

# **DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DE SALUD**

A PARTIR DEL  
“INFORME DEL ESTADO DE SALUD DE LA  
POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE  
MADRID”

**SERVICIO DE ANÁLISIS E INTERVENCIÓN  
EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA,  
ALIMENTACIÓN Y CONSUMO  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**14 de julio de 2004**



**Dirección General de Salud  
Pública y Alimentación**

 **Comunidad de Madrid**

# **ÍNDICE**

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA	6
3.1. Selección de problemas de salud	6
3.1.1. Fuentes de información	6
3.1.2. Criterios utilizados	6
3.2. Revisión de la información disponible en relación a los problemas priorizados	7
3.3. Elaboración y síntesis de la información en formato de “fichas”	8
3.4. Elaboración de propuestas y recomendaciones	10
4. RESULTADOS	11
4.1. Principales problemas seleccionados	11
4.2. Tabla resumen sobre factores de riesgo, grupos vulnerables y acciones en salud	38
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
5.1. Selección de los principales problemas de salud de la población de la Comunidad de Madrid	41
5.2. Definición de los objetivos y ámbitos de intervención para cada uno de los problemas seleccionados	43
5.3. Líneas estratégicas	45
5.4. Identificación de déficits o necesidades de información	46
6. PROPUESTA DE TRABAJO	48
7. BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXO 1: Carta de presentación y de solicitud de comentarios sobre el documento. Listado de destinatarios de la carta	53
ANEXO 2: Resumen de comentarios al documento	55

# **1.- INTRODUCCIÓN**

El Informe del Estado de Salud de la Población en la Comunidad de Madrid (IESP), se define en la ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM 21 / 12/ 2001), como una competencia de la Consejería de Sanidad, siendo su elaboración función de la Salud Pública.

El IESP de la Comunidad de Madrid debe contener las necesidades de salud y debe realizarse con periodicidad anual. En el preámbulo de la LOSCAM, se destaca que “la Salud Pública aparece ampliamente reflejada en esta ley, dejando patente, la importancia que se le da a dicha función dentro del modelo sanitario madrileño, y en el contexto global del sistema, no solo por la extensión y minuciosidad de su exposición, sino por la novedosa incorporación del Informe del Estado de Salud de la Población”.

El IESP de la Comunidad de Madrid, tiene como finalidad:

- La función de compra de servicios sanitarios
- El establecimiento de objetivos sanitarios generales y específicos
- La determinación de las actividades a desarrollar
- La definición de los contratos sanitarios con los proveedores de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública

El IESP debe incorporarse al documento de planificación del reparto del presupuesto.

Por lo tanto, el IESP introduce un cambio sustancial de perspectiva, pasando de una provisión de servicios asistenciales basada esencialmente en la demanda, a una provisión de servicios basada en las necesidades de la población (Figura 1).

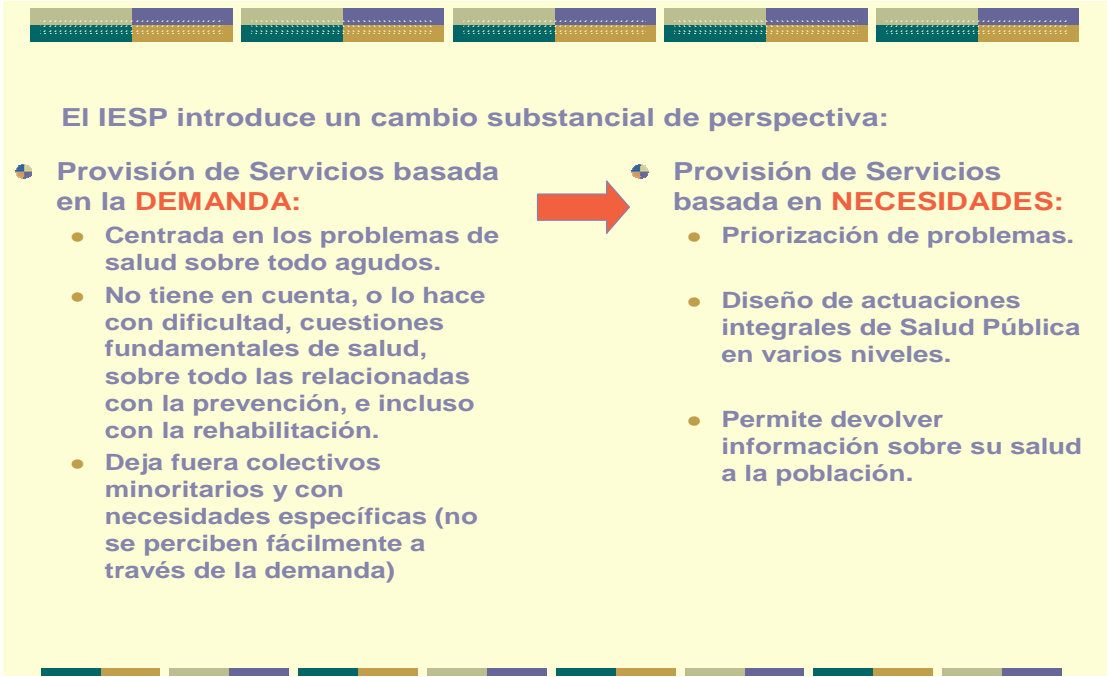


Figura 1.

## **2.- OBJETIVOS**

- 1.** Seleccionar los principales problemas de salud de la población de la Comunidad de Madrid.
- 2.** Definir los objetivos e intervenciones para cada uno de los problemas seleccionados.
- 3.** Definir las líneas estratégicas que deben incorporarse a los contratos de prestaciones de servicios de los diferentes organismos de la Consejería de Sanidad y Consumo y las líneas de cooperación y recomendaciones que deben realizarse para otras instituciones.
- 4.** Identificar déficits o necesidades de información para mejorar el proceso de selección de problemas y definición de objetivos y líneas estratégicas en salud pública.

## **3.- METODOLOGÍA**

La metodología de trabajo seguida ha incluido las siguientes fases:

### **3.1 SELECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD:**

#### **3.1.1 Fuentes de información.**

La fuente fundamental utilizada ha sido el *Informe sobre el Estado de la Salud de la Población de la Comunidad de Madrid del año 2003*, elaborado por el Instituto de Salud Pública. Además se han utilizado las siguientes fuentes:

- *Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2001*, de la que se ha obtenido la información sobre prevalencia de problemas crónicos y medicamentos más consumidos
- Registro Regional del CMBD 2001
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999.

#### **3.1.2 Criterios utilizados.**

Se han utilizado los siguientes criterios:

- La mortalidad, especialmente la mortalidad prematura.
- La morbilidad, estimada a través de su prevalencia poblacional como problema crónico, de la demanda de servicios de atención hospitalaria y cirugía ambulatoria y considerando también el consumo de fármacos.
- La calidad de vida, expresada negativamente en las discapacidades.
- La potencialidad de convertirse en un problema si se relajan las actuales medidas de prevención que lo mantienen controlado (enfermedades infecciosas y prevenibles por vacunación).
- Su tendencia como problema emergente.

El proceso de valoración ha sido de tipo cualitativo, por lo que no se ha organizado una jerarquía de problemas.

### **3.2 REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS.**

Además de las fuentes ya citadas utilizadas para la selección de los problemas de salud, se han utilizado fuentes específicas, entre las que se destacan:

- Entrevista o consulta con Expertos y/o responsables de Programas en la Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo (DGSPAC) o en el Instituto de Salud Pública (ISP).
- Búsquedas bibliográficas.
- Revisión de Boletines Epidemiológicos, Documentos Técnicos de Salud Pública y otro tipo de informes o publicaciones.
- Fuentes Específicas, como el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica o el Plan Integral de Cáncer, etc...

En base a toda esta información, se han identificado los objetivos y las medidas a adoptar, así como los actores e instituciones implicados en su implantación.

En la Figura 2 se sintetiza el procedimiento seguido para el establecimiento de objetivos y la localización del ámbito preferente de actuación, asumiendo que la salud pública debe pasar de un papel prácticamente restringido a la prevención primaria y parcialmente a la secundaria, a jugar un papel de liderazgo en el análisis de las necesidades de salud y el establecimiento de objetivos para todos los niveles del sistema sanitario.

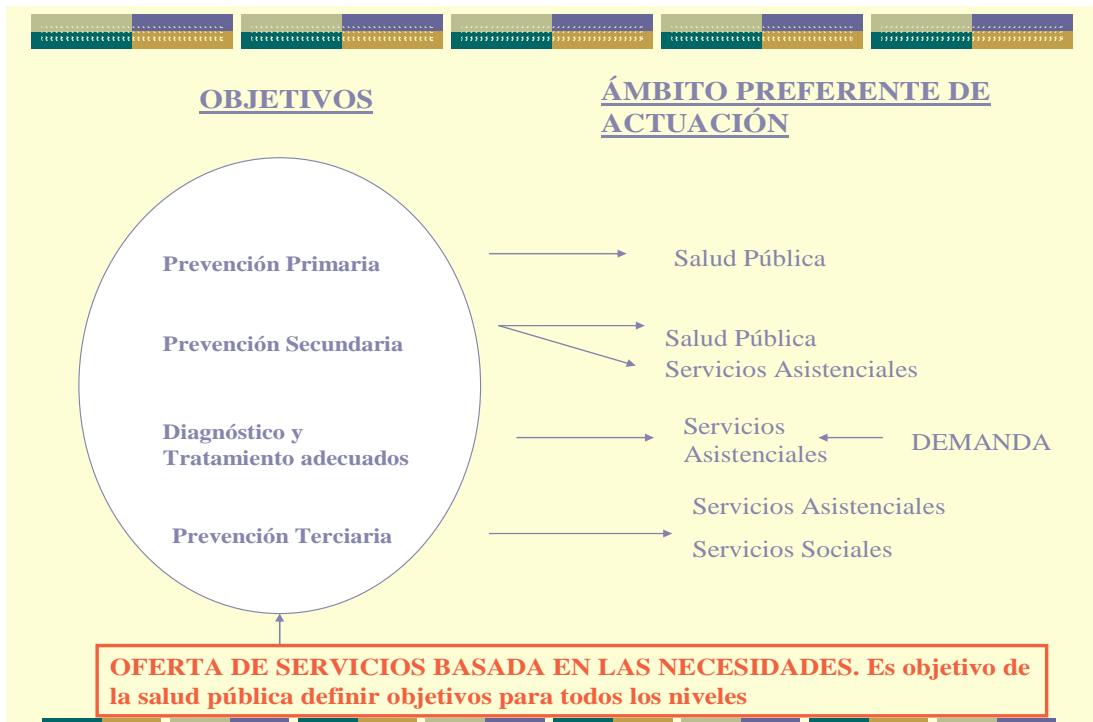


Figura 2

### 3.3 ELABORACIÓN Y SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN EN FORMATO DE “FICHAS”.

El conocimiento de los aspectos relevantes correspondientes a cada problema de salud se presenta en fichas individuales que de una manera sintética recogen los siguientes apartados:

- **Indicadores y evidencias:** en esta columna se recogen aspectos relativos a la morbi-mortalidad tales como la prevalencia e incidencia según grupos de edad y/o características sociales, su evolución en el tiempo y tendencias, gasto sanitario que generan (ingresos hospitalarios, estancias medias, consumo de fármacos asociado), complicaciones, etc. Así mismo, quedan reflejados los factores de riesgo asociados en los casos en los que se ha evidenciado la relación.



- **Niveles de actuación:** La información sobre cada uno de los problemas se ha organizado en función de los tres niveles clásicos de la prevención:

a) **Objetivos de prevención primaria:** Se ha realizado una revisión sobre los factores de riesgo (FR) conocidos y su magnitud, utilizando como indicador el *Riesgo Relativo* (RR), que mide el aumento de la probabilidad de enfermar debido a un determinado FR. Para cuantificar el impacto de la intervención sobre cada uno de los factores y hacer posibles las comparaciones se ha utilizado el *Riesgo Atribuible en la Población* (RAP), que mide el porcentaje de casos de la enfermedad que pueden ser atribuidos a un determinado factor de riesgo, combinando el RR y la frecuencia del FR en la población. Cuando se encuentran disponibles se presentan los datos correspondientes a Madrid, si no se encuentran disponibles, se dan los datos para España y en su defecto se dan estimaciones basadas en datos de otros países.

b) **Objetivos de prevención secundaria:** Se ha realizado una revisión sobre los procedimientos de detección precoz que han demostrado su eficacia al ser aplicados a nivel poblacional. Para la formulación de los objetivos relacionados con estos procedimientos se han tenido en cuenta los recursos ya existentes, los criterios de calidad exigibles y la información recogida en guías de práctica clínica, programas o protocolos, documentos de comisiones, etc.

c) **Objetivos de prevención terciaria:** Por último, se pasó a identificar procedimientos, actividades y/o programas que pudiesen mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, señalando los correspondientes objetivos. Por lo tanto este nivel incluye las tareas tanto de tratamiento como de rehabilitación.

- **Objetivos e intervención:** en estas dos columnas se señalan, de acuerdo a la información suministrada en la columna de indicadores/evidencias, los objetivos prioritarios a alcanzar desde el punto de vista de la salud pública y las intervenciones necesarias para conseguirlos.
- **Sectores/Instituciones:** por último, en esta columna, se señalan las instituciones, sectores, servicios, asociaciones, sociedades, institutos y programas implicados en las diferentes propuestas de intervención.

### **3.4 ELABORACIÓN DE PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.**

La última fase del proceso consistió en la valoración del conjunto de dieciocho fichas a fin de elaborar una serie de propuestas de intervención y recomendaciones finales.

## **4.- RESULTADOS.**

### **4.1 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD SELECCIONADOS.**

Los principales problemas de salud seleccionados, de acuerdo con los criterios señalados, han sido los siguientes (el orden, tal y como se explica en la metodología no implica jerarquía en la magnitud):

1. Cáncer de pulmón
2. Cáncer de mama
3. Cáncer de colon y recto
4. Cáncer de próstata
5. Cardiopatía isquémica
6. Enfermedades cerebrovasculares
7. Hipertensión arterial
8. Accidentes de tráfico
9. Enfermedades osteomioarticulares
10. Problemas de salud mental
11. Embarazos no deseados/ Interrupciones voluntarias de embarazo
12. Catarata y discapacidades por deficiencias visuales
13. Asma y Alergias
14. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
15. Diabetes
16. VIH/SIDA
17. Enfermedades prevenibles por vacunación
18. Tuberculosis.

Cada uno de estos problemas se presenta a continuación en una ficha que contiene las propuestas de objetivos e intervenciones.

## CÁNCER DE PULMÓN

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supone el 19,1% de las defunciones por tumores malignos; primer lugar en la tasa bruta de mortalidad: 39,1 defunciones por 1000 hab. La tendencia de la mortalidad e incidencia es estable en varones y ascendente en mujeres<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad con gran peso en la morbilidad, (tasa de incidencia estandarizada en varones de 79,13/100.000; en mujeres de 7,16), con importantes diferencias por grupos de edad (mayor incidencia en edades avanzadas) y género<sup>2</sup></li> <li>- Da lugar a una importante actividad hospitalaria. En 1998, la tasa de ingreso por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la CM, fue de 57 por 100.000 habitantes. Las neoplasias representan el 7,4% de los ingresos hospitalarios en la CM 1997; estancia media de 11,2 días</li> <li>- Reducida supervivencia a los 5 años (13%)<sup>3</sup></li> <li>- No hay ningún método probado de diagnóstico precoz</li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante riesgo atribuible del tabaco y laboral, con diferencias de género: laboral (18% en varones y 1 % en mujeres) y tabaco (80-90% en varones; 55-80% en mujeres)<sup>4</sup></li> <li>- Enfermedad en la que el género y las diferencias socioeconómicas tienen relevancia, tanto en la epidemiología como cuando se diseñan e implantan medidas de intervención</li> <li>- PM10 por encima de los 10 µgr/año</li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Modificar hábitos de consumo de tabaco en población general</p> <p>Información sobre hábitos: Distribución territorial (nivel de distrito) y en colectivos</p> <p>Epidemiología de los casos de cáncer de pulmón: Estudios de distribución de casos en la Comunidad de Madrid</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de lucha contra el tabaquismo, con perspectiva de género y a través de estrategias poblacionales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Retrasar la edad de inicio</li> <li>o Reducir el consumo</li> <li>o Crear espacios sin humo</li> <li>o Oferta de tratamientos de deshabituación</li> </ul> </li> <li>- Control de la Contaminación Ambiental: PM10 por debajo de los 10 µgr/año</li> <li>- Laboral: detección y corrección de riesgos de la exposición laboral</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Oficina Regional del Cáncer Sector sanitario asistencial Sistema educativo Sector Laboral Medios de comunicación</p>
	<b>SECUNDARIA</b>			
	<b>TERCIARIA</b>	Mejorar la calidad de vida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados paliativos</li> </ul>

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de Madrid, 2003

<sup>2</sup> Ferlay, 1999

<sup>3</sup> Janssen-Heijnen, 1998

<sup>4</sup> Plan Integral del Cáncer, 2004

# CÁNCER DE MAMA

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El cáncer de mama es la primera causa de muerte prematura en la mujer</li> <li>- Responsable de cerca de 1 de cada 5 muertes (18%) por tumores malignos en mujer (2000)</li> <li>- Causa la pérdida de más de uno de cada 10 años potenciales de vida (10,9% del total de APVP de 1 a 64 años en 1999)</li> <li>- En el 2000 se dieron 26.8 x 1000 muertes en mujeres. Para el grupo de edad 45-64 años, es la primera causa de mortalidad (34,7 muertes x 1000)</li> <li>- La supervivencia a los 5 años ha aumentado un 6% en la última década.</li> <li>- En la actualidad la supervivencia relativa ajustada por edad en España es de más de un 70%</li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa estimada de incidencia bruta en la Comunidad de Madrid de 64,8 x 100.000 para todas las edades y de 99,7x100.000 para las mujeres &gt; de 30 años</li> <li>- La tasa de incidencia se incrementa a partir de los 30 hasta los 55-59 años, dándose un pico entre los 60-64<sup>2</sup></li> <li>- Las neoplasias, entre las que destaca el cáncer de mama, son la quinta causa de frecuentación hospitalaria femenina (8,2 x 1000 altas de los hospitales de la Comunidad de Madrid)<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <p>Sexo femenino Edad superior a 50 años Menarquia precoz Menopausia tardía Ausencia lactancia materna Terapia hormonal Nivel socio-económico alto Exposición a radiaciones ionizantes en la niñez-pubertad Antecedentes familiares Historia previa de biopsias e hiperplasia atípica Edad al nacimiento del primer hijo 5-10% hereditarios. Genes identificados: BCRA1 y BCRA2<sup>3</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los riesgos poblacionales publicados atribuibles a exposiciones sobre las que se puede intervenir son controvertidos y dependen de que se calculen para mujeres premenopáusicas o postmenopáusicas. En un estudio en Italia<sup>4</sup> el del consumo de alcohol era del 10,7% (4,4-17,0)<sup>5</sup>; el de una dieta rica en frutas, vegetales y aceite vegetal 21,5% (11,4-31,6)<sup>6</sup>; el de la actividad física 11,6% (-0,1-23,3)<sup>7</sup>; el de la obesidad postmenopáusica 10,2% (0,2-20,2). Otros trabajos recogen para el alcohol entre un 2,1<sup>8</sup> y un 8%<sup>9</sup>; para la obesidad postmenopáusica entre un 3<sup>9</sup> y un 12%<sup>10</sup>; para el</li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Mejorar los sistemas de registro e información sobre tumores en la Comunidad de Madrid</p> <p>Estrategia de investigación sobre factores de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unificar, normalizar y generalizar los sistemas de registro sobre tumores a toda la red asistencial, incorporando mecanismos para la explotación de los datos existentes</li> <li>- Promover vías eficaces y operativas para la difusión de los datos existentes a todos los actores implicados</li> <li>- Potenciar el papel de los servicios de salud pública de área en lo que respecta a la explotación y difusión de los datos correspondientes sobre la situación del cáncer de mama en sus áreas y las acciones más eficaces para mejorar el programa de prevención</li> <li>- Potenciar y desarrollar el SIVFRENT y explorar las mejoras necesarias para la recopilación de información útil sobre los factores de riesgo de cáncer de mama</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Agencia Laín Entralgo Instituto de Salud Carlos III</p>
	<p><b>SECUNDARIA</b></p>	<p>Mejorar la cobertura actual de programa de prevención: Alcanzar una cobertura de mamografía de cribado del 60%</p> <p>Establecer una estrategia de cribado específica en población con factores de riesgo genéticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover mejoras en las actividades de captación para incrementar la participación de las mujeres, teniendo en cuenta sus perspectivas y demandas</li> <li>- Crear y comunicar mensajes de prevención y control sobre el cáncer de mama adecuados a los diferentes bio-socio-estratos</li> <li>- Hacer accesible a la población la información actual sobre los aspectos relevantes en relación al cáncer de mama y su prevención</li> <li>- Elaboración de un informe anual de Evaluación de actividades y resultados del Programa de Prevención de la Comunidad de Madrid</li> <li>- Diseñar protocolos específicos de detección y seguimiento para población con factores de riesgo</li> </ul>	<p>Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama:</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Agencia Laín Entralgo</p>

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p>ejercicio y la dieta no encuentran suficientes pruebas<sup>11</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mamografía en mujeres de 50-65 años, disminuye la mortalidad, si la participación es superior al 60%</li> <li>- Programa de prevención del cáncer: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de participación (33,51%)</li> <li>Tasa de detección (4,43 x 1000)</li> <li>Cáncer in situ (17,5%)</li> <li>Cáncer invasivo (76,3%)<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>TERCIARIA</b></p>	<p>Mejorar la supervivencia y la calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unificar criterios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento del cáncer de mama en la Comunidad de Madrid para asegurar diagnóstico y tratamiento tempranos</li> <li>- Estudiar los tiempos de demora en la atención y seguimiento del cáncer de mama y sus repercusiones</li> <li>- Diseñar y desarrollar estructuras de apoyo y atención psicosocial a mujeres y familiares físicas, psicológicas y sociales</li> <li>- Potenciación y ampliación de las redes sociales y comunitarias de apoyo a las personas diagnosticadas y en tratamiento</li> <li>- Elaboración de material educativo y divulgación de mensajes informativos a través de los medios y de la red (creación de una web: club de mujeres de la Comunidad de Madrid) que funcione como grupo especializado con personas afectadas que actualicen mensualmente las noticias y actividades que se ofertan en la red, organización de actos, conferencias...</li> <li>- Flexibilizar los horarios en el sistema sanitario asistencial para que la administración de tratamientos no interfiera con los horarios de trabajo de las pacientes ambulatorias</li> <li>- Mejorar la accesibilidad a tratamientos paliativos</li> </ul>	<p>DGSP ISP Sector sanitario asistencial Sector Laboral Agencia Lain Entralgo</p>

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de Población de la Comunidad de Madrid, 1999

<sup>2</sup> Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública, 2003

<sup>3</sup> Cierco Peguera et al, 2003

<sup>4</sup> Mezzetti et al, 1998

<sup>5</sup> Premenopáusicas 21,1 (10,9-31,4), postmenopáusicas 5,4 (-2,5-13,4)

<sup>6</sup> Premenopáusicas 25,0 (10,5-39,6), postmenopáusicas 17,9 (3,8-32,1)

<sup>7</sup> Premenopáusicas 7,5 (-17,2-32,2), postmenopáusicas 14,4 (1,5-27,3)

<sup>8</sup> Tseng et al, 1999

<sup>9</sup> Vogel, 1999<sup>a</sup>

<sup>10</sup> Brownson et al, 1998

<sup>11</sup> Vogel, 1999<sup>b</sup>

# CÁNCER DE COLON Y DE RECTO

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia creciente en mortalidad en ambos sexos<sup>1</sup></li> <li>- El cáncer de colon es el cáncer con la segunda tasa bruta de mortalidad en ambos sexos<sup>1</sup></li> <li>- El cáncer de colon es la novena causa de APVP para las mujeres<sup>1</sup></li> <li>- La supervivencia ha mejorado, principalmente en jóvenes y debidas a mejoras terapéuticas asociadas al diagnóstico precoz. En Europa la supervivencia a 5 años se sitúa entre 43 y 47%<sup>2</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia creciente en altas hospitalarias por cáncer de colon y recto<sup>3</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FR asociados al desarrollo económico, factores hereditarios 10-15%. Se desconocen FR modificables de magnitud moderada o fuerte (RR&gt;2). FR magnitud leve (RR&lt;2): dieta (carnes-grasas animales-alcohol versus fibra-vegetales-calcio: RAP dieta rica en grasas 15-25%, dieta pobre de vegetales 25-35%) y sedentarismo (RAP 32%)<sup>4</sup></li> <li>- Aunque en los últimos años la mayoría de las recomendaciones de organismos internacionales consideran la conveniencia de desarrollar programas organizados para la detección precoz del cáncer colorrectal, hasta el momento sólo se han realizado en España algunos estudios piloto, la mayoría por iniciativa de profesionales del ámbito hospitalario<sup>2</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Establecer una estrategia eficaz de cambio dietético (incremento de ingesta de frutas y vegetales y reducción de la ingesta de grasas), más allá de las recomendaciones.</p> <p>Estrategia para incrementar la actividad física</p> <p>Estudiar la distribución de los casos y los FR asociados en la CM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el contenido grasas saturadas en la fabricación de alimentos</li> <li>- Potenciar el etiquetado nutricional</li> <li>- Educación nutricional en colegios</li> <li>- Mejorar los menús escolares y en empresas</li> <li>- Educación de padres y madres (grupos)</li> <li>- Programas de TV atractivos de educación nutricional</li> <li>- Estrategias para enfrentarse a la doble jornada laboral/doméstica y la organización de la comida doméstica saludable</li> <li>- Estudio sobre la accesibilidad a verduras y frutas</li> <li>- Mejorar la oferta de recursos y plazas en polideportivos públicos</li> <li>- Introducir el ejercicio durante la jornada laboral en actividades sedentarias (sector servicios)</li> <li>- Facilitar en las ciudades el uso de la bicicleta, del transporte público y la peatonalización de las calles.</li> <li>- Facilitar espacios públicos (jardines, sendas, etc.) para paseos y ejercicio</li> <li>- Estudio epidemiológico cáncer colon-recto en la Comunidad de Madrid</li> <li>- Disponer de un registro (poblacional o de base hospitalaria) de cáncer colon-recto</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Industria alimentaria</p> <p>Sistema educativo</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Asociaciones amas de casas Consumo Asoc. consumidores</p> <p>Agencia Laín Entralgo</p> <p>DGSPAC ISP Ayuntamientos Consejería de Cultura y Deportes Sistema educativo Urbanismo</p> <p>DGSPAC ISP</p>

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SECTORES/ INSTITUCIONES
	<b>SECUNDARIA</b>	Estudiar el coste-utilidad que tendría la introducción de la detección precoz de cáncer de colon-recto en mayores de 50 años (sangre oculta en heces, sigmoidoscopia, examen rectal) en la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encargar el estudio coste-utilidad</li> <li>- Estudiar la oferta actual de detección precoz de la estructura asistencial</li> <li>- Investigar la existencia de protocolos de seguimiento de los pólipos adenomatosos de riesgo comunes para todas las áreas de salud</li> </ul>	ISP Agencia Laín Entralgo Sector sanitario asistencial Sociedades Científicas
	<b>TERCIARIA</b>	Ampliar la oferta y recursos de cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio de necesidades y financiación de recursos de cuidados paliativos</li> <li>- Potenciar el desarrollo de grupos de ayuda mutua para enfermos</li> </ul>	Sector sanitario asistencial

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de Población de la Comunidad de Madrid, 1999

<sup>2</sup> Plan integral del Cáncer, 2004

<sup>3</sup> Encuesta de morbilidad hospitalaria, 1999

<sup>4</sup> Brownson et al, 1998



# CÁNCER DE PROSTATA

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia creciente en mortalidad<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa ajustada de incidencia en España es de 28,26 casos y la de mortalidad de 28,26 por 100.000 varones<sup>2</sup></li> <li>- El 90% de los casos aparecen en &gt;65 años y producen la muerte &gt;75 años. La supervivencia relativa a los 5 años estimada para España es de un 54%. Solo un tercio de los tumores descubiertos en autopsias se han manifestado clínicamente<sup>3</sup></li> <li>- Tendencia creciente en altas hospitalarias por cáncer de próstata en hombres (¿efecto del <i>screening</i> y mejor certificado defunción?)<sup>4</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiología: Desconocida. Evidencias/hipótesis: Factores hereditarios (antecedentes familiares en primer grado de cáncer de próstata duplican el riesgo); dieta rica en grasas animales o saturadas; exposición laboral a cadmio y trabajo en industrias de caucho y ganadería. Tumor con dependencia hormonal (testosterona)<sup>5</sup></li> <li>- El cribado con tacto rectal, ecografía transuretral o determinación de antígeno prostático específico (PSA) no ha demostrado una reducción de la mortalidad. La determinación de PSA conlleva un gran número de resultados falsos positivos y falsos negativos con los consiguientes efectos secundarios. Además, no se dispone de ensayos clínicos que hayan evaluado la eficacia del tratamiento del cáncer de próstata en las lesiones localizadas. En conclusión, no se recomienda la realización de ningún programa de cribado de cáncer de próstata, ni con carácter poblacional ni individual en varones asintomáticos<sup>6</sup></li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Estudiar la distribución de los casos y los FR asociados en la Comunidad de Madrid</p> <p>Estudiar la incidencia de cáncer de próstata entre los trabajadores de la Comunidad de Madrid, especialmente los expuestos al cadmio, los de la industria del caucho y agricultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de un registro (poblacional o de base hospitalaria) de cáncer próstata</li> <li>- Estudio epidemiológico cáncer próstata en la Comunidad de Madrid.</li> <li>- Estudio epidemiología laboral</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Instituto Regional de Salud Laboral y Seguridad en el Trabajo</p>
	<p><b>SECUNDARIA</b></p>	<p>Informar a los profesionales sanitarios y a la población sobre el estado del conocimiento científico sobre la detección precoz de cáncer de próstata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de formación, jornadas, actividades formativas dirigidas a profesionales</li> <li>- Campaña de información en medios</li> <li>- Incorporar el criterio de no realizar cribado en los exámenes de salud laboral, incluidos los de las entidades colaboradoras</li> </ul>	<p>ISP Agencia Laín Entralgo Sector sanitario asistencial Sociedades científicas Medios de comunicación</p>
	<p><b>TERCIARIA</b></p>	<p>Ampliar la oferta y recursos de cuidados paliativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio de necesidades y financiación de recursos de cuidados paliativos</li> <li>- Potenciar el desarrollo de grupos de ayuda mutua para enfermos</li> </ul>	<p>Sector sanitario asistencial</p>

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid, 1999

<sup>2</sup> Ferlay et al, 1999

<sup>3</sup> Plan integral del Cáncer, 2004

<sup>4</sup> Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1999

<sup>5</sup> Brownson et al, 1998

<sup>6</sup> Cierco Peguera et al, 2003

# CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª causa de muerte en varones (10,5% de las defunciones) y 2ª en mujeres (8,9%)<sup>1</sup></li> <li>- La Comunidad de Madrid tiene cifras ligeramente inferiores a las de España<sup>1</sup></li> <li>- En España constituye la 3ª causa más importante de AVP en varones y la 7ª en mujeres<sup>2</sup></li> <li>- Las tasas brutas aumentan y las ajustadas disminuyen (descenso anual medio de 1,32% en varones y 0,20% en mujeres desde 1980 a 2000)<sup>1</sup></li> <li>- En el período 1996-2000 el índice de masculinidad fue 2,26<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el año 2001 representaron el 2,9% de todas las altas hospitalarias de la Comunidad de Madrid. Más del doble corresponden a hombres<sup>3</sup></li> <li>- Las altas hospitalarias por 100.000 habitantes estandarizadas por edad en varones han pasado de 187,81 en 1998 a 215,94 en 2000. En mujeres pasaron de 91,54 a 117,563</li> <li>- La incidencia de CI en población española se encuentra entre las más bajas del mundo<sup>4</sup></li> <li>- El envejecimiento de la población hace esperable un aumento de la morbimortalidad por CI<sup>4</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO<sup>5</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuertes (RR &gt; 4) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ninguno</li> </ul> </li> <li>- Moderados (RR 2-4) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hipertensión arterial (RAP 20-29%)</li> <li>o Tabaquismo (RAP 17-25%)</li> <li>o Hipercolesterolemia (RAP 39-47%)</li> <li>o Diabetes (RAP 1-15%)</li> </ul> </li> <li>- Débiles (RR &lt; 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Obesidad (RAP 7- 32)</li> <li>o Inactividad física (RAP 23-46%)</li> <li>o Exposición ambiental al humo de tabaco (RAP 8-23%)</li> </ul> </li> </ul>	<b>PRIMORDIAL</b>	Detección de individuos genéticamente susceptibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo genético en familiares de pacientes con hipercolesterolemias familiares</li> <li>- Fomento de la investigación</li> </ul>	DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial
	<b>PRIMARIA</b>	<p>Modificar hábitos y estilos de vida en población general</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Disminuir el consumo de tabaco</li> <li>o Incrementar la actividad física</li> <li>o Disminución de la prevalencia de obesidad</li> <li>o Alimentación cardiosaludable</li> </ul> <p>Estrategia individual y grupal dirigida a sujetos de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hipertensión arterial</li> <li>o Diabetes</li> <li>o Hipercolesterolemia</li> </ul> <p>Estrategia de investigación sobre grupos de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Educación para la Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Estrategia de carácter permanente sobre nutrición y hábitos alimentarios;</li> <li>o Estrategia para el incremento de la actividad física</li> <li>o Adaptándolas para la intervención en los distintos biosocioestratos</li> </ul> </li> <li>- Plan de lucha contra el tabaquismo, con perspectiva de género, a través de estrategias poblacionales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Retrasar la edad de inicio</li> <li>o Reducir el consumo</li> <li>o Crear espacios sin humo</li> <li>o Oferta de tratamientos de deshabituación</li> </ul> </li> <li>- Estrategias oportunistas: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Determinación de colesterol, HDL, tensión arterial, antecedentes</li> <li>o Estimación del riesgo cardiovascular</li> </ul> </li> </ul>	DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Consejería de Educación Consejería de Cultura y Deportes Ayuntamientos Medios de comunicación Industria alimentaria Servicios de Salud Laboral Asociaciones vecinales
	<b>TERCIARIA<sup>6</sup></b>	<p>Mejorar la supervivencia y la calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Evitar recidivas</li> <li>o Aumentar el número de pacientes que llegan vivos al hospital tras un infarto agudo de miocardio</li> </ul> <p>Favorecer la reincorporación a la actividad habitual y mejorar la calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección precoz y tratamiento adecuado de la angina de pecho</li> <li>- Atención especializada prehospitalaria precoz a pacientes con complicaciones eléctricas</li> <li>- Tratamiento adecuado y corrección de FR en pacientes</li> </ul>	Sistema sanitario asistencial DGSPAC ISP

<sup>1</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2004<sup>b</sup>

<sup>2</sup> Llácer, 2003

<sup>3</sup> Instituto de Salud Pública, 2004

<sup>4</sup> Marrugat J, 2002

<sup>5</sup> Newschaffer CJ, 1998

<sup>6</sup> En muchos textos se denomina prevención secundaria, aunque no se refiere a detección precoz. Por homogeneidad con el resto del documento lo denominamos terciaria

# ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres<sup>1</sup>. Representa el 6% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 9,5% en mujeres</li> <li>- El número de defunciones (1.761 mujeres y 1.178 hombres en 1999) y la tasa bruta de mortalidad (65,9 en mujeres y 47,6 en hombres, 1999) es superior en mujeres<sup>1</sup></li> <li>- La tendencia de la mortalidad por esta causa desde mediados de los años 70 es de descenso, del 36 % en mujeres y del 40% en hombres</li> <li>- La distribución por edad y sexo de las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, señala un incremento con la edad así como un ligero predominio masculino hasta los 75 años, igualándose a partir de esa edad. La razón de masculinidad para el conjunto de la población es de 1,3. Más del 90% de los fallecidos son mayores de 65 años<sup>2</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermedades cerebrovasculares constituyen el principal motivo de ingreso en los hospitales de la Comunidad de Madrid tras un constante aumento desde 1992. En el 76% de los casos se trata de mayores de 65 años. Produjeron en 1999 un total de 9.968 ingresos, con tasas brutas de 212,2 y 176,4 para varones y mujeres respectivamente</li> <li>- Grupos de alto riesgo: edad; raza; sexo; diabetes (riesgo 2-3 veces superior en diabéticos); antecedentes de accidente cerebrovascular transitorio; fibrilación auricular</li> <li>- Elevado impacto social, ya que cerca del 50% de los casos que sobreviven lo hacen con incapacidad<sup>3</sup>. El ictus es considerado la causa más frecuente de discapacidad de origen neurológico</li> <li>- Elevado impacto económico</li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO<sup>4</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuertes (RR &gt; 4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensión arterial (RAP 20-50%)</li> </ul> </li> <li>- Moderados (RR 2-4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabaquismo (RAP 11-25%)</li> <li>- Diabetes (RAP 0-7%)</li> <li>- Hipercolesterolemia (RAP 0-20%)</li> <li>- Obesidad (RAP 15-25%)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Modificar hábitos y estilos de vida en población general</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Disminuir el consumo de tabaco</li> <li>o Incrementar la actividad física</li> <li>o Disminución de la prevalencia de obesidad</li> </ul> <p>Estrategia individual y grupos dirigida a sujetos de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hipertensión arterial: Mejora del diagnóstico y control de la hipertensión arterial</li> <li>o Hipercolesterolemia: Mejora del diagnóstico y control de la Hipercolesterolemia</li> <li>o Diabetes: Mejora del diagnóstico y control de la diabetes</li> </ul> <p>Estrategia de investigación sobre factores de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Educación para la Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Estrategia de carácter permanente sobre nutrición y hábitos alimentarios;</li> <li>o Estrategia para el incremento de la actividad física</li> <li>o Adaptándolas para la intervención en los distintos biosocioestratos</li> </ul> </li> <li>- Plan de lucha contra el tabaquismo, con perspectiva de género, a través de estrategias poblacionales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Retrasar la edad de inicio</li> <li>o Reducir el consumo</li> <li>o Crear espacios sin humo</li> <li>o Oferta de tratamientos de deshabituación</li> </ul> </li> <li>- Programa de control del paciente en riesgo vascular, desde atención primaria y con una visión integral: actividades de consejo individual, promoción del ejercicio físico, modificación de hábitos y seguimiento terapéutico.</li> <li>- Programa de Diabetes Mellitus</li> </ul>	<p>Sistema educativo Sector laboral Industria alimentaria Medios de comunicación Ayuntamientos Asociaciones vecinales Consejería de Cultura y Deporte</p>
	<p><b>TERCIARIA<sup>5</sup></b></p>	<p>Mejorar la supervivencia y la calidad de vida</p> <p>Favorecer la reincorporación a la actividad habitual y mejorar la calidad de vida</p>	<p>Asistencia de la fase crítica de los ictus, asegurando diagnóstico y tratamiento tempranos. En el abordaje diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cerebrovascular las 6 horas posteriores a un ictus son claves para el pronóstico del paciente.</p> <p>El tratamiento rehabilitador debe ser abordado precozmente por un equipo multidisciplinar (medico rehabilitador, fisioterapeutas, logopedas, psicólogo/psiquiatra, técnico ortopédico, enfermera, trabajador social, etc.) y debe continuar hasta la estabilización del proceso de recuperación que se fija en torno a los 6 meses después de la producción del ictus.</p> <p>Cuidados paliativos</p>	<p>DGSPAC ISP Sector sanitario Sector laboral Agencia Laín Entralgo</p>

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de Madrid, 2003

<sup>2</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2004<sup>b</sup>

<sup>3</sup> Comunidad Foral de Navarra

<sup>4</sup> Newschaffer, 1998

<sup>5</sup> En muchos textos se denomina prevención secundaria, aunque no se refiere a detección precoz. Por homogeneidad con el resto del documento lo denominamos terciaria

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La hipertensión arterial es el problema crónico autodeclarado más prevalente<sup>1</sup></li> <li>- Tendencia creciente de la prevalencia. Incremento de la incidencia en &gt;64 años (41,5% diagnosticados / 37% medicados)<sup>2</sup></li> <li>- 1/8 personas ha sido diagnosticada de HTA; 1/11 personas toma fármacos hipotensores (12% de &gt;15 años y 9,1% de todas las edades)</li> <li>- La HTA es más frecuente en los hombres hasta los 55 años. Después de esta edad se invierte a favor de las mujeres</li> <li>- La HTA es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad coronaria (Cardiopatía isquémica), enfermedad cerebrovascular (primera causa de ictus cerebral) e insuficiencia renal crónica</li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Factores de Riesgo de la HTA: sodio elevado, dieta calórica elevada, inactividad física, consumo excesivo de alcohol y potasio bajo</li> <li>- En revisión de ensayos clínicos el ejercicio aeróbico regular reduce modestamente la TA en adultos no hipertensos, más en los que la tienen más alta. Un estudio de cohortes de hipertensos demostró que una actividad intensa regular reducía la mortalidad por todas las causas y la cardiovascular<sup>3</sup></li> <li>- En un ensayo clínico en no hipertensos, una dieta rica en fruta y verduras alta en potasio y magnesio y una dieta de fruta y verduras, baja en grasas y alta en calcio y proteínas reducía moderadamente (más la segunda dieta) la TA sistólica y diastólica<sup>3</sup></li> <li>- Una revisión sistemática de ensayos clínicos no encontró resultados concluyentes respecto a que la disminución del consumo de alcohol desde niveles moderados o altos disminuya la TA<sup>3</sup></li> <li>- Una revisión sistemática de ensayos clínicos demostró reducciones modestas de la TA en hipertensos que siguieron una dieta hiposódica<sup>3</sup></li> <li>- No hay pruebas de que la cesación del hábito de fumar reduzca la presión arterial en hipertensos<sup>3</sup></li> <li>- Una revisión sistemática y ensayos clínicos adicionales han demostrado reducciones modestas de la TA en hipertensos que seguían dieta hipocalórica; además hacían falta menos fármacos y dosis más bajas para conseguir el control<sup>3</sup></li> <li>- Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos ha encontrado reducciones modestas de la TA en hipertensos con suplementos de potasio e hipertensos con consumos elevados de aceite de pescado<sup>3</sup></li> <li>- En personas con y sin hipertensión los suplementos de calcio reducen modestamente la TA (revisión de ensayos clínicos)<sup>3</sup></li> <li>- No hay pruebas de reducción de la TA con suplementos de magnesio en hipertensos<sup>3</sup></li> <li>- Todos estos estudios (menos el de cohorte de hipertensos y ejercicio) carecen de datos de reducción de mortalidad y morbilidad<sup>3</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Alcanzar unas pautas de consumo de sodio, calórico y de frutas y verduras adecuadas Disminución de la prevalencia de obesidad</p> <p>Incrementar la actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el contenido de grasas saturadas en la fabricación de alimentos</li> <li>- Potenciar el etiquetado nutricional</li> <li>- Educación nutricional en colegios</li> <li>- Mejorar los menús escolares y en empresas</li> <li>- Educación de padres y madres (grupos)</li> <li>- Programas de TV atractivos de educación nutricional</li> <li>- Estrategias para enfrentarse a la doble jornada laboral/doméstica y la organización de la comida doméstica saludable</li> <li>- Estudio sobre la accesibilidad a verduras y frutas</li> <li>- Mejorar la oferta de recursos y plazas en polideportivos públicos</li> <li>- Introducir el ejercicio durante la jornada laboral en actividades sedentarias (sector servicios)</li> <li>- Facilitar en las ciudades el uso de la bicicleta, del transporte público y la peatonalización de las calles.</li> <li>- Facilitar espacios públicos (jardines, sendas, etc.) para paseos y ejercicio</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Industria alimentaria</p> <p>Sistema educativo</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Asociaciones amas de casas Consumo Asociaciones de consumidores Medio laboral</p> <p>Agencia Laín Entralgo</p> <p>DGSPAC ISP Ayuntamientos Consejería de Cultura y Deportes Educación Urbanismo</p>

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Según los estudios poblacionales en España se estima que se detecta un 67% de los pacientes hipertensos<sup>4</sup></li> <li>- Menos del 25% de los HT tiene controlada correctamente su tensión arterial<sup>4</sup></li> <li>- Los costes derivados del consumo farmacológico son elevados</li> </ul>	<p><b>SECUNDARIA TERCIARIA</b></p>	<p>Mejora del diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial</p> <p>Estrategia de investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Hipertensión, desde atención primaria y con una visión integral y priorizando las estrategias de capacitación individual frente a las farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mensajes educativos sobre diagnóstico y control</li> <li>o Mejorar los mecanismos de captación y diagnóstico en el sistema asistencial, farmacias y medio laboral</li> <li>o Fomentar el autocontrol con actividades individuales y en grupo.</li> <li>o Promoción del ejercicio físico, modificación de hábitos, control del estrés.</li> <li>o Mejorar la cobertura de los programas</li> <li>o Mejorar el cumplimiento terapéutico</li> <li>o Vigilancia de las complicaciones</li> <li>o Unificar los criterios diagnósticos y terapéuticos, basándose en la evidencia científica</li> <li>o Difundir esta información entre los profesionales implicados</li> </ul> </li> <li>- Líneas de Investigación: sobre estrategias educativas y eficacia de las alternativas terapéuticas</li> </ul>	<p>DGSP ISP Sector sanitario asistencial Dirección General de Farmacia Oficinas de Farmacia Servicios de Salud Laboral Agencia Laín Entralgo</p> <p>Agencia Laín Entralgo ISP Sector sanitario asistencial</p>

<sup>1</sup> Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid, 2001

<sup>2</sup> Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A). 1995-1999

<sup>3</sup> Mulrow, 2002

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, 1996

## ACCIDENTES DE TRÁFICO

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1999 fallecieron 424 residentes en la Comunidad de Madrid, 294 varones y 130 mujeres</li> <li>- 1,5% del total de muertes en varones y 0,7% en mujeres</li> <li>- Primera causa de muerte entre 1 y 29 años</li> <li>- Primera causa de años potenciales de vida perdidos en varones y 2ª en mujeres</li> <li>- Distribución por edad bimodal: máximos en edades medias y avanzadas</li> <li>- Sobremortalidad masculina en todos los grupos de edad (30-35 años índice de masculinidad de 7,7)</li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera causa de invalidez en jóvenes<sup>1</sup></li> <li>- En 2001 provocó 2874 ingresos hospitalarios, la mitad entre 15 y 35 años<sup>1</sup></li> <li>- Desde 1975 en España ha descendido ligeramente el número de fallecidos y ha aumentado el número de víctimas en proporción al aumento del parque automovilístico<sup>2</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO<sup>2</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol (algunos estudios le atribuyen el 40-50% de las defunciones por accidentes)</li> <li>- Otros agentes psicoactivos (opiáceos, marihuana, cocaína, anfetaminas, antihistamínicos, sedantes...)</li> <li>- Sueño y fatiga</li> <li>- Enfermedades (epilepsia, diabetes, apnea obstructiva del sueño, defectos visuales, enfermedad cerebrovascular, etc.)</li> <li>- Nuevas tecnologías (teléfono móvil...)</li> <li>- Características del vehículo y dispositivos de seguridad (cinturones, air bag, ...)</li> <li>- Factores ambientales (climáticos, temporales, tipo y estado de la carretera, ámbito rural o urbano...)</li> </ul>	<p><b>PRIMARIA / Terciaria</b></p>	<p>Evitar el accidente (etapa previa)</p> <p>Evitar o minimizar las lesiones (momento de la colisión)</p> <p>Limitar la gravedad de las lesiones, reintegrar al individuo y prevenir la recurrencia de nuevos accidentes (etapa posterior)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer sistemas integrados de información</li> <li>- Medidas administrativas <ul style="list-style-type: none"> <li>o Control periódico de vehículos (ITV)</li> <li>o Acciones preventivas y sancionadoras de la policía municipal y guardia civil (control de vehículos y normas de circulación, uso de mecanismos de seguridad, control alcoholemia)</li> </ul> </li> <li>- Medidas educativas <ul style="list-style-type: none"> <li>o Currículo escolar (enseñanza código de la circulación, riesgos viales...)</li> <li>o Mensajes en medios de comunicación</li> <li>o Enseñanza de primeros auxilios</li> </ul> </li> <li>- Medidas asistenciales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Atención precoz en los accidentes</li> <li>o Rehabilitación</li> <li>o Integración social</li> <li>o Consejo en atención primaria</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sector sanitario asistencial</p> <p>Sistema educativo</p> <p>Tráfico</p> <p>Policía de carreteras</p> <p>Ayuntamientos</p> <p>Compañías de seguros</p>

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2003

<sup>2</sup> Gili, 1998

## ENFERMEDADES OSTEOMIOARTICULARES

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre las personas mayores de 64 años, 1/3 padece artrosis, artritis o reumatismos; 1/5 consume medicamentos contra la artrosis y casi 1/10 sufre discapacidad por esta causa (1ª causa de discapacidad)<sup>1</sup></li> <li>- 2º problema crónico más declarado a todas las edades en hombres y 1º en mujeres<sup>2</sup></li> <li>- 1/10 de las altas hospitalarias motivadas por artropatías, dorsopatías y deformidades musculoesqueléticas adquiridas (es la sección de la clasificación internacional de enfermedades que causa una mayor tasa de frecuentación y la que mayor consumo genera en atención hospitalizada)<sup>3</sup></li> </ul> <p>FACTORES DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismo de la articulación (artrosis de rodilla y cadera RR&gt;4), uso ocupacional repetitivo (artrosis rodilla y cadera RR= 2-4), obesidad (artrosis de rodilla RR=2-4)<sup>4</sup></li> <li>- Riesgo atribuible poblacional en artrosis de rodilla: Obesidad 19 (13,5-24); actividad laboral en la que se doblan las rodillas 13,5 (6-21)<sup>4</sup></li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Prevención de la obesidad</p> <p>Reducción estrés ocupacional sobre las articulaciones por medio de la ergonomía</p> <p>Reducir traumatismos articulares (especialmente los relacionados con el trabajo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de alimentación y nutrición</li> <li>- Programa de promoción de vida activa y ejercicio físico</li> <li>- Detección y corrección de riesgos para el desarrollo de artrosis por la exposición laboral</li> <li>- Información de los riesgos a los trabajadores y empresarios</li> <li>- Educación para la salud de colectivos sin actividad laboral remunerada (escuelas de espalda en atención primaria, otras asociaciones)</li> </ul>	<p>ISP DGSPAC S. Sanit. asistencial Ayuntamientos Consejería de Deportes Med. comunicación Industria alimentaria Sistema educativo Asoc. consumidores</p> <p>Consejería de Trabajo Servicios de prevención laboral Comités de salud y seguridad Instituto Regional de Salud y Seguridad en el Trabajo</p>
	<p><b>SECUNDARIA</b> <b>TERCIARIA</b></p>	<p>Proporcionar a las personas afectadas:</p> <p>Fisioterapia para mantener y mejorar la movilidad de las articulaciones</p> <p>Ejercicio que no dañe las articulaciones para mantener el estado muscular y cardiovascular</p> <p>Terapia ocupacional para mantener la independencia de los mayores</p> <p>Cirugía electiva de las articulaciones que no responden a la terapia médica</p> <p>Detectar la incapacidad producida por los trastornos osteomioarticulares y prestar apoyo sociosanitario a los afectados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el acceso</li> <li>- Informar a los profesionales sanitarios y afectados</li> <li>- Mejorar el acceso (actividades adecuadas en polideportivos municipales, lugares públicos para la práctica del deporte, carril bici, deporte durante la jornada laboral en actividades sedentarias)</li> <li>- Informar a los afectados, profesionales sanitarios y de servicios sociales</li> <li>- Mejorar el acceso</li> <li>- Informar a los profesionales sanitarios y de servicios sociales, y a los afectados</li> <li>- Reducción de listas de espera</li> <li>- Potenciar la realización de actividades de detección de incapacidad en atención primaria y la derivación en caso necesario a servicios sociales</li> <li>- Mejorar las prestaciones sociosanitarias</li> </ul>	<p>Sistema sanitario asistencial Ayuntamientos DGSPAC Consejería Servicios Sociales</p>

<sup>1</sup> Encuesta sobre discapacidades, 1999

<sup>2</sup> Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid, 2001

<sup>3</sup> Registro CMBD, 2001

<sup>4</sup> Scott y Hochberg, 1998

## PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El suicidio y las lesiones autoinflingidas son la 8ª-9ª causa de APVP en hombres<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los problemas crónicos de salud mental tiene una importante prevalencia en las edades maduras: 4% de la población entre 45-64 años dice que tiene depresiones de forma crónica; un 2% ansiedad; y otro 1,3 % insomnio<sup>2</sup></li> <li>- La prevalencia de demencia en población española mayor de 64 años oscila en España entre 5,2 y 16% según los pesos de los distintos grupos de edad y los criterios diagnósticos de los diferentes estudios<sup>3</sup></li> <li>- En cálculos mundiales una de cada 100 personas desarrollará esquizofrenia en algún momento de su vida<sup>4</sup></li> <li>- Se estima que es muy alto el porcentaje de pacientes de atención primaria que presentan ansiedad o trastornos depresivos<sup>5</sup>. Además los problemas mentales tienen relación con procesos psicósomáticos prevalentes como la lumbociática, úlcera de estómago y duodeno y migrañas<sup>6</sup></li> <li>- Los trastornos emocionales no detectados precozmente tienen una evolución más larga, aumentan la frecuentación y el consumo de pruebas diagnósticas y tratamientos<sup>6</sup></li> <li>- El consumo de psicofármacos a partir de los 30 años es importante. Los tranquilizantes son el 2º grupo más consumido (3,8%) en población de 30 a 44 años<sup>2</sup></li> <li>- El 15,3% de las adolescentes escolarizadas y el 2,2% de los adolescentes están en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario<sup>7</sup>. La prevalencia de TCA en esta misma población es de 3,7% (intervalo de confianza 2,1-5,3)<sup>8</sup></li> <li>- Es previsible el aumento en los próximos años de los problemas psicogeriatricos y en particular de los problemas de demencia en esas edades avanzadas</li> <li>- Se prevén nuevas demandas de atención, como son los problemas adaptativos y los trastornos de pareja o de familia</li> <li>- Importancia de los consumos de alcohol y drogas, con perfiles que se modifican en el tiempo y afectan a diferentes colectivos de forma especial (jóvenes, inmigrantes, mujeres,..) lo que requiere adaptar las intervenciones</li> <li>- Los trastornos mentales son causas relevantes de morbilidad en colectivos socialmente desfavorecidos, especialmente entre la población sin techo y los inmigrantes</li> <li>- Impacto social: los trastornos mentales graves son uno de los grupos más prevalentes entre las enfermedades crónicas, más incapacitantes, de aparición más temprana y de duración persistente<sup>9</sup>. Plantean necesidades específicas de atención integral y continua que supera la del sector sanitario (cuidados a largo plazo, cuidados no sanitarios de tipo residencial, ocupacional, ocio, educacional, estrategias de apoyo y sustitución del entorno sociofamiliar...)</li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Conocer la carga de enfermedad que suponen los trastornos de salud mental en la Comunidad de Madrid</p> <p>Prevenir las situaciones que desembocan en trastornos de salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de un sistema de información específico sobre problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid, con especial énfasis en la evolución temporal y la afectación de colectivos de riesgo</li> <li>- Desarrollo de un Plan regional de prevención de los trastornos alimentarios en los adolescentes y jóvenes que considere a los TCA en un contexto psicopatológico global que condicione otras conductas de riesgo (sexo no seguro, drogadicción, alcoholismo), y que incorpore el potenciamiento de la Comisión Interdepartamental de Sanidad y Educación</li> <li>- Desarrollar el Programa de atención al maltrato infantil desde salud mental (incluido en el Programa marco de atención al maltrato infantil en la Comunidad de Madrid), haciendo especial énfasis en la detección de situaciones que alerten sobre la posible existencia de maltrato (trastornos comportamentales, bajo rendimiento escolar, violencia entre iguales)</li> <li>- Desarrollar el programa de promoción de la salud de las mujeres, especialmente de sus apartados sobre violencia de pareja</li> <li>- Potenciar el plan de lucha contra la exclusión de la Comunidad de Madrid</li> <li>- Potenciar el Plan de salud mental</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Servicios sociales Sistema educativo Sector de publicidad, moda Medios de comunicación</p>
	<p><b>SECUNDARIA</b></p>	<p>Facilitar la detección precoz de problemas de salud mental en consultas de atención primaria</p> <p>Facilitar la derivación a salud mental de los pacientes que lo requieran</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar formación y tiempo a los profesionales de atención primaria</li> <li>- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental</li> </ul>	<p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial</p>



INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
	<p><b>TERCIARIA</b></p>	<p>Definir el papel del sistema sanitario de Madrid respecto a la atención de los trastornos mentales, estableciendo la participación de cada nivel asistencial, garantizando la continuidad de la asistencia y en coordinación con la red de servicios sociales</p> <p>Capacitar a los equipos de atención primaria para la realización de terapias psicológicas breves con el apoyo de atención especializada</p> <p>Prevención de los procesos de marginalización social y económica de los enfermos mentales</p> <p>Promover el desarrollo de actividades de apoyo a los enfermos en los aspectos educativos, de ocio, ocupacionales, etc.</p> <p>Permitir que los individuos con trastornos de salud mental puedan permanecer en su ámbito de convivencia habitual el mayor tiempo posible</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar el Plan de salud mental</li> <li>- Proporcionar formación y tiempo a los profesionales de atención primaria</li> <li>- Aumento de la oferta de puestos de trabajo para individuos con discapacidad de origen mental</li> <li>- Aumentar la accesibilidad a rehabilitación ocupacional</li> <li>- Apoyar los grupos existentes de autoayuda y fomentar la creación de nuevos grupos, por ejemplo por medio de subvenciones y apoyo técnico-profesional</li> <li>- Aumentar la accesibilidad a centros de día</li> <li>- Facilitar el acceso a servicios de atención domiciliaria</li> </ul>	<p>DGSPAC Sector sanitario asistencial Consejería de Servicios Sociales Consejería de Trabajo</p>

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de Población de la Comunidad de Madrid, 1999

<sup>2</sup> Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid, 2001

<sup>3</sup> Rodríguez Laso, 2002

<sup>4</sup> Cannon y Jones, 1996

<sup>5</sup> Anales Sistema Sanitario de Navarra, 2001<sup>a</sup>

<sup>6</sup> PAPPs, 1997

<sup>7</sup> Dirección General de Salud Pública, 2002

<sup>8</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002<sup>b</sup>

<sup>9</sup> Anales Sistema Sanitario de Navarra, 2001<sup>b</sup>

## EMBARAZOS NO DESEADOS/ INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento notable (117,6%) de la IVE entre 1991 y 2003: la tasa anual por 1000 mujeres de 15 a 44 años pasó de 6,3 a 11,2. En los últimos 5 años, el incremento de IVEs totales ha sido de 69%<sup>1</sup></li> <li>- Madrid, en cuanto a tasas, es la 2ª región con más IVE<sup>2</sup></li> <li>- Desde 1996 los dos grupos de edad que han experimentado un mayor incremento en sus tasas de IVE son el de 20 a 24 y 15 a 19 años<sup>3</sup></li> </ul> <p>Año 2003:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El 47,5% de las IVE corresponden a mujeres inmigrantes<sup>1</sup> (en un 2,9%, se desconoce el país de origen)</li> <li>- El 56,8% de las mujeres inmigrantes que se realizaron una IVE en la Comunidad de Madrid, convivían con su pareja, frente al 38,4% de las nacionales<sup>1</sup></li> <li>- El 98,1% se realiza en clínica privada<sup>1</sup>, existiendo en la actualidad sólo dos hospitales de la red pública que atienden IVE de bajo riesgo<sup>4</sup></li> <li>- En el 68,1% la mujer dispone de ingresos económicos propios<sup>1</sup></li> <li>- Existe una baja utilización de centros de planificación familiar entre las residentes de la Comunidad de Madrid en los 2 últimos años previos a la IVE: el 61,4% de las mujeres españolas y el 71,0% de las inmigrantes no lo habían utilizado. Si bien la utilización de centros públicos en los dos colectivos es similar, el porcentaje de las que usan centros privados es menor en las inmigrantes (5,6 frente a 14,3%)<sup>1</sup></li> <li>- Entre los años 2002 y 2003 se ha producido un incremento del porcentaje de mujeres a las que se habían realizado IVEs previas (3,5%). Las mujeres inmigrantes han sufrido IVEs previas con más frecuencia que las españolas: las mujeres inmigrantes han tenido alguna IVE previa en un 37,8% de los casos (frente a 28,1 de las españolas); 4,3% han tenido 3 ó más IVEs (frente a 2,0 en las españolas)<sup>1</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Potenciar y desarrollar los programas de la consejería de sanidad relacionados con la prevención de la IVE: Programa de promoción de la salud infanto-juvenil y programa de salud de la mujer incluyendo a los hombres para tratar de lograr su corresponsabilidad</p> <p>Determinar estrategias eficaces y participativas de educación para la salud a nivel individual y grupal teniendo en cuenta las características socio-culturales de los diferentes colectivos e involucrando a la pareja, cuando exista</p> <p>Facilitar el acceso a la población de riesgo a los medios necesarios para la prevención y protección frente a la IVE (incluida la contracepción de emergencia)</p> <p>Estrategia de investigación: Mejorar el conocimiento acerca de los factores favorecedores de la IVE, así como de las características de las personas más vulnerables</p> <p>Aumentar la oferta de los servicios sanitarios públicos (hospitales) para la realización de la IVE</p> <p>Aumentar la oferta de los servicios sanitarios públicos (a.primaria) para la atención a la IVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de la salud infanto-juvenil, haciendo especial énfasis en:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o la difusión de la información sobre la píldora postcoital entre los jóvenes</li> <li>o la consideración de este recurso como un tratamiento de urgencia que debe ser prestado las 24 horas</li> <li>o información a los profesionales sobre la legislación acerca de la prescripción de tratamiento anticonceptivo a menores de edad</li> </ul> </li> <li>- Programa de la mujer, incorporando:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o estrategias de carácter permanente sobre prevención y control del IVE, adaptándolas para la intervención en los distintos biosocioestratos y colectivos especialmente vulnerables (inmigrantes)</li> <li>o incluir en la historia clínica habitual de atención primaria, la historia contraceptiva para ambos géneros</li> <li>o mejora de los mecanismos de captación y diagnóstico de la población a riesgo en atención primaria y especializada, farmacias y medio laboral</li> <li>o difusión de mensajes educativos eficaces sobre los métodos anticonceptivos, la IVE y su prevención y control, especialmente de la píldora postcoital</li> <li>o consideración de la píldora postcoital como un tratamiento de urgencia que debe ser prestado las 24 horas</li> </ul> </li> <li>- Líneas de Investigación:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sobre los resultados de las estrategias educativas y los resultados de los programas de salud</li> <li>o Sobre el perfil socio-cultural de mujeres con IVE previa</li> <li>o Sobre complicaciones de las IVE</li> <li>o Sobre la accesibilidad de recursos y los circuitos que emplean las mujeres para realizarse una IVE</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sistema educativo Sector laboral Medios de comunicación Ayuntamientos Asociaciones Vecinales, Grupos ayuda mutua Asociaciones de emigrantes</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Dirección General de Farmacia Oficinas de Farmacia Servicios de Salud Laboral Agencia Laín Entralgo</p>	
	<b>SECUNDARIA</b>				
	<b>TERCIARIA</b>		<p>Prestar apoyo psicológico a las mujeres que lo precisen</p>		

<sup>1</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2004<sup>a</sup>

<sup>2</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003

<sup>3</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002<sup>a</sup>

<sup>4</sup> Contrato de prestación de servicios, 2003

## CATARATA Y DISCAPACIDADES POR DEFICIENCIAS VISUALES

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El deterioro visual afecta a la mortalidad (en concreto a la de causa accidental<sup>1</sup>)</li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En mayores de 64 años las deficiencias visuales son la 2ª causa de discapacidades (83,1 deficiencias visuales que causan discapacidad por cada 1000 personas)<sup>2</sup></li> <li>- Se estima que cerca del 50% de los mayores de 64 años presentan déficits visuales<sup>3</sup></li> <li>- La primera causa de ceguera irreversible en España en mayores de 64 años es la degeneración macular asociada con la edad (DMAE)<sup>4</sup>. No tiene prevención<sup>5</sup></li> <li>- No hay otros datos poblacionales de la frecuencia de distintas causas de ceguera y deficiencia visual en España. En un estudio realizado en Rotterdam en individuos de 55 y más años, donde la prevalencia de ceguera y deterioro visual iba de 0,5% a los 70 a 16% a los 90 años, a los 75 años la DMAE supone el 30% de los casos, la catarata otro 30% y el glaucoma de ángulo abierto otro 30% (el 10% restante se atribuye a otras causas entre las que destaca la degeneración macular miópica y la neuropatía óptica); a los 85 años los porcentajes son 40% para la DMAE, 31,5% para la catarata, 0,5% para el glaucoma y 28% para otras causas. Entre los 55 y 75 años esas otras causas constituyen más del 60%<sup>6</sup></li> <li>- Estos datos no incluyen los trastornos refractivos, que en un estudio en Melbourne constituían el 60% de las causas de déficits visuales ligeros, moderados y graves<sup>7</sup></li> <li>- La catarata es la 1ª causa de altas (7,8 episodios por 1000 habitantes) y de consumo de recursos de atención especializada (3,6% del total del consumo)<sup>8</sup></li> <li>- El deterioro visual no se percibe como enfermedad en muchos casos porque se considera un proceso normal del envejecimiento<sup>4</sup></li> <li>- El deterioro visual afecta a la independencia y la calidad de vida<sup>4</sup></li> <li>- Más de la mitad de las personas mayores de 75 años mejoran su visión con tratamiento<sup>4</sup></li> <li>- No hay evidencia de que el cribado poblacional con preguntas sobre la visión en ancianos asintomáticos en el contexto de una valoración geriátrica global produzca una mejoría en la visión<sup>9</sup>. Tampoco se ha comprobado la sensibilidad y especificidad de la exploración rutinaria con optotipos. La U.S. Preventive Services Task Force hace una recomendación tipo B para el cribado periódico con optotipos pero no indica periodicidad<sup>10</sup>. El PAPPS y otros grupos recomiendan examen completo de la vista por un oftalmólogo u otro profesional capacitado con periodicidad anual o bianual en población mayor de 65 años, y cada año en mayores de 75 años, diabéticos, pacientes con PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma<sup>4</sup></li> <li>- El cribado de glaucoma se recomienda en mayores de 64 años cada 2 años si no tiene antecedentes familiares de glaucoma y cada año si los tiene<sup>11</sup> luego coincide con la propuesta del PAPPS</li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Disminuir la incidencia de diabetes mellitus y mejorar su seguimiento y control</p> <p>Reducir la exposición ocular a radiación ultravioleta (UV-B)</p> <p>Reducir el consumo de tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (ver ficha de diabetes)</li> <li>- Campañas de difusión de los riesgos de la exposición lúdica a UV-B</li> <li>- Control de la exposición laboral a UV-B</li> <li>- Plan de lucha contra el tabaquismo, con perspectiva de género y a través de estrategias poblacionales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Retrasar la edad de inicio</li> <li>o Reducir el consumo</li> <li>o Crear espacios sin humo</li> <li>o Oferta de tratamientos de deshabituación</li> </ul> </li> </ul>	<p>(ver ficha de diabetes)</p> <p>ISP Medios de comunicación Sistema sanitario asistencial Sistema educativo</p> <p>Instituto Regional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Servicios de salud laboral</p> <p>ISP/ DGSPAC Sistema sanitario asistencial Sistema educativo Ayuntamientos Medios de comunicación Sector laboral Sector sanitario asistencial</p>
	<b>SECUNDARIA</b>	<p>Facilitar a los mayores de 64 años examen oftalmológico anual o bianual (según la necesidad establecida)</p> <p>Evaluar la efectividad del cribado periódico por el médico de Atención Primaria con optotipos de Snellen, por el oftalmólogo y por el optometrista</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información a personas mayores y sus cuidadores y profesionales sanitarios</li> <li>- Mejorar la accesibilidad al oftalmólogo</li> <li>- Estudio de efectividad</li> <li>- Explorar posibilidades de colaboración con asociaciones de optometristas</li> </ul>	<p>ISP Sist sanitario asistencial</p> <p>Agencia Laín Entralgo Asociaciones de optometristas</p>
	<b>TERCIARIA</b>	<p>Facilitar el acceso a gafas</p> <p>Proporcionar cirugía de cataratas</p> <p>Facilitar el acceso a tratamiento de DMAE, glaucoma y retinopatía diabética</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subvencionar la adquisición de gafas para los mayores de 64 años</li> <li>- Reducir las listas de espera</li> <li>- Mejorar la accesibilidad al oftalmólogo</li> </ul>	<p>Seguridad social Sistema sanitario asistencial Servicios sociales</p>

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los únicas maneras conocidas efectivas de reducir el riesgo de cataratas son reducir la exposición ocular a la radiación ultravioleta (UV-B) y el consumo de tabaco (riesgo atribuible a estos dos factores 14%); la diabetes también está implicada<sup>12</sup></li> </ul>		Detectar la incapacidad producida por los déficit visuales y prestar apoyo socio-sanitario a los afectados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar la realización de actividades de detección de incapacidad en atención primaria y la derivación en caso necesario a servicios sociales</li> <li>- Mejorar las prestaciones socio-sanitarias</li> </ul>	

<sup>1</sup> Lee, 2003

<sup>2</sup> Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999.

<sup>3</sup> PAPPs, 1997

<sup>4</sup> de Alba Romero et al, 2003

<sup>5</sup> Arnol y Sarks, 2002

<sup>6</sup> Klaver, 1998

<sup>7</sup> VanNewkirk, 2001

<sup>8</sup> Registro CMBD, 2001

<sup>9</sup> Smeeth e Iliffe, 2004

<sup>10</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996

<sup>11</sup> Department of Veterans Affairs (US), 2000

<sup>12</sup> Brian y Taylor, 2001

# ASMA

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN <sup>2, 3</sup>	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa de mortalidad (1999): 0,5 por 100.000 en varones y 3 en mujeres</li> <li>- Tasas muy inestables debido a su baja frecuencia</li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia en población de 18 a 44 años, en 1993 y en 2000-01:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Acumulada: 6,5% (IC: 5,3-7,6) y 9,4%(IC: 8,3-10,6)</li> <li>o Actual: 2,6% (IC: 2,0-3,2) y 4,8% (IC: 4,0-5,7)</li> <li>o Crisis en el último año: 1,7% (IC: 1,3-2,1) y 2,9% (IC: 2,3-3,6)</li> </ul> </li> <li>- Aumento posiblemente debido a mejora diagnóstica</li> <li>- Más frecuente en varones hasta los 25-30 años, a partir de aquí se invierte</li> <li>- Patrón estacional: aumento en mayo, disminución en verano y nuevo incremento en septiembre que se mantiene durante el invierno</li> <li>- Incremento de la demanda en atención primaria desde 1993 (6% anual), urgencias (6% anual) y atención especializada</li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO<sup>2, 3</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores predisponentes: atopia</li> <li>- Factores causantes               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Domésticos y del ambiente laboral</li> <li>o Agentes biológicos y químicos causantes de asma laboral</li> <li>o Medicamentos (aspirina)</li> </ul> </li> <li>- Factores contribuyentes: aumentan la probabilidad de desarrollar asma               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Tabaco</li> <li>o Contaminación atmosférica</li> <li>o Infecciones virales y parasitarias</li> <li>o Bajo peso al nacer</li> <li>o Dieta</li> </ul> </li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	Evitar la exposición a agentes etiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la exposición ambiental a alérgenos en etapa prenatal y 1ª infancia (insuficientemente evaluado)</li> <li>- Evitar exposición pasiva al humo de tabaco en la infancia</li> <li>- Reducción de la exposición laboral a alérgenos</li> <li>- Programas de deshabituación del tabaquismo en el medio laboral</li> </ul>	DGSPAC ISP Sistema educativo Sector laboral Medio Ambiente Medios de Comunicación
	<b>SECUNDARIA</b>	Detección precoz de individuos sensibilizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización de la sensibilización de trabajadores expuestos a agentes sensibilizadores (no existen recomendaciones estandarizadas)</li> <li>- Programas para detectar el asma en la escuela</li> </ul>	Sector sanitario asistencial Sector laboral Sector educación
	<b>TERCIARIA</b>	<p>Minimizar el impacto de la enfermedad</p> <p>Mejorar el diagnóstico</p> <p>Mejorar el tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa para el tratamiento del asma de la Comunidad de Madrid</li> <li>- Elaboración de guías y protocolos</li> <li>- Educación en autocuidados</li> </ul>	DGPSAC ISP Sector sanitario asistencial Medio Ambiente

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Comunidad, 2003

<sup>2</sup> Antó y Sunyer, 1998

<sup>3</sup> Goldring, 1998

## ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa bruta de mortalidad que fue de 29,4 por 100.000 habitantes (45,4 en varones y 14,6 en mujeres) en 1999<sup>1</sup></li> <li>- Desde mediados de los años 80 se observa un incremento muy significativo en varones y moderado en mujeres en las tasas anuales de mortalidad estandarizadas<sup>1</sup></li> <li>- La razón de masculinidad fue de 5,5 en 1999<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad crónica muy frecuente en España, que afecta a adultos y presenta importantes diferencias de género. Tanto la mortalidad como las altas hospitalarias tienen una tendencia creciente en los últimos años<sup>1</sup></li> <li>- El 3,8% de la población mayor de 64 años refiere haber sido diagnosticado de bronquitis crónica<sup>2</sup></li> <li>- En estudios españoles del 2000 la prevalencia global fue de 9,1% de la población adulta entre 40-70 años, 14,3% en hombres y 3,9% en mujeres<sup>1</sup></li> <li>- Da lugar a reagudizaciones que causan una elevada frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de ingreso. Presenta importantes diferencias de género y un patrón estacional claro<sup>1</sup></li> <li>- Según el Registro Regional de CMBD de altas hospitalarias la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocasionó en 2001 más de 10.200 altas, lo que representa una frecuentación de 1,99 por 1.000 habitantes, que explican el 2,39% de los recursos consumidos. El 32,9% de estas altas son reingresos y el 14,4% tienen tres o más ingresos previos<sup>1</sup></li> <li>- Es una enfermedad con elevado impacto económico asistencial, estimándose un coste asistencial medio por paciente, desde su diagnóstico hasta su fallecimiento, de 5 millones de pesetas<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Principal factor de riesgo es el tabaco, siendo responsable de alrededor del 86% de la enfermedad en los hombres y del 69% en las mujeres de nuestra comunidad<sup>1</sup></li> <li>- También se ha señalado a la contaminación ambiental o laboral, factores genéticos (déficit de alfa 1 antitripsina) y de la dieta<sup>1</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Modificar hábitos de consumo de tabaco en población general</p> <p>Mantener los niveles de contaminación ambiental dentro de los límites establecidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de lucha contra el tabaquismo, con perspectiva de género a través de estrategias poblacionales <ul style="list-style-type: none"> <li>o Retrasar la edad de inicio</li> <li>o Reducir el consumo</li> <li>o Crear espacios sin humo</li> <li>o Oferta de tratamientos de deshabitación</li> </ul> </li> <li>- Vigilancia de la contaminación ambiental</li> </ul>	<p>Sistema educativo Sector laboral Medios de comunicación Industria del tabaco</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial</p>
	<b>SECUNDARIA</b>	Estrategia individual para ralentizar la evolución de los pacientes diagnosticados en el inicio del proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico precoz</li> <li>- Programa de control para introducir medidas que ralenticen su evolución, especialmente de fisioterapia respiratoria</li> </ul>	<p>DGSP ISP Sector sanitario asistencial</p>
	<b>TERCIARIA</b>	Mejorar la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados paliativos</li> </ul>	<p>Sector sanitario asistencial</p>

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de Madrid, 2003

<sup>2</sup> Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid, 2001

# DIABETES MELLITUS

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1999 fallecieron por esta causa 279 varones y 425 mujeres<sup>1</sup></li> <li>- La tasa de mortalidad aumentó hasta 1988 y desde entonces ha descendido<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexto problema crónico autodeclarado más prevalente<sup>2</sup></li> <li>- La prevalencia de la DM diagnóstica en población general de todas las edades pasó de 2,59 a 3,19% entre 1996 y el 2000 (23% de aumento)<sup>3</sup></li> <li>- La frecuencia de la DM tipo I permanece estable y la DMII en notable aumento (90% de los diabéticos).</li> <li>- En población &gt; 64; 1 de cada 10 personas refiere estar diagnosticada y 1 de cada 11 en tratamiento<sup>2</sup></li> <li>- Existe un importante infradiagnóstico; entre el 30-50% sin diagnosticar<sup>4</sup></li> <li>- La DM es: <ul style="list-style-type: none"> <li>- factor de riesgo en el desarrollo de CI = RR 2-4.</li> <li>- 1ª causa de ceguera en adultos en edad activa</li> <li>- 1ª causa amputaciones no traumática MI (40%), y enfermedad renal terminal (1ª causa trasplante)<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO<sup>5</sup></b></p> <p>Riesgo atribuible a DM tipo II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad (20-90%) Estos dos factores</li> <li>- Inactividad física (24%) están en aumento (SIVFRENT)</li> <li>- Otros Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Dieta inadecuada:(&gt; en lípidos, &lt;en fibra)</li> <li>o Historia familiar de DM</li> <li>o Tabaco</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Establecer una estrategia eficaz para la disminución y el control de los FR asociados al desarrollo la DM tipo II :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Incrementar la ingesta de frutas, vegetales, fibra y reducir la ingesta de grasas.</li> <li>o Incrementar el ejercicio y actividad física.</li> <li>o Vigilancia y control de la HTA</li> <li>o Supresión del hábito tabáquico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un conjunto de normas regionales de desempeño de la salud pública en lo que se refiere al cuidado de la Diabetes</li> <li>- Acciones de Educación para la Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Difundir mensajes educativos eficaces sobre la DM, su prevención y control a nivel escuela, trabajo, etc</li> <li>o Fomentar acciones educativas de prevención y control de los FR de la Diabetes que sean adecuados desde el punto de vista lingüístico y cultural a los diferentes colectivos y bio-socio-estratos.</li> <li>o Incorporar acciones educativas y estrategias para mejorar los hábitos insalubres relacionados con la DM</li> <li>o Potenciar la educación para la salud en grupos de riesgo o potencialmente de riesgo a fin de prevenir la enfermedad</li> <li>o Plan lucha contra el tabaquismo.</li> <li>o Ver ficha de HTA</li> </ul> </li> <li>- Investigación sobre la DM: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fomentar la investigación conjunta sobre la prevención y control de la DM.</li> <li>o Investigar las repercusiones que los cambios culturales, dietéticos, de estilo y condiciones de vida, están teniendo en la población inmigrante, especialmente en grupos desfavorecidos.</li> <li>o Potenciar y desarrollar el SIVFRENT y explorar las mejoras necesarias para recopilar información útil y operativa sobre la DM</li> <li>o Fomentar la investigación sobre los resultados de los programas de intervención sobre DM.</li> </ul> </li> <li>- Acciones desde el sistema sanitario: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Establecimiento de la Guía Europea de manejo de la DM.</li> <li>o Mejorar los mecanismos de captación y diagnóstico de la población a riesgo en atención primaria y especializada, farmacias y medio laboral.</li> <li>o Establecer controles periódicos de glucemia basal en la población a riesgo.</li> <li>o Establecer estrategias terapéuticas sencillas en los pacientes bajo tratamiento por DM y fomentar el autocontrol y autocuidados mediante refuerzo educativo individual y/o grupal.</li> <li>o Vigilancia y detección precoz de las complicaciones derivadas: ceguera, enfermedad renal, cardiovascular, úlceras en los pies.</li> <li>o Intervenciones relevantes desde el punto de vista cultural y con base científica para prevenir las complicaciones de la DM</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sector sanit. asistencial Oficinas de farmacia Medios Comunicación S. Médicos de Empresa Salud Laboral DGSPAC/ISP Sistema educativo Asociaciones Soc. científicas Grupos ayuda mutua Ayuntamientos Consejería de Cultura y Deportes</p> <p>Sector sanit. asistencial Oficinas de farmacia Medios Comunicación S. Médicos de Empresa Salud Laboral DGSPAC/ISP Soc. científicas Grupos ayuda mutua</p> <p>Sector sanit. asistencial Oficinas de farmacia Medios Comunicación S. Médicos de Empresa Salud Laboral DGSPAC/ISP Soc. científicas Grupos ayuda mutua</p>
	<p><b>SECUNDARIA</b></p>	<p>Para la DM tipo II: Incorporar estrategias eficaces para su detección y control precoz.</p>		
	<p><b>TERCIARIA</b></p>	<p>Mejora del cumplimiento terapéutico de los pacientes bajo tratamiento por DM</p> <p>Disminuir la incidencia y prevalencia de complicaciones derivadas de DM tipo II</p> <p>Mejorar el acceso a la información y la evidencia científica a profesionales y usuarios.</p>		

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones a nivel social y comunitario:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Potenciación y ampliación de redes sociales y comunitarias de apoyo ("traiga VD. una amiga/o al grupo")</li> <li>o Elaboración de material educativo y de divulgación sobre DM y fomento de vías de difusión de la información (página Web) disponible y actualizada para profesionales y población.</li> <li>o Apoyar los grupos existentes de autoayuda y fomentar la creación de nuevos grupos, por ejemplo por medio de subvenciones y apoyo técnico profesional</li> </ul> </li> </ul>	Sector sanit. asistencial Oficinas de farmacia Medios Comunicación S. Médicos de Empresa Salud Laboral DGSPAC/ISP Soc. científicas Grupos ayuda mutua

<sup>1</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2003

<sup>2</sup> Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid, 2001

<sup>3</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002<sup>c</sup>

<sup>4</sup> Plan de Salud de la Comunidad de Madrid, 2003

<sup>5</sup> Bishop, 1998



## INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
<p><b>MORTALIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª causa de muerte y 2ª causa de APVP en hombres de 30 a 44 años<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ausencia de un registro individualizado de infección por el VIH no permite describir la situación del problema. Sólo tenemos información de la COMESEM<sup>2</sup>. Para el conjunto de la Comunidad de Madrid, con los datos de que disponemos (número de pruebas detectadas por los laboratorios), sólo podemos estimar tendencias</li> </ul> <p><b>FACTORES DE RIESGO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso compartido de jeringuillas sigue siendo la primera vía de transmisión entre los nuevos casos de sida. Los usuarios de drogas en situación de exclusión social, mantienen una alta prevalencia de prácticas de riesgo y de infección por VIH autorreferida (39,2% en el año 2001), lo que favorece la transmisión del VIH en este colectivo</li> <li>- La frecuencia de prácticas de riesgo en el colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres permite predecir el mantenimiento de la epidemia por VIH en este grupo. Además se observa un diagnóstico tardío de la infección: el 37,4% de los casos de sida de los años 2001 y 2002 en este grupo, se diagnosticaron a la vez de infección VIH y Sida</li> <li>- El 42,4% de las mujeres diagnosticadas de sida en los años 2001 y 2002 se había infectado por vía heterosexual y de ellas el 50% se diagnosticaron a la vez de infección por VIH y sida</li> <li>- El 12,4% casos de sida notificados y diagnosticados en los años 2001 y 2002 no son originarios de España. Según el estudio de la COMESEM<sup>2</sup>, el número de nuevas infecciones en personas con país de origen distinto a España ha aumentado, pasando de suponer el 1,3% de los diagnósticos de infección por el VIH en 1991 al 38,9% en el 2002</li> <li>- La oferta de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH a las mujeres gestantes y la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) a partir de 1998 han sido eficaces en la profilaxis de la transmisión vertical</li> </ul>	<p><b>PRIMARIA</b></p>	<p>Establecer una estrategia coordinada de prevención de VIH y sida y un espacio de coordinación de los principales organismos implicados, con liderazgo desde la Consejería de Sanidad y Consumo</p> <p>Mejorar la información disponible sobre la infección</p> <p>Mejorar las acciones de promoción del "sexo seguro" en los diferentes colectivos</p> <p>Mejorar los programas de intercambio de jeringuillas y de tratamiento de las drogodependencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir una estrategia coordinada y un reparto de funciones y tareas (Plan Regional de Prevención del VIH/SIDA), con dotación presupuestaria suficiente y una persona responsable de la misma</li> <li>- Constituir un espacio de coordinación que haga un seguimiento del Plan y una evaluación periódica</li> <li>- Implicar a las estructuras de las áreas de salud en el plan</li> <li>- Poner en marcha un registro regional de infección por el VIH</li> <li>- Realizar estudios cualitativos y cuantitativos en poblaciones centinelas</li> <li>- Mantener los convenios existentes y promover nuevos convenios ante necesidades específicas</li> <li>- Programa de promoción de la salud infanto-juvenil</li> <li>- Programa de prevención y control del SIDA/VIH</li> <li>- Apoyar los programas de intercambio de jeringuillas y de deshabituación y reinserción</li> </ul>	<p>ISP DGSPAC Agencia Antidroga Oficina Regional de Coordinación de Acciones frente al VIH/ SIDA S. sanit. asist. (especialmente las unidades hospitalarias de atención al VIH/SIDA y AP) Centros monográficos (Sandoval, Montera) Consejería de Educación Consejería de Familia y Asuntos Sociales Ayuntamientos ONGs Medios de comunicación</p> <p>ISP DGSPAC Sector sanitario asistencial ONGs</p> <p>ISP DGSPAC Agencia Antidroga S. sanit. asist. (especialmente las unidades hospitalarias de atención VIH/SIDA y AP) Centros monográficos (Sandoval, Montera) Consejería de Educación</p> <p>Consejería de Familia y Asuntos Sociales Ayuntamientos ONGs Agencia Laín Entralgo</p>

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
		<p>Mejorar las intervenciones sobre la población reclusa en la Comunidad de Madrid</p> <p>Mejorar el conocimiento sobre la situación de vida y las características socioculturales de los distintos colectivos de inmigrantes con el fin de desarrollar programas de promoción y prevención adaptados culturalmente</p> <p>Promover el interés de asociaciones de inmigrantes en temas relacionados con la salud sexual y con el VIH en particular</p> <p>Mejorar las actividades de prevención dirigidas a personas seropositivas y su entorno</p> <p>Prevenir la transmisión ocupacional del VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyar las intervenciones existentes realizadas por ONGs</li> <li>- Establecer un vínculo de comunicación estable con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para detectar necesidades de intervención y coordinar actuaciones</li> <li>- Programa de prevención VIH/SIDA</li> <li>- Realizar estudios con distintos colectivos de inmigrantes</li> <li>- Apoyar las intervenciones existentes y poner en marcha nuevos programas con diferentes estrategias de intervención en población inmigrante</li> <li>- Favorecer con apoyo técnico y económico proyectos de asociaciones de inmigrantes</li> <li>- Programa de prevención y control del SIDA/VIH</li> <li>- Apoyar las intervenciones de prevención sobre personas seropositivas y su entorno</li> <li>- Aportar información a los profesionales sanitarios sobre medidas para evitar el contagio</li> <li>- Facilitar el tratamiento antirretroviral postexposición</li> <li>- Identificar puestos laborales de riesgo para la transmisión del virus por parte de los servicios de salud laboral</li> </ul>	<p>ISP Dir Gral de Instituciones Penitenciarias ONGs</p> <p>ISP Consejería de Familia y Asuntos Sociales Ayuntamientos ONGs Agencia Laín Entralgo</p> <p>ISP Agencia Antidroga S. sanit, asist, (especialmente las unidades hospitalarias de atención VIH/SIDA y AP) Centros monográficos (Sandoval, Montera)</p> <p>ISP Sector sanitario asistencial Servicios de prevención hospitalarios</p>
	<b>SECUNDARIA</b>	Ofertar precozmente la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH y tratamiento si fuera necesario, a personas con prácticas de riesgo y todas las mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la realización de protocolos para el diagnóstico precoz y la prevención de la infección por el VIH en cada uno de los diferentes niveles asistenciales</li> <li>- Asegurar que la detección protocolizada de VIH en embarazadas se haga de rutina</li> </ul>	<p>ISP DGSPAC S. sanit asist. (especialmente las unidades hospitalarias de atención VIH/SIDA y AP)</p>

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE ACTUACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES
	TERCIARIA	<p>Garantizar el acceso de las personas seropositivas discapacitadas a recursos de tipo social</p> <p>Ampliar la oferta y recursos de cuidados paliativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio de necesidades y financiación de recursos de tipo social y de cuidados paliativos</li> <li>- Apoyar los grupos existentes de autoayuda a personas seropositivas y fomentar la creación de nuevos grupos</li> </ul>	<p>Ayuntamientos</p> <p>Consejería de Familia y Asuntos Sociales</p> <p>ONGs</p> <p>Sector sanitario asistencial</p>

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid, 2000.

<sup>2</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2003

## ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

INDICADORES/ EVIDENCIAS	NIVELES DE PREVENCIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES	
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La infección meningocócica es la segunda causa de mortalidad en niñas entre 1 y 14 años<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de protección frente a las enfermedades incluidas en el calendario de vacunación son superiores al 90%, excepto para la difteria y tétanos para la población adulta y para la parotiditis en niños<sup>2</sup>. Se ha producido un ascenso de la incidencia de parotiditis en el período 1998-2001<sup>3</sup></li> <li>- Por otra parte, las neumonías, junto con la gripe son responsables del 5,7% de las altas en hombres mayores de 74 años y en 3,7% en mujeres del mismo grupo de edad. En el 2001 hubo 2195 casos ingresados que cumplían los criterios de enfermedad invasora por neumococo, 198 de los cuales fallecieron. La enfermedad afecta especialmente a mayores de 64 años (205,7 casos por 100.000 habitantes) con un alta letalidad (9,1%)<sup>4</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	<p>Mantener el calendario vacunal con altas coberturas</p> <p>Generar confianza pública sobre la política vacunal y los criterios para introducir o no nuevas vacunas en el calendario</p> <p>Coordinar las unidades con competencias en política vacunal y programas de prevención de enfermedades vacunables</p> <p>Mejorar la información disponible sobre los vacunados y la cobertura vacunal desagregada territorialmente que permita identificar bolsas de no vacunados</p> <p>Establecer una estrategia de vacunación específica para grupos minoritarios (inmigrantes, gitanos) culturalmente adaptada</p> <p>Mejorar la inmunización en población adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir manteniendo el esfuerzo presupuestario.</li> <li>- Establecer un dispositivo técnico que realice evaluaciones de coste-efectividad sobre la introducción de nuevas vacunas en el calendario; esto puede hacerse a nivel nacional o creando un dispositivo técnico regional coordinado con el nivel estatal</li> <li>- Establecer una política de comunicación externa e interna de incorporación de vacunas al calendario, incluyendo la publicación de informes de evaluación y difusión entre pediatras, médicos de familia, sociedades científicas y medios de comunicación.</li> <li>- Establecer un espacio claro de coordinación DGSP/ISP sobre política vacunal y gestión del programa de vacunas.</li> <li>- Poner en marcha el Registro Nominal de Vacunados</li> <li>- Estudiar las barreras existentes para la vacunación, especialmente en colectivos socialmente desfavorecidos.</li> <li>- Estudio de todos los casos en no vacunados para averiguar las razones de la no vacunación</li> <li>- Protocolizar y evaluar las acciones de captación activa de población en edad vacunal, especialmente en los colectivos de riesgo, desde los centros asistenciales</li> <li>- Asegurar altas coberturas vacunales de difteria, tétanos, gripe, neumococo etc. en población adulta</li> <li>- Asegurar que el personal sanitario este adecuadamente protegido frente a las vacunas de calendario</li> </ul>	<p>ISP DGSPAC Medios de comunicación</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Asociaciones de inmigrantes Representantes del pueblo gitano</p> <p>DGSPAC ISP Sector sanitario asistencial Salud laboral</p>	
	<b>SECUNDARIA</b>				
	<b>TERCIARIA</b>				

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid, 2000

<sup>2</sup> Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2003

<sup>3</sup> Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, 1992-2001

<sup>4</sup> Registro CMBD, 2001

## TUBERCULOSIS PULMONAR

INDICADORES/EVIDENCIAS	NIVELES DE PREVENCIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	SECTORES/ INSTITUCIONES			
<p><b>MORTALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia a disminuir la tasa de mortalidad por tuberculosis en Madrid, después de un pico en 1995 (17 por 100.000 habitantes)<sup>1</sup></li> </ul>	<b>PRIMARIA</b>	Mejorar las condiciones de vida de los colectivos desfavorecidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid</li> <li>- Programa de lucha contra la exclusión</li> <li>- Plan Regional de Inmigración</li> <li>- Programa de VIH/SIDA</li> </ul>	<p>Recursos sociales que trabajan con los colectivos más afectados</p> <p>Gobierno Civil y Poder Judicial, en los casos de hospitalización terapéutica obligatoria<sup>5</sup></p> <p>DGSPAC</p> <p>ISP</p> <p>Sector sanitario asistencial</p>			
<p><b>MORBILIDAD Y GASTO SANITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La incidencia anual 2001 para la Comunidad de Madrid ha sido de 21,8 casos por 100.000 habitantes, con predominio en varones y un pico en mayores de 74 años y otro en población de 25 a 44 años<sup>2</sup></li> <li>- La prevalencia de la infección por TBC en población infantil es baja y estable<sup>3</sup></li> <li>- La aparición de gérmenes multirresistentes ha obligado a prestarle especial atención.</li> <li>- Es la causa fundamental de Hospitalización Terapéutica Obligatoria</li> </ul>					<b>SECUNDARIA</b>	Diagnóstico precoz	<p>DGSPAC</p> <p>ISP</p> <p>Sector sanitario asistencial</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta fundamentalmente a colectivos desfavorecidos desde el punto de vista sociosanitario: inmigrantes (25%) e infectados por el VIH-sida<sup>4</sup></li> </ul>					<b>TERCIARIA</b>	Tratamiento adecuado	<p>Sector sanitario asistencial</p>

<sup>1</sup> Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid, 1991-1998

<sup>2</sup> Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2001

<sup>3</sup> Encuesta de tuberculina en la población infantil en la Comunidad de Madrid, 1993-1994

<sup>4</sup> Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid, 2003

<sup>5</sup> Hospitalización Terapéutica Obligatoria

## **4.2 TABLA RESUMEN SOBRE FACTORES DE RIESGO, GRUPOS VULNERABLES Y ACCIONES EN SALUD.**

Las fichas anteriores contienen las propuestas de objetivos e intervenciones respecto a los dieciocho problemas de salud identificados. Estos problemas no están ordenados por jerarquía en la magnitud y prioridad en su abordaje. Además puede considerarse que su número es excesivamente alto para poder organizar una estrategia de salud factible en torno a ellos. Sin embargo, la comparación de las intervenciones propuestas en cada una de las fichas demuestra que muchas son comunes. Para facilitar esta tarea permitiendo una visualización de los aspectos comunes señalados en cada una de las fichas se ha elaborado *la Tabla 1*, en la que se ha tratado de recoger de forma resumida *qué factores de riesgo, qué grupos especialmente vulnerables y qué acciones concretas* aparecen recogidas en al menos dos fichas.

La Tabla 1 muestra un conjunto reducido de factores de riesgo, grupos poblacionales e intervenciones cuyo abordaje podría reducir la carga producida por varias enfermedades de máxima importancia en la Comunidad de Madrid.

	Cáncer pulmón	Cáncer mama	Cáncer colon y recto	Cáncer próstata	Cardiop. isquém.	Enf. cerebrovascular	HTA	Acc. tráfico	Osteomio articular	Probl. salud mental	IVE	Deficiencia visual	Asma	EPOC	DM	VIH	Tbc	Enf. vacunables
Dieta		?	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%	+			
Hipercolesterol.					39%	?												
HTA					20%	20%												
DM					1%	?												
Contaminación atmosférica	Aumenta incidencia												Polen	+				
Exposición laboral	H: 18% <sup>†</sup> M: 1% <sup>†</sup>								13,5 %*			UVB	Alergenos					
Inmigrantes y colectivos desfavorecidos										Mayor prevalenc.	Mayor prevalenc.					Prácticas de riesgo	Mayor incidencia	Bolsas sin vacunar
Adolescentes y jóvenes											+					+		
Detección de discapacidad y apoyo socio-sanitario						+		+	+	+		+		+				
Rehabilitación terapia ocupacional						+		+	+	+				+				
Grupos de apoyo		+	+	+						+	+				+	+		
Cuidados paliativos	+	+	+	+		+								+		+		
Registro de tumores		+	+	+														
Investigación			Preven- ción 2ª	FR	Genética		Estra- tegias			Carga de enfer- medad	FR, estra- tegias	Efectiv. cribado						

Tabla 1 : Factores de riesgo (en amarillo), colectivos (en naranja) y acciones (en verde) que se relacionan con más de un problema de salud identificado. Los porcentajes corresponden al límite inferior de los riesgos atribuibles poblacionales publicados. 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; UVB: radiación ultravioleta B; FR: factores de riesgo; \* Artrosis de rodilla; † Asbestos.

## **5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Mediante la elaboración de este documento se ha pretendido aportar información útil y líneas directrices en relación a los principales problemas de salud de nuestra región.

Con este primer informe, se pone a disposición de la DGSPAC y las diferentes unidades y servicios que la conforman, una serie de líneas estratégicas y propuestas de intervención preliminares.

El documento se enmarca en el proceso que comenzó con la elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid y el borrador del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid, y debe continuarse con un debate y posterior consenso sobre las propuestas que contiene, en el que participen todos los servicios y actores implicados.

Somos conscientes de que, dada la diversidad de los problemas presentados, que nos ha obligado a optar por un trabajo de tipo sintético e integrado, se han quedado pendientes de mayor definición muchas cuestiones, ya sea por déficit reales de información, por el diferente desarrollo que los temas tienen desde el trabajo de salud pública y sin duda porque existe aún mucha información a la que no hemos podido acceder.

Es por ello que consideramos que el mayor valor de este trabajo, más que los resultados concretos que presentamos, es el de constituir una propuesta metodológica de referencia para la discusión técnica y la toma de decisión política que implica la definición de objetivos y líneas prioritarias de salud pública.

Se trata de una propuesta basada en la integración de la información, en la fijación de objetivos y dirigida al conjunto del sistema sanitario, y que contempla la necesidad de hacer llegar a los sectores sociales las necesidades de salud de la población y los factores que las condicionan.



Estas conclusiones serán presentadas como respuesta a los objetivos planteados al comienzo del trabajo:

## **1.- Selección de los principales problemas de salud de la población de la Comunidad de Madrid:**

El Informe del Estado de Salud de la Región, es un documento muy valioso que aporta información sustancial y útil sobre los problemas de salud de Madrid. Así mismo, el resto de fuentes consultadas, las cuales se han reflejado de manera detallada en el presente trabajo, han sido elementos imprescindibles a la hora de completar dicha información y poder establecer propuestas de intervención. En este sentido se propone la siguiente recomendación:

*El próximo Informe de Estado de Salud de la Región debería incorporar fuentes complementarias de información tales como la Encuesta de Salud, el CMBD o la encuesta de discapacidad.*

El primer Informe del Estado de Salud dedica más espacio a las enfermedades transmisibles que a las no transmisibles. Por el contrario, sólo tres de los dieciocho problemas de salud identificados en este documento se corresponden con enfermedades infecciosas. Probablemente la inclusión de un análisis integrado de la información que proporcionan las otras fuentes arriba referidas permitiría dibujar un perfil epidemiológico más acorde a la realidad del momento y aproximar ambos diagnósticos de situación. Por lo que se propone la recomendación número 2:

***Nuevas ediciones del Informe deberían prestar más atención a las enfermedades no transmisibles, incluyendo problemas de salud mental (más allá de los trastornos del comportamiento alimentario), patología osteomioarticular, deficiencias visuales e interrupción voluntaria del embarazo.***

Por otro lado, tal como se comprueba a través del trabajo realizado y se aprecia claramente en la Tabla 1, cuando hablamos sobre los principales problemas de salud de la Región se presentan a un mismo nivel problemas con un muy diferente nivel de concreción. Es decir, que entre los dieciocho problemas seleccionados figuran al mismo nivel enfermedades concretas (como los cánceres o la cardiopatía isquémica) y grandes bloques que engloban varias enfermedades o síntomas con especificidades propias como los problemas de salud mental.

Esta situación muestra, por un lado, el elevado nivel de desarrollo y detalle que alcanzan para algunas patologías los actuales sistemas de información y vigilancia epidemiológica en salud pública, pero también la necesidad de coordinación con otras instancias que disponen de fuentes de información relevantes cuyo acceso no es aún viable para salud pública, o cuyos datos pueden integrarse en los sistemas actuales.

***Es necesario potenciar o implementar el despegue de sistemas de información y vigilancia relativos a los problemas de salud mental, discapacidad, accidentes o salud laboral para que puedan proporcionar información útil y relevante en estas áreas.***

En el informe correspondiente al año 2003 el nivel de desagregación elegido para el análisis es el de área sanitaria. Este nivel tiene un gran interés para la planificación y debe mantenerse. Sin embargo, desde la perspectiva del análisis epidemiológico, las áreas son unidades muy grandes que presentan grandes diferencias en su interior.

*Debe incorporarse un nivel inferior al de área sanitaria en el análisis de los datos epidemiológicos. Esto permitirá avanzar en la detección de poblaciones de riesgo, diferencias socioeconómicas determinantes para la salud y posibles riesgos ambientales.*

## **2.- Definición de los objetivos y ámbitos de intervención para cada uno de los problemas seleccionados:**

A través del esquema presentado en la tabla 1, se propone una nueva línea de trabajo que consiste en:

*Organizar la estrategia y el proceso de establecimiento de prioridades no sólo en torno a los problemas de salud detectados, sino también respecto a las intervenciones que pueden tener un mayor impacto en la salud global de los madrileños.*

Incluso si fuera necesario empezar por sólo alguno de estos aspectos, la lectura detenida de la tabla indica que las intervenciones sobre:

- el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad y la dieta
- las intervenciones sobre colectivos desfavorecidos
- el desarrollo de sistemas de detección de discapacidad
- la prestación de ayuda sociosanitaria y rehabilitación
- el fomento de los grupos de ayuda mutua
- la mejora de la accesibilidad a los cuidados paliativos

serían las que incidirían sobre un mayor número de problemas de salud.

Es más, las intervenciones sobre los factores de riesgo señalados disminuirían la incidencia y prevalencia de otros factores de riesgo que están relacionados con ellos como la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, con lo que se multiplicarían los efectos benéficos.

El abordaje de estos factores de riesgo, colectivos y acciones específicas no es sencillo. Este documento se ha limitado a sugerir posibles actuaciones respecto a cada uno de ellos, sin llegar a proponer intervenciones concretas cuyo establecimiento queda a criterio de grupos de expertos sobre los distintos temas. Sin embargo, resulta pertinente señalar que respecto a los factores de riesgo cardiovascular los resultados publicados de un plan efectivo desarrollado en Karelia del Norte (Finlandia) para la enfermedad cardiovascular indican que:

***Son necesarias acciones integradas para abordar cambios en los factores de riesgo que forman parte de los estilos de vida***

Esta necesidad de acciones integradas se demuestra igualmente en la atención a los problemas relacionados con la discapacidad, cuya detección permite al mismo tiempo identificar a los receptores de asistencia sociosanitaria y rehabilitación sobre los que van a actuar distintas organizaciones.

Por otro lado, se sabe que las intervenciones sobre estilos de vida son más efectivas si incluyen las mejoras necesarias de las condiciones de vida de los grupos y colectivos considerados, especialmente cuando hablamos de colectivos vulnerables, cuyos recursos socio-económicos condicionan de manera considerable sus posibilidades de acceso y utilización de los recursos socio-sanitarios y sus oportunidades vitales respecto al resto de grupos o colectivos más favorecidos.

*Las estrategias para eliminar los factores de riesgo de mayor peso -tabaquismo, sedentarismo, obesidad y dieta- que implican cambios en los estilos de vida han de contemplar las condiciones de vida y trabajo de los diferentes bio-socio-estratos e incorporar estas consideraciones en sus propuestas a fin de alcanzar el éxito.*

### **3.- Líneas estratégicas:**

En relación a las líneas estratégicas que deben incorporarse a los contratos de prestación de servicios de las diferentes áreas de la Consejería de Sanidad y Consumo y las líneas de cooperación y recomendaciones que deben realizarse respecto a otras instituciones, como ha quedado reflejado en las fichas, las intervenciones propuestas requieren la participación del sector sanitario asistencial en todos los problemas de salud.

Si, tal como ordena la LOSCAM, el Informe del Estado de Salud debe dirigir el proceso de compra de servicios sanitarios:

*Las intervenciones que han sido identificadas a partir del Informe del Estado de Salud de la Población deberían ser incluidas en los nuevos contratos de prestación de servicios. Así mismo deben fortalecerse los canales de coordinación entre las estructuras de salud pública y de asistencia sanitaria.*

Las acciones relacionadas con los aspectos que aparecen en la primera columna de la Tabla 1 son candidatas a ser implementadas de forma prioritaria.

*Los distintos niveles de prevención de todos los problemas identificados precisan de la participación de sectores distintos al sanitario y por tanto, la necesidad de establecer y potenciar marcos de cooperación estables con estos sectores.*

Dada la variedad de actores e intervenciones propuestas, una vez más la Tabla 1 puede ayudar a localizar aquellas de mayor impacto.

#### **4.- Identificación de déficits o necesidades de información:**

Para poder mejorar el proceso de análisis y establecimiento de prioridades y de líneas estratégicas de intervención en salud pública, aparte de las limitaciones reseñadas anteriormente, se han detectado las siguientes:

Sabemos que los estudios sobre desigualdades sociales y salud han puesto de manifiesto el gran impacto que las condiciones de vida de los colectivos humanos tienen sobre la salud y, en este sentido, la necesidad de incorporar en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica datos relevantes que permitan realizar análisis sobre estos factores. Sin embargo en nuestros sistemas de información se echa en falta la disponibilidad de datos que muestren la influencia del nivel socio-económico sobre los problemas de salud o sobre el impacto de las intervenciones propuestas a diferentes niveles. Teniendo en cuenta esto se propone:

*Reforzar y desarrollar los sistemas de información y vigilancia de salud pública para que permitan incorporar el análisis de desigualdades en salud.*

Llama la atención el escaso peso con que aparecen los factores de riesgo ambientales, incluidos los riesgos alimentarios, que sin embargo constituyen una gran parte del trabajo de la salud pública. Esta se debe al escaso nivel de cuantificación del impacto que los riesgos ambientales tienen en la salud.

***Debe incorporarse a los sistemas de vigilancia la información sobre riesgos ambientales y alimentarios, de modo que se haga posible la cuantificación de su impacto en la salud.***

La Tabla 1 señala como una de las actuaciones que afectarían a varios problemas de salud la mejora de los sistemas de registro de tumores para conocer la verdadera magnitud de su incidencia y prevalencia, su evolución con el tiempo, y los factores de riesgo asociados.

Ya hemos señalado que la información sobre otros problemas como los de salud mental o los accidentes de tráfico es aún más escasa o su disponibilidad y explotación es aún un reto para salud pública.

Por otro lado, es muy importante tener acceso a fuentes de información que aportan datos sobre el estado de salud pero que no se han explotado convenientemente desde el ángulo de la identificación de necesidades de salud, tales como el gasto y consumo farmacéutico, la incapacidad laboral transitoria, o los indicadores de evaluación de programas (tabaco, escolar, tuberculosis, etc.).

El fortalecimiento de la capacidad investigadora del sistema aparece también como una necesidad para completar nuestro conocimiento sobre aspectos de la prevención primaria, secundaria y terciaria de varios problemas de salud.

***Debe potenciarse la recogida e intercambio de información y la investigación sobre los problemas de salud de mayor importancia en la Comunidad de Madrid.***

## **6.- PROPUESTA DE TRABAJO**

Consideramos que los pasos que deben guiar el trabajo subsiguiente sobre este documento son:

- a. Su difusión en la estructura de salud pública.
- b. Su revisión por expertos en salud pública.
- c. La revisión y discusión de cada una de las fichas con los responsables implicados en los programas relacionados con ellas.
- d. El cierre del documento final.
- e. La presentación a departamentos de la Consejería que puedan estar implicados en su implantación, de forma prioritaria la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
- f. La presentación a otros departamentos de la Administración y sectores sociales (valorando la pertinencia de utilizar otro formato).



## **7.- BIBLIOGRAFÍA**

**Anales del Sistema Sanitario de Navarra** 2001<sup>a</sup>; 24 (Supl 3): 29

**Anales del Sistema Sanitario de Navarra** 2001<sup>b</sup>; 24 (Supl 3): 34

**Arnol J, Sarks S.** Degeneración macular senil. En: Barton S, editor. *Evidencia clínica*. Bogotá: Grupo Editorial Legis SA, 2002; 571-583

**Bishop DB, Zimmerman BR, Roesler JS.** Diabetes. En : Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editores. *Chronic disease epidemiology and control*. Washington: American Public Health Association, 1998; 421-464

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Interrupción voluntaria del embarazo. vol 8, nº 2, 2002<sup>a</sup>

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. vol 8, nº 10, 2002<sup>b</sup>

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Incidencia y prevalencia de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid, 2000-2001. Vol. 8, nº 12, 2002<sup>c</sup>

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid hasta el 31 de diciembre de 2002. Vol. 9, nº 5, 2003

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid 2001-2003. Vol. 10, nº 2, 2004<sup>a</sup>

**Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid, 1980-2000. En prensa, 2004<sup>b</sup>

**Brian G, Taylor H.** Cataract blindness-challenges for the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 249-256

**Brownson RC, Reif JS, Alavanja MCR, Bal DG.** Cancer. En: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editores. *Chronic disease epidemiology and control*. Washington: American Public Health Association, 1998; 335-373

**Cannon M, Jones P.** Neuroepidemiology: schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 61: 604-613

**Cierco Peguera P, González Enríquez J, Melús Palazón E, Bellas Beceiro B, Ruin Villanueva M, Marzo Castillejo M.** Prevención del cáncer. *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 45-56

**Comunidad Foral de Navarra.** Programa de enfermedades cardio-cerebrovasculares. Accedido en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple5.html> [13-5-2004]

**Contrato de prestación de servicios 2003.** Documentación e informes. Dirección General de Salud Pública. Documento de trabajo no publicado

**De Alba Romero C, Baena Díez JM, de Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I et al.** Actividades preventivas en los mayores. *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 102-120

**Department of Veterans Affaire (US).** Screening for glaucoma in the primary care setting. Washington (DC), 2000. Accedido en:  
[www.ngc.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=2582](http://www.ngc.gov/summary/summary.aspx?doc_id=2582) [17-5-2004]

**Dirección General de Salud Pública.** Comunidad de Madrid. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, nº 67, 2002

**Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.** Instituto Nacional de Estadística, 1999

**Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2001.** Dirección General de Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información. Consejería de Sanidad. Documento de trabajo no publicado

**Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de resultados. Datos básicos.** Madrid: INE, 2000

**Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid.** Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid, 1999

**Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid.** Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid, 2000

**Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM.** EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1998, version 5.0. *IARC CancerBase N° 4*. Lyon: IARC Press, 1999. Accedido en: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm> [17-3-2003]

**Gili M, Murillo F, Perea-Milla E.** Epidemiología y prevención de los traumatismos. En: Martínez Navarro F y col, editores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1998; 613 -631

**Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2003.** Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

**Instituto de Salud Pública.** Informe Altas hospitalarias por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid, 2001. Tendencias 1998-2001, 2004. Documento de trabajo no publicado

**Janssen-Heijnen ML, Gatta G, Forman D et al.** Variation in survival of patients with lung cancer in Europe, 1985-1989. *European Journal of Cancer* 1998 Dec; 34 (14 Spec N°): 2191-2196

**Klaver CCW, Wolfs RCW, Vingerling JR, Hofman A, de Jong TVM.** Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population. The Rotterdam study. *Archives of Ophthalmology* 1998; 116: 653-658

**Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL, Zheng DD.** Visual impairment and unintentional injury mortality: the National Health Interview Survey 1986-1994. *American Journal of Ophthalmology* 2003; 136: 1152-1154

**Llácer A, Fernández-Cuenca R.** Mortalidad en España en 1999 y 2000 (II). *Boletín Epidemiológico semanal. Centro Nacional de Epidemiología* 2003; 11(11): 121-128

**Marrugat J, Elosua R, Martí H.** Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Revista Española de Cardiología* 2002; 55(4): 337-446

**Mezzetti M, La Vecchia C, Decarli A, Boyle P, Talamini R, Francheschi S.** Population attributable risk for breast cancer: diet, nutrition, and physical exercise. *Journal of the National Cancer Institute* 1998; 90: 389-394

**Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.** *Control de la hipertensión arterial en España, 1996.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996

**Ministerio de Sanidad y Consumo.** Información al profesional. Interrupción voluntaria del embarazo, 2003. Accedido en: [www.msc.es/profesional/preProSalud/Embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msc.es/profesional/preProSalud/Embarazo/tablas_figuras.htm) [27-2-2004]

**Mulrow C.** ¿Cuáles son los efectos de los cambios en los hábitos de vida en personas asintomáticas con hipertensión primaria? En: Barton S, editor. *Evidencia clínica.* Bogotá: Grupo Editorial Legis SA, 2002; 112-118

**Newschaffer CJ, Brownson CA, Dusenbury LJ.** Cardiovascular disease. En: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editores. *Chronic disease epidemiology and control.* Washington: American Public Health Association, 1998; 297-334

**PAPPS,** Curso de Prevención a Distancia en Atención Primaria 1997

**Plan Integral del Cáncer.** Situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. Documento de trabajo no publicado

**Plan de Salud de la Comunidad de Madrid de 2003 a 2010.** Documento de trabajo no publicado

**Registro CMBD de altas hospitalarias y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid, 2001.**

**Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.** Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2001

**Rodríguez Laso A.** Factores socioeconómicos asociados a la demencia en España. *Actualizaciones en Neurología, Neurociencias y Envejecimiento* 2002; 0: 52-54

**Scott JC, Hochberg MC.** Arthritis and other musculoskeletal diseases. En: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editores. *Chronic disease epidemiology and control*. Washington: American Public Health Association, 1998; 465-490

**Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.** Informe cáncer de mama, 2003. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo. Comunidad Autónoma de Madrid. Documento de trabajo no publicado

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A).** 1995-1999. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Smeeth L, Iliffe S.** Community screening for visual impairment in the elderly (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

**Tseng M, Weinberg CR, Umbach DM, Longnecker MP.** Calculation of population attributable risk for alcohol and breast cancer (United States). *Cancer Causes and Control* 1999; 10: 119-123

**U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.** *Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition*. Washington, DC, 1996. Accedido en: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/gcps0043.html> [17-5-2004]

**VanNewkirk MR, Weih L, McCarty CA, Taylor HR.** Cause-specific prevalence of bilateral visual impairment in Victoria, Australia. The visual impairment project. *Ophthalmology* 2001, 108: 960-967

**Vogel VG.** Tools for evaluating a patient's 5-year and lifetime probabilities. *Postgraduate Medicine* 1999<sup>a</sup>; 105. Accedido en: [www.postgradmed.com/issues/1999/05\\_15\\_99/vogel.htm](http://www.postgradmed.com/issues/1999/05_15_99/vogel.htm) [13-5-2004]

**Vogel VG.** Determining who is at risk for breast cancer. *Primary Care & Cancer* 1999<sup>b</sup>; 19. Accedido en: [www.cancernetwork.com/journals/primary/p9910a.htm](http://www.cancernetwork.com/journals/primary/p9910a.htm) [13-5-2004]