Comunidad de Madrid)
Personas en situación de pobreza relativa y absoluta	El 14,5% de la población vive debajo del umbral de pobreza (Encuesta de Condiciones de Vida 2008)
Hogares monoparentales vulnerables	Sin información numérica

En la Encuesta Regional de Salud de Madrid de 2007 se identifican algunos determinantes de salud donde las personas que desarrollan trabajos manuales presentan clara desventaja en comparación con los trabajadores no manuales; son, en particular, los relacionados con la precariedad laboral, la superficie de la vivienda, los hábitos de prevención menos frecuentes, la menor frecuentación de la consulta del dentista, la presencia de obesidad más frecuente en mujeres, que además consumen menos fruta y verdura, y el mayor consumo de tabaco en hombres.

A continuación se describen los trastornos sociosanitarios más frecuentemente citados de estos grupos:

- Los determinantes de salud de la población gitana, según los estudios realizados, corresponden al perfil correspondiente a la clase social baja encontrado en la Encuesta Regional de Salud, y destacan además la frecuencia de los problemas de salud bucodental.
- Los informes acerca de personas que ejercen la prostitución, inmigrantes en el 80% de los casos, enfatizan dos tipos de problemas de salud: los relativos a las ITS* (y las altas prevalencias de estrés postraumático, ansiedad y depresión).
- La infancia supone un periodo de desarrollo de alta vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales y de respuesta positiva a los factores protectores. Según estudios publicados por la Oficina para Europa de la OMS, preocupa el aumento de la incidencia de enfermedades como el asma que se asocian con la contaminación ambiental y el incremento notable de la obesidad; además se detectan problemas como el maltrato infantil, la prevalencia de trastornos mentales, y el crecimiento de las discapacidades en la población infantil y juvenil como resultado de la mayor supervivencia asociada a la mejor asistencia sanitaria o a las intervenciones de los servicios de cuidados intensivos neonatales.
- Los cuidadores de personas dependientes con sobrecarga**también constituyen un colectivo vulnerable donde hay que vigilar y prevenir la aparición de trastornos mentales por el estrés debido a su condición.***

* Consultar **Programa de Prevención de Enfermedades Transmisibles**

** La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología distingue dos tipos de carga, una subjetiva y otra objetiva donde la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores

***Consultar **Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles** (enfermedades mentales, osteomioarticulares, asma y EPOC)

- El colectivo de personas con discapacidad es particularmente importante, pero muy variado; es un grupo de personas especialmente vulnerables a la exclusión social, en particular por problemas de tipo económico, por sus dificultades de acceso a los recursos públicos de salud y, en algunos casos, por su tendencia al consumo abusivo de sustancias tóxicas.
- En población drogodependiente se identifican con alguna frecuencia trastornos de salud relacionados con su vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/Sida...) y los problemas de salud bucodental.
- La vulnerabilidad de los enfermos mentales crónicos fomenta su exclusión social y es frecuente su presencia en otros grupos de población en esta situación, como la población reclusa y sin hogar.
- En el Informe FOESSA realizado a nivel estatal, se subrayan algunas características de la población reclusa: algo más de un tercio son extranjeros, existe una alta prevalencia de consumo de drogas (en torno al 40%), la presencia de enfermos mentales es elevada, así como la de discapacitados físicos y psíquicos. Se estima que cerca del 75% de las personas están afectadas de exclusión social y que el entorno penitenciario refuerza los itinerarios de exclusión.
- Las tasas de pobreza son 3,4 veces superiores en las personas que han pasado 9 a 12 meses en situación de desempleo durante el último año que en las que han pasado menos de 4 meses. Su estado de salud se asemeja, por lo tanto, al descrito en relación con la población que vive por debajo del umbral de pobreza; además es conocida la relación entre precariedad laboral y aparición de patología mental.
- La línea entre mala salud y pobreza se puede interpretar de dos maneras: una mala salud puede conducir a la exclusión del mercado de trabajo y a la pobreza; y la pobreza puede engendrar una mala salud, debido a condiciones de vida y de alojamiento precarios o a dificultades de acceso a la atención sanitaria. La auto-evaluación del estado de salud pone de relieve un porcentaje más elevado de mala salud percibida en este colectivo (Encuesta de condiciones de vida 2008, INE).
- En los hogares monoparentales vulnerables se observan tasas elevadas de pobreza y este entorno tiene unas consecuencias particularmente negativas en el desarrollo de los menores.

Las intervenciones que se proponen en este programa tratan de favorecer el establecimiento de mecanismos que permitan adaptar la atención a las necesidades en salud específicas de estos colectivos, cuando estén presentes en el marco territorial de referencia del Centro de Salud: Detectar el riesgo social en las personas que acuden al Centro de Salud y organizar actividades

de promoción de la salud y prevención conjuntamente con otros actores, participando en los foros sociosanitarios, incluyendo el fomento del acceso de estas personas a las prestaciones habituales del sistema público de salud.

OBJETIVO GENERAL

Introducir una atención sistemática a colectivos en situación o en riesgo de exclusión social en la práctica habitual de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Detectar el riesgo social en las personas que acuden al Centro de Salud.
2. Fomentar la coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial entre profesionales que desarrollan su trabajo con colectivos en riesgo o en situación de exclusión social*.
3. Contribuir a la atención bucodental de las personas en situación o riesgo de exclusión social, derivándolas a recursos específicos.

ACTIVIDADES

- **Objetivo específico 1:** Detectar el riesgo social en las personas que acuden al Centro de Salud.

Actividad 1.1: Creación de un grupo de trabajo para desarrollar un “Cuestionario de detección de riesgo social” en personas que acuden al Centro de Salud, que actualice el de la Cartera de Servicios, que aborda aspectos económicos, socio-familiares, de vivienda a los que convendría añadir un apartado sobre limitaciones a nivel personal.

Actividad 1.2: Formación de los profesionales de enfermería en la utilización y registro del cuestionario de detección de riesgo a través de sesiones formativas.

Actividad 1.3: Detección de riesgo social en las personas que acuden al Centro de Salud en las que se sospecha su posible pertenencia a estos colectivos (tarjeta sanitaria “sin recursos”, vivienda en barrio donde se han identificado riesgos...) mediante la cumplimentación del cuestionario de detección de riesgo social.

Actividad 1.4: Evaluación del cuestionario de detección de riesgo social a los 6 meses de su implantación.

* Este objetivo también se contempla en el **Programa de Promoción de la Salud en Colectivos en situación de exclusión social extrema**

- **Objetivo específico 2:** Fomentar la coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial entre profesionales que desarrollan su trabajo con colectivos en riesgo o en situación de exclusión social.

Actividad 2.1: Participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social, para la coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios, sociales o asociaciones, lo que marcará las posibilidades de acercamiento y por lo tanto de éxito en el planteamiento de actuaciones.

- **Objetivo específico 3:** Contribuir a la atención bucodental de las personas en situación o en riesgo de exclusión social, derivándolas a recursos específicos.

Actividad 3.1: Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de una Guía de recursos en salud bucodental dirigidos a colectivos en situación o en riesgo de exclusión social.

Actividad 3.2: Difusión y distribución de la "Guía de recursos en salud bucodental dirigidos a colectivos en situación o en riesgo de exclusión social" a través de la página web de la Consejería de Sanidad.

Actividad 3.3: Derivación de las personas en situación o en riesgo de exclusión social que presentan problemas de salud bucodental a recursos asistenciales específicos.*

* Actividad no evaluable

Descripción de la población diana, profesionales implicados, sistema de registro de actividades y evaluación de proceso

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
1.1 Elaboración de cuestionario detección de riesgo social	Profesionales sanitarios y trabajador social de los Centros de Salud (CS)	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Técnicos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (SPSP) y de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPC)	Memoria de la SPSP. Cartera de Servicios AP	Creación de grupo de trabajo para elaborar cuestionario: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	GAPC SPSP
				Cuestionario elaborado: SÍ/NO	SÍ		
1.2 Sesiones formativas sobre utilización cuestionario detección riesgo social	Profesionales de enfermería de los CS	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Técnicos de la SPSP	Registro de las actividades de formación continuada en AP y de la SPSP	% de Zonas Básicas de Salud (ZBS) que han realizado 1 sesión/año	80% a finales de 2012	Junio y diciembre 2012 Diciembre 2013	SPSP
1.3 Detección de riesgo social en el CS	Personas pertenecientes a colectivos vulnerables	Profesionales médicos, enfermería y trabajo social de los CS	Historias Clínicas de Atención Primaria OMI-AP/AP Madrid	Nº de ZBS con colectivos en exclusión social que han cumplimentado el cuestionario / Total ZBS con colectivos en exclusión social	80% a finales de 2013	Diciembre 2012 y 2013	SPSP
1.4 Evaluación del cuestionario de detección de riesgo social	Personas pertenecientes a colectivos vulnerables	Técnicos de la SPSP y de la GAPC. Profesionales sanitarios de los CS	Informe de evaluación	Evaluación realizada: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012	GAPC SPSP

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA	PROF. IMPLICADOS	SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES	INDICADOR	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
2.1. Participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social	Foros locales establecidos de las ZBS que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales	Memoria de unidades directivas territoriales de AP. Registro actividades trabajador social del la ZBS	N° de foros locales en los que se participa por ZBS o Distrito con colectivos en exclusión social/Total ZBS con Colectivos en exclusión social	1 por ZBS con colectivos en exclusión social	Diciembre 2011, 2012 y 2013	SPSP
3.1 Elaboración de una guía de recursos en salud bucodental	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Profesionales de las Unidades de Salud Bucodental de AP. Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Profesionales de las Unidades de Salud Bucodental de AP. Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales	Memoria de la SPSP	Creación de grupo de trabajo para elaborar Guía: SÍ/NO	SÍ	Junio 2012	SPSP
				Guía elaborada: SÍ/NO	SÍ		
3.2. Difusión y de la “Guía de recursos en salud bucodental”	Profesionales sanitarios y trabajador social de los CS. Profesionales de las Unidades de Salud Bucodental de AP. Técnicos de la SPSP. Representantes de los foros locales	Unidad web Consejería Sanidad. Servicio Planificación y Apoyo de la SPSP	Página web	Incorporación de la “Guía de recursos en salud bucodental” a la página web: SÍ/NO	SÍ	Diciembre 2012 y 2013	SPSP

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1 Elaboración de cuestionario detección de riesgo social													X	X	X																						
1.2 Sesiones formativas sobre utilización cuestionario detección riesgo social															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.3 Detección de riesgo social en el Centro de Salud con el nuevo cuestionario																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.4 Evaluación del cuestionario de detección de riesgo social																							X	X	X												
2.1. Participación en foros locales			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3.1 Elaboración de una guía de recursos en salud bucodental													X	X	X																						
3.2. Difusión de la “Guía de recursos en salud bucodental” en página web																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundació Caixa Catalunya – Obra Social. Informe de la inclusión social en España 2008. Barcelona. 2008.
2. Graciela Malgesini. La vulnerabilidad social y la familia en España. Cruz Roja Española. 2007.
3. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010. Ministerio de Educación y Deporte.
4. Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la Comunidad Gitana. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006. Fundación Secretariado Gitano, Ministerio de Sanidad y Política Social. http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf
5. Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana. Gitanos: Pensamiento y Cultura. Num:51-52.octubre-diciembre 2009.
6. Fundación Secretariado Gitano (2008) Población gitana y empleo. Madrid: Fundación Secretariado Gitano, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.gitanos.org/publicaciones/estudioempleo/estudioempleo/metodologia.pdf>
7. Cristina G. G. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Fundación Secretariado Gitano. Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política de Salud y laFundación Secretariado Gitano.: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/guiaSaludFSG.pdf>
8. Memoria Institucional 2009 de Médicos del Mundo – Comunidad de Madrid. Madrid 2009.
9. Meneses Falcón. Exclusión social y prostitución. VI INFORME FOESSA-CAP 3: La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación.
10. Colomer-Revuelta Concha, Colomer-Revuelta Julia, Mercer Raúl, Peiró-Pérez Rosana, Rajmil Luis. La salud en la infancia. Gac Sanit 2004;18 (Supl 1):39-46
11. WHO Regional Office for Europe and European Environment Agency. Children's health and environment: a review of evidence. Luxemburg Office for Official Publications of the European Communities, 2002. Environmental issue report N.º 29.
12. WHO Regional Office for Europe and European Environment Agency. Children's health and environment: a review of evidence. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002. Environmental issue report N º 29.
13. Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Valenciana de Pediatría). (Consultado 12/02/2003). Disponible en: <http://www.socvaped.org/enlaces/saludmedioambiental.htm>
14. Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. Maltrato Infantil en la familia, 2000. Serie Documentos nº 3.
15. Pedreira-Massa JL. La resiliencia de la psiquiatría de la infancia basada en la evidencia (PIBE). En: Informe Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad (III): cambiando el punto de mira. Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría, 2001. Disponible en: <http://www.uv.es/fveij>
16. Hernández M. Consideraciones sociosanitarias de la obesidad infantil. En: Serra L, Aranceta J, editores. Obesidad infantil y juvenil. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 2001; p. 3-9

17. Instituto Nacional de Estadística (1999). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Disponible en: <http://www.ine.es/proyectos/discapaci/discacid.htm>
18. AVACU y Dirección General de Comercio y Consumo de la Generalitat Valenciana. Videojuegos: estudio y análisis. Valencia: Generalitat Valenciana, 2001
19. II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid 2005-2008
20. Ángela María Peco Peco El cuidador: perfil. Síndrome de Burn-Out. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-cuidados-especializados-enfermedad-alzheimer/cuidador-perfil-sindrome-urn-out>
21. M^a Vicenta Roig, M^a Carmen Abengózar y Emilia Serra. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales de psicología 1998, vol. 14, nº 2, 215-227.
22. Plan de Acción para Personas con Discapacidad, 2005-2008.
23. CERMI (2003): Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Comités Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Madrid.
24. Agencia Antidroga. Registro Acumulado de Drogodependientes. Madrid 2010.
25. Estadística General de Población Penitenciaria. Instituto de Estadísticas de la Comunidad de Madrid. Dic 2009.
26. FOESSA – VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Disponible en <http://www.foessa.org/quePensamos/nuestrasPrioridades/index.php?MzI%3D>
27. Commission on Social Determinants of health. (2008) Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization. Geneva.
28. Pobreza y exclusión social en la UE después de Laeken. Indicadores comunes de inclusión social. Informe del Instituto de Estadísticas de la Comunidad de Madrid disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/efemerides/ue220403.htm>

8. RECURSOS

8. RECURSOS

En la ejecución y seguimiento de las actividades programadas en este Plan se utilizarán los recursos humanos y materiales de la red de Atención Primaria de Salud:

- Centros de Salud de Atención Primaria y Unidades de Apoyo.
- Servicios territoriales de Salud Pública y centrales de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
- Servicios de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad de Atención Primaria.
- Servicios de la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria

También resulta necesaria la coordinación con la red de recursos de Atención Especializada, tanto para el desarrollo de actividades específicas de determinados programas como para el seguimiento de los mismos.

Por otro lado, se contemplan en el Plan numerosas actividades de coordinación con otras instituciones (Ayuntamientos, otras Direcciones Generales de la Administración Pública, etc.), con la Oficina Regional de Coordinación Oncológica y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y con organizaciones (ONG, Asociaciones, etc.) en las que resulta imprescindible la participación de profesionales y/o representantes de las mismas para la ejecución de determinadas intervenciones programadas.

En cuanto a los recursos financieros, para llevar a cabo los programas de salud definidos en este Plan se contará con la parte correspondiente de la dotación presupuestaria del Servicio Madrileño de Salud asignada a la Dirección General de Atención Primaria: Programa 721 (Promoción de la Salud y Aseguramiento) y Programa 730 (Atención Primaria de Salud).

Otra línea de financiación para el desarrollo de actividades programadas en este Plan proviene de subvenciones y disposición de fondos para políticas de cohesión territorial incluidos en aplicaciones presupuestarias concretas del Presupuesto de gastos del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social. Estas subvenciones son concedidas a las comunidades autónomas y al Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) para el desarrollo de estrategias del Sistema Nacional de Salud relacionadas con la seguridad del paciente, prevención de la violencia de género, salud perinatal y atención al parto normal y determinadas estrategias en salud, como el abordaje de la cardiopatía isquémica, el cáncer, la salud mental y EPOC, entre otros.

También se financian con cargo a aplicaciones presupuestarias específicas del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social las actividades que se enmarcan en los programas autonómicos de la Comunidad de Madrid derivados del Plan Nacional sobre el Sida y actividades destinadas a la prevención de la infección por VIH, de acuerdo con la Estrategia Estatal de Salud Pública. Así mismo, se financian con cargo a fondos de ese Ministerio actividades que se incluyen en determinados proyectos destinados a mejorar la salud de la población, especialmente referidos a las enfermedades y problemas emergentes, reemergentes y de especial relevancia.

9. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2010												AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Organización del proyecto																																																
Creación primer grupo de trabajo																																																
Análisis nivel de salud y priorización de problemas																																																
Creación grupos de trabajo																																																
Elaboración programas de actuación																																																
Redacción del documento del Plan																																																
Revisión del documento del Plan por sociedades científicas																																																
Redacción documento final del plan																																																
Puesta en marcha de programas																																																
Ejecución de actividades programadas																																																
Evaluación del Plan																																																

10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La distinta naturaleza y los diferentes propósitos del seguimiento y de la evaluación obligan a separar ambos conceptos.

El Seguimiento del Plan se concibe como un sistema de recolección continuo y sistemático de información cuyo análisis obedece al propósito de monitorizar el proceso de aplicación del Plan y tomar las decisiones oportunas: corregir o reforzar aspectos que permitan el logro de los fines buscados, detectar las desviaciones que ocurran durante su ejecución, proveer información sobre la factibilidad de las intervenciones y alertar a tiempo sobre situaciones no deseadas a las que vaya conduciendo el Plan.

Para ello, en cada una de las líneas estratégicas del Plan, se han formulado indicadores acordes con las actividades programadas y los resultados esperados. Se llevarán a cabo balances semestrales que permitirán medir su grado de cumplimiento (según se recoge en el apartado 4 sobre Diseño y metodología), facilitando así la rendición de cuentas sobre la ejecución del Plan.

La Evaluación del Plan se concibe como la recopilación y análisis sistemático de información que permitirá emitir juicios sobre el mérito y valor del Plan, siempre con la intención de mejorarlo y rendir cuentas y responsabilidades.

Se centrará no sólo en el proceso de ejecución de las acciones, sino también en su diseño y en sus resultados. La evaluación del Plan implicará una reflexión más global y profunda que va más allá del seguimiento, si bien la información que aporte este último será enormemente útil para la evaluación.

Se evaluará el Plan según una serie de criterios de valor que guiarán la emisión de los juicios, es decir, definirán la perspectiva de valoración a utilizar.

En la siguiente tabla se enuncian - para cada una de las dimensiones del Plan (estructura, proceso y resultados) - los criterios propuestos y la periodicidad con la que se valorarán.

La Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan (ver apartado 4, Diseño y metodología) decidirá la metodología a seguir.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN/PERIODICIDAD

CRITERIOS			PERIODICIDAD					
			2011		2012		2013	
	ESTRUCTURA	SUFICIENCIA DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA LA APLICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2
				X		X		X
PROCESO		PERTINENCIA DE LAS ACTIVIDADES PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS		X		X		X
		FACTIBILIDAD/VIABILIDAD DE LAS ACTIVIDADES		X		X		X
		COBERTURA		X		X		X
		GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS		X	X	X	X	X
RESULTADOS		EFICACIA		X		X		X
		UTILIDAD						X
		SATISFACCIÓN DE LOS ACTORES IMPLICADOS		X		X		X
		EQUIDAD						X
		IMPACTO EN SALUD				X		X

11. APÉNDICES

11. APÉNDICES

I.- SIGLAS

AAC: Associació Asmatològica Catalana

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

ACEPTA: Actuación en Centros Educativos para la Prevención del Tabaquismo

AF: Actividad Física

AHA: American Heart Association

AP: Atención Primaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AVAD: Años de vida ajustados en función de la discapacidad

AVP: Años de Vida Perdidos

BOCAM: Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid

CAR: Centros de Ayuda al Refugiado

CASI: Centro de Atención Social al Inmigrante

CBA: Criterios de Buena Atención

CEIPC: Comité Español Interdisciplinar para la Prevención Cardiovascular

CEPI: Centro de Participación de Inmigrantes

CETI: Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

CJAS: Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad

CM: Comunidad de Madrid

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CoT: Colesterol total

CS: Centro de Salud

DEPRECAM: Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid

DGAP: Dirección General de Atención Primaria

DGOI: Dirección General de Ordenación e Inspección

DXA: Absorciometría de rayos X de energía dual

EAP: Equipos de Atención Primaria

ECV: Enfermedad Cardiovascular

EDAD: Encuesta de Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

EDO: Enfermedad de Declaración Obligatoria

ENSH: European Network Smokefree Hospitals

EPIC: Escuela de Profesionales de la Inmigración y Cooperación

EPI-SCAN: Epidemiologic Study of COPD in Spain

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EpS: Educación para la Salud

ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria

Estudio PREDIMERC: Estudio de Prevalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular

FEN: Fundación Española de la Nutrición

FQ: Fibrosis Quística

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular

GAPC: Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad en Atención Primaria

GEMA: Guía Española para el Manejo del Asma

GRAP: Grupo de Respiratorio de Atención Primaria

HbS: Enfermedad de células falciformes o Drepanocitosis

HC: Hipotiroidismo Congénito

HF: Hipercolesterolemia Familiar

HFM: Hiperfenilalaninemia Materna

HSC: Hiperplasia Suprarrenal Congénita

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

IARC: International Agency for Research on Cancer

IES: Institutos de Educación Secundaria

IEC: Información, Educación y Comunicación

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria

INUTCAM: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimenticios de la Comunidad de Madrid

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MEDPED: Make Early Diagnosis to Prevent Early Deaths

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

PEATC-a: Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral automatizados

PEF: Flujo Espiratorio Máximo

PEP: Personas que Ejercen Prostitución

PKU: Fenilcetonuria

RCV: Riesgo Cardiovascular

RCVG: Riesgo Cardiovascular Global

REccAP: Red Enfermera de Cuidados Cardiovasculares en Atención Primaria

Red HsH: Red de Hospitales sin Humo

Red PALINOCAM: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid

SDPVIH: Servicio de Diagnóstico Precoz de VIH

SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

SEMAP: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria

SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SENP: Sociedad Española de Neumología Pediátrica

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIVFRENT: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles

SPSP: Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria

TB: Tuberculosis

TIS: Tarjeta Individualizada Sanitaria

T-score: número de desviaciones estándar por encima o por debajo de la media de la medida de densidad mineral ósea para personas adultas jóvenes

UE: Unión Europea

UET: Unidad Especializada de Tabaquismo

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VITa: Vigilancia Integral del Tabaquismo

ZBS: Zona Básica de Salud

II.- ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

Se detallan a continuación las actividades formativas que se han definido en cada una de las líneas estratégicas de actuación, teniendo en cuenta que la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención en colaboración con la Agencia Laín Entralgo lleva a cabo otras acciones de formación continuada que aquí no se detallan por su extensión (ver madrid.org), que complementan las contenidas en este documento y refuerzan la consecución de los objetivos de este Plan estratégico.

CURSOS/TALLERES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1. Lactancia materna									X												X													X				
2. Cribado en recién nacidos para la detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas y otras enfermedades congénitas en la CM					X												X											X										
3. Atención al adolescente. Salud Sexual y Reproductiva		X								X				X								X					X								X			
4. Atención a la población inmigrante: Salud Sexual y Reproductiva					X						X				X								X				X									X		
5. Actualización en anticoncepción regular y de urgencia				X					X							X					X							X						X				
6. Educación sexual y prevención de embarazos no deseados					X				X								X				X								X					X				
7. Atención Temprana en alteraciones del desarrollo infantil			X												X													X										
8. Manejo del paciente tuberculoso y protocolo de estudios de contactos				X						X						X						X						X							X			
9. Actualización en VIH para profesionales de AP. Nivel I		X	X	X					X	X	X			X	X	X					X	X	X				X	X	X				X	X	X			
10. Actualización en VIH para profesionales de AP. Nivel II										X		X										X		X										X			X	
11. Actualización en VIH y otras ITS			X			X			X			X		X			X			X			X				X		X			X			X			
12. Actualización en inmunizaciones	X		X		X	X			X	X	X		X		X		X	X			X	X	X		X		X		X	X			X	X	X			
13. Actualización de conocimientos y habilidades en prevención del cáncer					X					X							X					X							X						X			

CURSOS/TALLERES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
14. Formación de formadores en Mapa de Riesgos						X			X									X			X									X			X				
15. Elaboración de Mapa de Riesgos										X		X				X						X						X					X				
16. Gestión administrativa en la atención a los inmigrantes									X											X												X					
17. Aproximación cultural para la atención sanitaria a las personas inmigrantes			X							X					X							X					X							X			
18. Atención a la población inmigrante en salud sexual y reproductiva											X												X											X			
19. Interculturalidad y codesarrollo en el ámbito de la salud					X											X												X									
20. La mediación social intercultural, una herramienta de trabajo en el ámbito sanitario						X												X											X								
21. Atención a población en situación de vulnerabilidad y exclusión		X												X												X											
22. Taller de corrección del calendario de vacunación infantil y de adultos			X							X					X							X					X							X			

CURSOS/TALLERES	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
23. Metodología del Consejo eficaz sobre estilos de vida saludable		X			X				X			X		X			X				X			X		X			X				X			X
24. Curso Abordaje del riesgo cardiovascular global			X						X						X						X						X									
25. Curso diagnóstico y tratamiento de la Hipercolesterolemia Familiar			X						X						X						X						X									
26. Curso sobre osteoporosis			X						X						X						X						X									
27. Curso on line "Abordaje y tratamiento básico del tabaquismo desde Atención Primaria"				X							X					X							X				X								X	
28. Técnica de espirometría		X							X					X							X					X							X			
29. Manejo de pacientes asmáticos			X							X					X							X					X						X			
30. Prevención de accidentes infantiles					X						X					X							X					X						X		
31. Prevención de accidentes en población adulta vulnerable															X							X					X						X			
32. Prevención de accidentes en población mayor																			X				X				X						X			
33. Salud, género y violencia específica				X							X					X							X				X								X	

III- TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se recogen en este apartado el conjunto de talleres de educación para la salud que en diferentes líneas estratégicas se han incluido. Están dirigidos a la población en general y a grupos específicos de ella.

La metodología de trabajo en forma de taller propicia un aprendizaje de gran calidad educativa, superando al que se obtiene con metodologías pedagógicas pasivas. El contexto de realización de estas actividades se sustenta en los principios básicos de la moderna salud pública y atención primaria, en las que la participación de la población constituye un pilar imprescindible para poder cumplir sus objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

TALLERES EpS	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Taller de educación maternal y paternal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Taller de lactancia materna									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3. Taller sobre sexualidad y anticoncepción													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4. Taller sobre educación afectivo-sexual									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5. Taller sobre promoción de estilos de vida saludables													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
6. Taller sobre afrontamiento y prevención del riesgo cardiovascular global																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7. Taller sobre osteoporosis dirigidos a mujeres entre 45-65 años									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8. Taller sobre factores de riesgo de caídas y factores protectores dirigidos a mujeres >65				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. Taller sobre "Asma y manejo de medicación"				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Taller sobre "EPOC y manejo de medicación"									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
11. Taller sobre prevención de accidentes dirigido a adultos vulnerables													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
12. Taller sobre prevención de accidentes dirigido a personas>65 años y/o persona cuidadora																								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

TALLERES EpS	AÑO 2011												AÑO 2012												AÑO 2013													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
13. Taller sobre “Salud, inmigración e interculturalidad”													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
14. Taller de ejercicios adaptados dirigido a personas mayores frágiles				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15. Taller de alimentación dirigido a personas mayores frágiles				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16. Taller sobre prevención de accidentes dirigido a personas mayores frágiles				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17. Taller sobre prevención de efectos del calor dirigido a cuidadores de personas mayores frágiles													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18. Taller sobre hábitos saludables y sobre formas de acceso a los servicios sanitarios													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
20. Taller informativo sobre funcionamiento del sistema sanitario dirigido a población inmigrante													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

IV- ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

En la siguiente tabla se contemplan numerosas actividades de coordinación entre la Dirección General de Atención Primaria y Atención Especializada, otras instituciones (Ayuntamientos, otras Direcciones Generales autonómicas y entidades de la Administración Pública) y con organizaciones (ONG, Asociaciones comunitarias, etc.) que son necesarias para el desarrollo y ejecución de determinadas actividades recogidas en el Plan.

DIRECCIÓN GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA OTRAS INSTITUCIONES	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	CORPORACIONES LOCALES	ASOCIACIONES	OTRAS DIRECCIONES GENERALES, CONSEJERÍAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS
PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL	Derivaciones y citaciones según protocolo: exámenes y seguimiento del embarazo; exploraciones y controles ecográficos Dirección General de Hospitales			
	Captación precoz recién nacidos en el Centro de Salud Dirección General de Hospitales			
	Creación de Registro de recién nacidos Dirección General de Hospitales			
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS EN RECIÉN NACIDOS MEDIANTE CRIBADO	Elaboración y distribución del folleto “Detección precoz de enfermedades endocrinometabólicas en recién nacidos” Dirección General de Hospitales			
	Mantenimiento e impulso de procedimientos de cribado de enfermedades endocrinometabólicas Dirección General de Hospitales			
	Adaptación de infraestructuras, equipamiento y entrenamiento de profesionales para ampliación de enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado Dirección General de Hospitales			
	Elaboración y distribución del folleto sobre cribado de hipoacusias Dirección General de Hospitales			

DIRECCIÓN GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA	OTRAS INSTITUCIONES	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	CORPORACIONES LOCALES	ASOCIACIONES	OTRAS DIRECCIONES GENERALES, CONSEJERÍAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS			Áreas/programas de salud sexual para la prevención de embarazos no deseados Ayuntamientos	Prevención de embarazos no deseados Asociación de Planificación Familiar Proyectos de educación sexual y prevención de embarazos no deseados ONG y Asociaciones de inmigrantes	
			Instalación máquinas expendedoras de preservativos en red de metro e intercambiadores de transporte. Consortio Regional de Transportes Públicos Regulares de Madrid	Información básica sobre acceso a los Centros de Salud y sobre prestaciones asistenciales en anticoncepción. Asociaciones de inmigrantes y servicios sociales	
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES POR VACUNACIÓN					Favorecer la protección de los profesionales de Educación Infantil frente a enfermedades vacunables. Consejería Educación
PROGRAMA DE REFERENTES EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA					Encuesta entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre conocimientos, actitudes y actuaciones en prevención del cáncer. Oficina Regional de Coordinación Oncológica
					Facilitar el acceso de los profesionales sanitarios de Atención Primaria a la oferta formativa y a los materiales sobre prevención del consumo de alcohol de los que dispone la Agencia Antidroga
PROGRAMA DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Revisión de materiales sobre prevención del cáncer dirigidos a la población general. Asociación Española Contra el Cáncer. Otras Asociaciones	Revisión de materiales sobre prevención del cáncer, dirigidos a la población general. Oficina Regional de Coordinación Oncológica

DIRECCIÓN GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA	OTRAS INSTITUCIONES	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	CORPORACIONES LOCALES	ASOCIACIONES	OTRAS DIRECCIONES GENERALES, CONSEJERÍAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLE					Elaboración y difusión de Guía de recursos por Zona Básica de Salud para la práctica de actividad física Subdirección General de Promoción de Actividad Física de la Consejería de Deportes Promoción de la estrategia NAOS Dirección General de Ordenación e Inspección
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS, EN LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES	Elaboración de protocolo de atención a la persona cuidadora Salud Mental Elaboración y folleto sobre asociaciones de apoyo a las personas cuidadoras Salud Mental				
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ASMA					Elaboración de recomendaciones específicas dirigidas a reducir la exposición ambiental de la población sensibilizada frente a determinados alérgenos. Elaboración y distribución folleto sobre uso de inhaladores. Dirección General de Ordenación e Inspección
PROGRAMA DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA EPOC		Concurso anual “Clases sin Humo” a través de las Mesas de Salud Escolar. Ayuntamientos			Concurso anual Clases sin Humo a través de las Mesas de Salud Escolar. Consejería Educación
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LAS PERSONAS MAYORES	Elaboración recomendaciones sobre prevención de accidentes en personas mayores Dirección General de Hospitales				
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO		Desarrollo de proyectos de prevención primaria de la violencia de género. Ayuntamientos		Desarrollo de proyectos de prevención primaria de la violencia de género. Asociaciones comunitarias	

DIRECCIÓN GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	CORPORACIONES LOCALES	ASOCIACIONES	OTRAS DIRECCIONES GENERALES, CONSEJERÍAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES	Elaboración de una Guía de prevención y detección de malos tratos a personas mayores Dirección General de Hospitales			
PROGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS		Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad en ZBS y localización en Mapa de Riesgos. Ayuntamientos	Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de Vulnerabilidad en ZBS y localización en Mapa de Riesgos. Asociaciones comunitarias que trabajan con población vulnerable	Selección de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) con mayores niveles de vulnerabilidad. Elaboración guía de trabajo sobre el Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad Identificación situaciones y colectivos en mayor riesgo de Vulnerabilidad en ZBS y localización en Mapa de Riesgos. Dirección General de Ordenación e Inspección
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN GRUPOS VULNERABLES DE POBLACIÓN INMIGRANTE		Participación en Foros de Integración, Mesas de Convivencia o creación de foros (donde no existan). Ayuntamientos	Participación en Foros de Integración, Mesas de Convivencia o creación de foros (donde no existan). Asociaciones comunitarias	
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL EXTREMA			Participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social. Creación de grupos de trabajo específicos que faciliten la información, el consenso, la protocolización o la organización de circuitos de atención.	
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN O EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL			Participación en foros locales establecidos de la zona básica de salud que desarrollan su trabajo con colectivos en exclusión social. Elaboración de una guía de recursos en salud bucodental	