

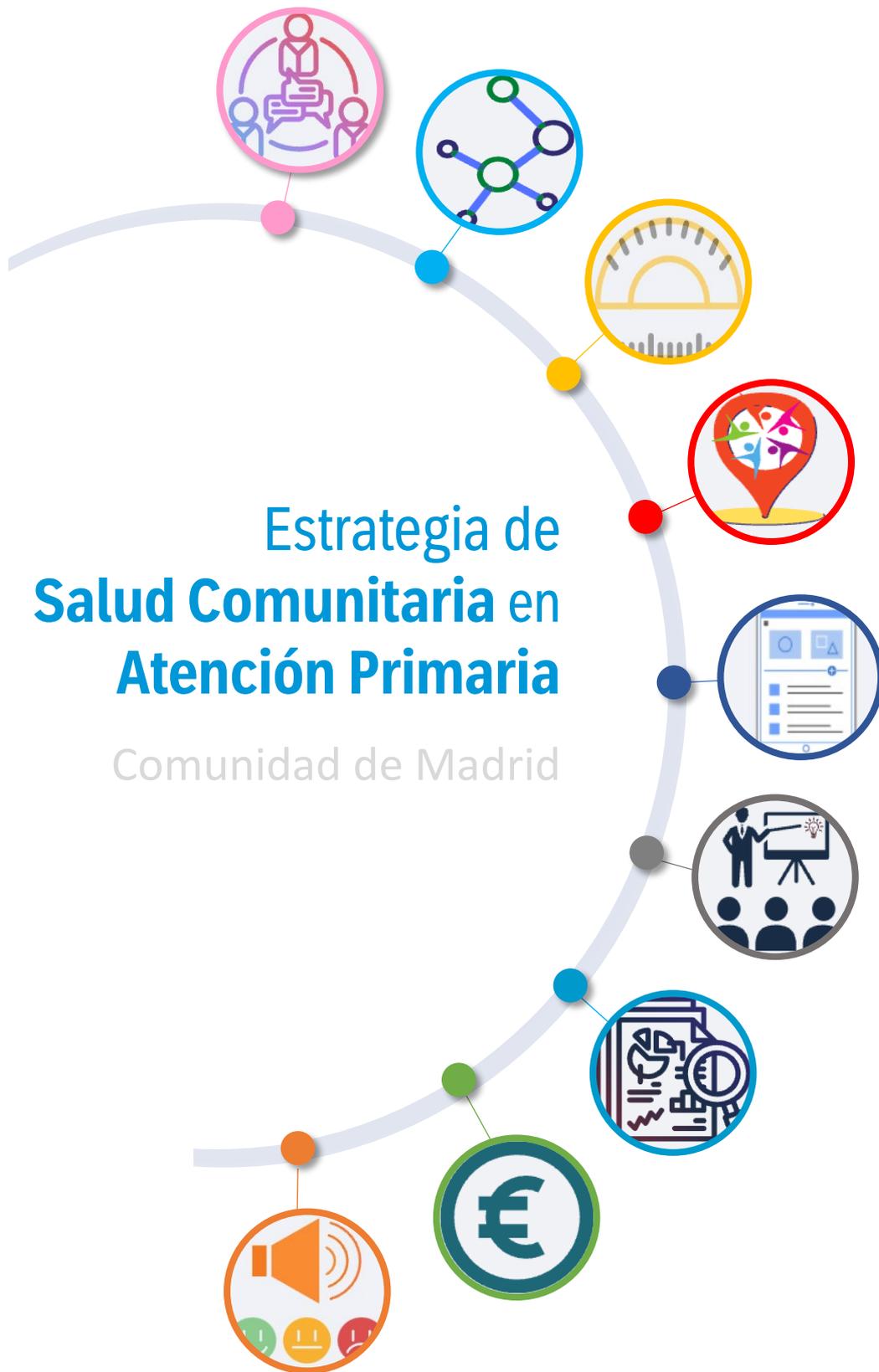
# Estrategia de **Salud Comunitaria** en **Atención Primaria**



**Comunidad  
de Madrid**

# Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria

Comunidad de Madrid





Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General del Proceso Integrado de Salud

Coordina: Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Texto: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Edita: Dirección General del Proceso Integrado de Salud

Edición: Octubre /2022

ISBN: 978-84-451-4024-6

Depósito Legal: M-27309-2022

Impreso en España - *Printed in Spain*



**INDICE DE CONTENIDOS**

PRESENTACION	12
RESUMEN EJECUTIVO	13
1. JUSTIFICACIÓN	16
2. MARCO NORMATIVO	20
2.1 NACIONAL	20
2.2 AUTONOMICO	21
3. MARCO ESTRATÉGICO	22
3.1 INTERNACIONAL.	22
MECANISMO DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA (REGLAMENTO UE 2021/241 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO DE 12 DE FEBRERO DE 2021)	22
NEXT GENERATION EU20 INSTRUMENTO COMUNITARIO PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SOCIOSANITARIA	22
HORIZONTE EUROPA: NUEVO PROGRAMA MARCO DE LA UE	23
AGENDA 2030. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	23
3.2 ESTATAL	24
PLAN DE RECUPERACIÓN TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA (PRTR) APROBADO POR EL GOBIERNO EN ABRIL DE 2021	24
ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA 2022	24
ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SNS	25
MARCO ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	25
PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA 2022-23	26
ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	26
RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL AUTONÓMICO	27
GUÍAS: ACCIÓN COMUNITARIA PARA GANAR SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	28



3.3 AUTONÓMICO	28
PLAN DE MEDIDAS ANTIFRAUDE PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA	28
PLAN REGIONAL DE INNOVACIÓN EN SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID	28
PLAN GENERAL DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO	28
PLAN DE INMIGRACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID	28
II PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	29
PLAN DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PREVECOLON)	29
PLAN DE PREVENCIÓN CANCER DE MAMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (DEPRECAM)	29
PROGRAMA DE INFORMACIÓN JUVENIL	29
PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES POCO FRECUENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID	29
ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERMAS	29
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	29
PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	29
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL DOLOR	29
PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	29
ESTRATEGIA MADRILEÑA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	30
PLAN DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GITANA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	30
SUMANDO CON LA COMUNIDAD	30
LÍNEAS TRANSVERSALES DE ACTIVACIÓN DE LA EDUCACIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	31
4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA	31
5. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	34
5.1 ANÁLISIS EXTERNO: ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	35
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	35



ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA	36
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	36
ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE MAYORES	38
ESPERANZA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES	38
POBLACIÓN EXTRANJERA	42
SALUD PERCIBIDA	42
RESULTADOS ODS AGENDA 2030	44
ALFABETIZACIÓN EN SALUD	49
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	53
ESTILOS DE VIDA EN LA INFANCIA	54
ESTILOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	56
ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS	59
ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES	65
SERVICIOS Y PROGRAMAS OFRECIDOS POR OTROS SECTORES	66
MAPAS DE LA VULNERABILIDAD EN SALUD	68
5.2 ANÁLISIS INTERNO	68
ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVO	68
CONVENIOS DE COLABORACIÓN Y LINEAS DE COORDINACIÓN	71
CONTRATO PROGRAMA	72
CRITERIOS DE VALORACIÓN INDIVIDUAL	74
LÍNEAS TRANSVERSALES DE ACTIVACIÓN DE LA EDUCACIÓN GRUPAL Y ACCIÓN COMUNITARIA	75
ATENCIÓN POR NIVELES DE ENFOQUE COMUNITARIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	79
NIVEL 1: ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIA	81
NIVEL 2: ATENCIÓN GRUPAL	86
NIVEL 3: ATENCIÓN COMUNITARIA	89
RECURSOS DIGITALES E INNOVACIÓN DIGITAL EN EDUCACIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA	94
FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD COMUNITARIA	97
INDICADORES DE EVALUACIÓN Y CUADRO DE MANDO ESPECÍFICO	99



DIVULGACIÓN CIENTÍFICA E INVESTIGACIÓN	101
6. DEFINICIÓN ESTRATÉGICA	102
DESTINATARIOS	102
DURACIÓN	103
EJES ESTRATÉGICOS	103
MISIÓN	103
VISIÓN	103
OBJETIVO	104
PRINCIPIOS RECTORES	104
7. LOS 9 EJES ESTRATÉGICOS	104
EJE 1 (E1). DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN	105
EJE 2 (E2). ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVO	106
EJE 3 (E3). NORMATIVO Y COLABORATIVO	109
EJE 4 (E4). CENTROS DE SALUD CON ENFOQUE COMUNITARIO	110
EJE 5 (E5). SALUD DIGITAL E INNOVACIÓN	115
EJE 6 (E6). FORMACIÓN Y CULTURA	119
EJE 7 (E7). INVESTIGACIÓN	121
EJE 8 (E8). FINANCIACIÓN	122
EJE 9 (E9). EVALUACIÓN	123
ANEXO 1. PROPUESTA DE INDICADORES COMUNES	125
ANEXO 2. MAPA DE LÍNEAS DE ACTIVACIÓN GRUPAL	128
ANEXO 3. LOS 9 EJES ESTRATÉGICOS	129



## EQUIPO DE TRABAJO

### **Gerente Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.**

Martínez Machuca, Sonia.

### **Director Técnico de Integración y Control de Proyectos de Atención Primaria.**

Sarrión Bravo, Juan Antonio.

### **Coordinación y diseño de Estrategia Salud Comunitaria de Atención Primaria.**

Del Rey Granada, Yolanda.

### **Persona designada por el Comité institucional del marco estratégico para la Atención Primaria y Comunidad de Madrid.** Del Rey Granada, Yolanda.

### **Persona designada por la ponencia de promoción de la salud Madrid. Dirección General de Salud Pública.** Domínguez Bidagor, Julia.

### **Persona designada por la Fundación de Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria.** Gómez Gascón, Tomás.

### **Persona designada de la Dirección General de Sistemas de Información y Salud Digital.** Sanz del Oso, Juan José.

### **Personas de la Comisión de Vida Saludable de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria por orden alfabético:**

Barrios Garcia, Luz Divina; Bravo Rodríguez, Jesús; Carrasco Munera, Adrián; Corral Villar, María del Carmen del; Cubero Muñoz, Arantxa; Del Rey Granada, Yolanda; Domínguez Bigador, Julia; Hernán Hernández, Eva; Herrera Sánchez, Beatriz; Jiménez Hervas, Juan; Jiménez Rescalvo, María; Lopez Marín, Gema María; Martín Jiménez, Esther; Martín Peinador, Yolanda; Merlos Chicharro, María Isabel; Nieto Muñoz, Cristina; Onecha González, Elena; Pozo Judez, Cruz del; Rodríguez González, Silvia Isabel; Roperó Pires, Juan Ignacio; Sánchez Niño, Verónica; Sarrión Bravo, Juan Antonio; Seoane Noya, Carolina; Vicente del Hoyo, Mónica; Villalba Lopez. Sara.



**Personas designadas de las distintas Direcciones Técnicas, Unidades y Áreas de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria por orden alfabético:**

Alcázar González, María Luisa; Amengual Pliego, Miguel; Bermejo Caja, Carlos; Catalán Colera, Luis Vicente; Cura Gonzalez, Isabel del; Fernández Allende, Ana Luisa; Fernández Díaz, María Carmen; Jiménez Carramiñana, Julián; Jiménez Dominguez, Cristina; López Palacios, Sonia; López Romero, Andrés; Pastor Rodríguez-Moñino, Ana; Sánchez Niño, Verónica; Toledano Sacristán, Eva; Vicente de Hoyo, Mónica; Villares Rodríguez, José Enrique; Warleta Gil, Milagro.

**Mención y agradecimiento a las personas responsables de Educación para la Salud y Participación Comunitaria en los centros de salud (CS) de la Comunidad de Madrid (CM) hasta la fecha de publicación de la estrategia 2022 y por orden alfabético.**

**Dirección Asistencial Norte:**

Aguilera Collado, Carlos; Andrés García, María Asunción; Antón Castello, José Luis; Aroca Palencia, Juana; Ballón Hurtado, Amparo; Barrios Rodríguez, Pilar; Bártulos Sastre, Isabel; Baz Pacheco, Almudena; Bueno Greco, Rosa María; Buiza Palomino, Lorena; Cano Ayuso, Ana; Cayuela Martínez, Andrés; Fernández García, Andrés Félix; Fontova Cemeli, María Teresa; Gal Gal, Nicoleta; García Fresnillo, Manuel; Gil Sánchez, Paloma; Guevara Trillo, Alba; Herrero Vanrrell, Paloma; Lonza Castro, Paula; Lucas Suarez, Ana Rosa; Martín Díaz, Rafael; Martínez Gómez, Marta; Medina Fernández, Manuela; Mencías Gutiérrez, Heliadora; Núñez Álvarez, Esther; Palomo Muñoz, Mercedes; Panizo Bayo, Anita; Peñanda Verdugo, Sofía; Ramírez Menéndez, Carmen Laura; Ruiz Jiménez, Paula; Sánchez Vaquero, Alicia; Somoza De Calzada, Elsa; Varona Lahuerta, Elisa; Vázquez Díaz, Isabel

**Dirección Asistencial Sur:**

Adillo Montero, M<sup>o</sup> Isabel; Ahijado Rodríguez, Sara; Alonso Pérez, Juan Francisco; Arranz González, Rosa; Barrena Ortega, Mercedes; Barrios García, Luz Divina; Benito Mate, Soledad; Berdie Calle, Isabel; Cabañas Cedillo, Aída; Calero Jara, María Ángeles; Carnes Martín, Bárbara; Coronel Martínez, María Teresa; Corral Romero, Carmen; Cortes Durán, María; Cubero Lázaro, Estela; Delgado González, Isabel; Díaz González, Isabel; Domingo López, Josefina; Estrada Oliver, Isabel; Fernández Estébanez, Pilar; Fernandez García, Pepa; Fernández Martínez, Alma; Escobar García, Martha Olga; Gaitero Guerola, Ana; Gallego Moreno, María Fátima; García Casado, Irene; García Delgado, M<sup>a</sup> Teresa; García García, Carmen; García Gutiérrez, Patricia; García Mayoral, Francisca; García Rico, Susana; García Santaolalla, Cristina; Gómez Carreño, Eva Gallego; Gómez Piqueras, Laura; González Macías, Miriam; Guerrero González, Rosa María; Jaramillo Ruiz, Gema; Jiménez Jaren, María; Juncal Martín Sánchez, María; López Muñoz, Diego; Latatu Córdoba, Pablo; Liébana



Nistal, Esther; Lobato López, Sergio; López Martín Nieto, Rosalía; Lucas Arraz, Sheila; Maine García, Olga María; Martín Frerire, Ana; Martín García, Ángel; Martínez Navarro, Ana María; Martínez Romero, Tamara; Millán Susinos, Raquel; Mirante Gómez, Mercedes; Monzón Bueno, Ana Isabel; Moreno Murillo, Carmen; Moreno Rodríguez, Cristina; Muñoz García, Pilar; Muñoz Velasco, Fátima; Narvárez Guallichico, Elena; Ortiz San José, Alicia; Padrón Ruiz, Rosa; Paradelo Miguel, Esperanza; Perales Navarro, Miriam; Peralta Álvarez, Gema; Pérez Fernández, Rebeca; Pinto Carmona, Sonia; Rodríguez Martínez, Ana; Ruiz Gil, Mónica; Sanz García, Oscar; Sanz Ramírez, Rosa María; Serra Rodríguez, Rodolfo; Serrano González, Dolores; Tejada Matamoros, Tania; Vega Laso, María Lourdes de; Vega Lizcano, Silvia de; Villahoz Márquez, Carmen.

### **Dirección Asistencial Centro:**

Adán Martín, Marta; Alcalde Román, María Mercedes; Álvarez Hermida, Ángeles; Amigo Solla, Antonio; Antero Jiménez, Mirella; Aragón Arribas, María Inmaculada; Arenas Yagüez, Raquel; Arjona Algaba, Cristina. Baidés Doblado, Azahara; Calvo Sanz Noelia; Calvo Trujillo, Susana; Cano Gallardo, Ana María; Carretero Sanz, Javier; Delgado Silvan, Eloina; Díaz Gómez, Gema; Egido Alonso, Isabel; Fernández Gutiérrez, María Nuria; García Ayuso, Reyes; García Capilla, María Pilar; García Urosa, Leonor; González Caravallo, Andrea; Guijarro Guijarro, María Carmen; Gutiérrez Negredo, Raquel; Hernanz Guijo, Alejandro; Herrero Baeza, Ana; Herrero Sancho, Elvira; Hidalgo García, Carmen; Igea Moreno, Mónica; Iglesias Rus, Laura; López Asenjo, Irene; Mallo López, Ana; Martínez Sanz, Inmaculada; Menéndez Regidor, Laura; Moreno Asorey, María Cristina; Murillo Corrochano, Carmen; Nuevo Pozo, Gonzalo; Núñez Blanco, Yolanda; Pablo Morante, Cristina de; Pacheco Martín, Silvia; Pastor Pardo, Auxiliadora Blanca; Ramírez Bonet, Tania; Redondo Lorenzo, María; Rubio Segura, Pablo José; Ruiz García, Diego; Sánchez Crespo Blanco, Elia; Sánchez Hernández, Lua; Sánchez Ramírez, María Luisa; San Pablo Campos, Ana Carolina; Saz Garrido, María Pilar del ; Tamurejo Mayoral, María Isabel; Tapias Merino, Ester; Tello Bernabé, María Eugenia; Villarroya Sender, Sara.

### **Dirección Asistencial Este:**

Abad Mérida, Carmen; Alegre Ajo, Irene; Almena Martínez, Rosario; Antelo Brioso, Concepción; Arroyo Vázquez, Carolina; Asensio De La Cruz Almudena; Ayuso Gil, Encarnación; Barea Ruiz, Rafael; Bazán Martín, Laura; Caballero Ramírez, Nuria; Calderón Martínez, Fabiola; Carro De Blas, Berta; Carrero González, Cristina; Castilla Haro, María Trinidad; Escribano Zaera, Mónica; Fernandez Batalla, Marta; Fernández Gómez, Iván; García Martín, Guadalupe; García Del Río, Isabel; González Valls, Arancha; García Ruiz, Lydia; Gómez Fernandez, Rebeca; González García, Blanca B; Hernández Solís, Andrea; Hernandez Yelas, María José; Huetes González, Raquel; Jiménez Díaz, Marina; Icierra García, Vanesa; Iglesia Moreno, Sonia de la; Iglesias Sánchez, Jorge; Iscar Erasun, Regina; Martínez Arroyo, Anunciación; Marzo Del Olmo, Patricia; Lozano Alcocer, Héctor; Martínez



Calvo, Pilar; Pacho Pinto, María Sagrario; Pérez Barrios, Raquel; Pérez Enguidanos, Irene; Pérez Juárez, María; Pérez Lopesinos, Isabel; Polo González, Ana Maria; Pulido Lopez, Esmeralda; Rodríguez Romero, María Del Carmen; Rubio Casado, Laura; Sánchez Alcaide, Laura; Sánchez González, Irene; Sánchez Mangas, Beatriz; Toribio Romero, Irene; Vallejo García, Raquel; Yebra Cabrera, Marta.

### **Dirección Asistencial Oeste:**

Acosta Rodríguez, Zaira; Aguilera Rubio, María; Alcalá Del Olmo González, M<sup>a</sup> Ángeles; Alonso Poza, Paloma; Aparicio Lizana, Sara; Araque Sánchez, Pilar; Barbero Matilla, Susana; Beatobe Carreño, Lorena; Carnicero Pastor, M<sup>a</sup> José; Casado Nistal, Sara; Casas Martínez, María Del Pilar; Castillo Díaz, Eva; Codesal Pérez, Elena; Costantini Valleta, Florencia; Díaz De La Quintana, Carlos; Domingue Bautista, Carmen; Escudero Lirio, Margarita; Fernández González, Emma; Garces Antolín, Vanesa; García Bermejo, Laura; Gayo Milla, Mónica; Gil Jiménez, M<sup>a</sup> Dolores; Gómez Chacón, Leticia; Gómez Sanz, María Jesús; González Gálvez, Diana; González Guerra, Marisa; González López, María; González Rico, Raquel; Gorrón Carrasco, Montserrat; Juan García, Natalia de; Herrera Hidalgo, Adriana; ; Inchusta Hualde, Isabel; Jiménez Antón, Virginia; Jiménez Del Val, Verónica; Jiménez Olmedo, Aurora María; Manzanas Ruiz, Inés; Martín Maestro Ortega, Beatriz; Martín Ruiz, Esther; Martínez Camacho Ruiz, Mercedes; Martín Carrillo, M<sup>a</sup> Lourdes; Medina Sampedro, M<sup>a</sup> Gloria; Méndez Fernández, Begoña; Moral Robles, Concepción; Moran Pastor, Lucia; Muñoz Moreno, Antonio; Navarro Mellen, Julia; Noguero Álvarez, Mar; Pereyra Serra, Diana; Pérez Ruiz, Alicia; Sánchez Ramos, M Carmen; Ramos Aguilera, Ana Isabel; Rodríguez Manteca, Julia; Rodríguez Vizcaíno, Mónica; Rubio Gordón, Laura; Sagredo Castro, Irene; Sánchez de la Mano, Florentina; Sereno Deudero, Pablo A.; Serrano Cuellar, María Antonia; Silva De Manuel, Eduardo; Tejera Nevado, Ana; Zapater Serrano, Carmen.

### **Dirección Asistencial Noroeste:**

Barrios Ortiz, Nuria; Berenguer, María; Bermúdez Linares, Luisa; Blanco Rentero, Gema; Borrego Prieto, Gema; Burreros García, María Mar; C. Rodríguez, Eugenia; Colmenero Hernández, Ana; Cosculluela Pueyo, Rafael; Diaz Fernández, Cristina; Díaz Revilla, Alicia; Escalera Abad, Carmen; Esteban Arroyo, Sagrario; Estévez Sánchez, Alba; Falomir Carrasco, Rebeca; Fassi Diaz, Milagros; García García, Antonio; Gil Garrido, Natalia; Gil González, M<sup>a</sup> José; Gómez, Cristina; Gómez Pascual, Beatriz; González Martos, Adela; González Tardón, Paloma; Gonzalo González, Sonia; Hernández, Isabel; Hernández, Luis Felipe; Huerta Galindo, Luis; Jiménez Caño, Antonio; Llamas Sandino, Nuria Beatriz; Lozano Vázquez, Dolores; Lubian Blanco, Pilar; Martín Abreu, Joaquina; Martín Arribas, Laura; Medina Victoria; Miguel Abad, Marta de; Moreno, Eva; Moreno Martínez, Irene; Murcia Cuenca, Rocio; Olmos Corvillo, Vanesa; Parera Blanco, Paloma; Pascual Patrao, María; Portugués Porras, Nuria; Rabadán Ana María; Roca, Juan; Rodríguez Trenado, Soledad; San José, Esther; San Román Núñez, Marta; Santano Amores, María; Salinas, Ana Paula; Salgado



Reig, Ramón; Serna Martínez, Emilio; Trancón Muñoz, Miguel Ángel; Trujillo Ferri, Alejandra; Vázquez Pezo, Sonia E; Vázquez Rodríguez, Belén; Vega Mendía, Miguel Ángel; Vidal De La Riva, María Isabel;

### **Dirección Asistencial Sureste:**

Alcolea Picazo, María Del Valle; Ayuso De La Torre, M<sup>a</sup> Begoña; Barceló Fidalgo, María Luisa; Becerra Muñoz, Ana; Blanco Corral, Raquel Ana; Blázquez Blázquez, Ana Belén; Coca Escribano, Elena; Cristóbal Sáenz De Manjarre, Rut; Díez Sánchez, María; Escudero Domínguez, Teresa; Folguera Álvarez, Carmen; Fraile García, Cristina; García Oliva, Francisco Javier; García Prieto Martínez, Lara; Gómez Pérez, Pilar; González Castellanos, Lara Edurne; Gutiérrez Rojas, Marta; Hernández Cobeño, María Ángeles; Hernández García Alcalá, José; Hernández-Gil Alonso, Ana María; Ibáñez Escribano, Paloma; Jiménez Moral, Dolores; López Argente, María Del Mar; López Torres, Escudero; Lujano Arenas, Amparo; Madrid Pérez, Francisco Javier; Manzorro Vallejo, Daniel; Marín Manzanero, Javier; Martínez González, María Gema; Martínez Torres, María Ester; Molins Santos, Carmen; Monzón Muñoz, Natalia; Morales Murillo, Inmaculada C. Moreno Carreras, Laura; Oliva Recio, Mercedes; Parraga San Segundo, María Concepción; Parrondo Babarro, Elena; Peinado Toledo, Ana Isabel; Peláez Raposo, Belén; Pérez Calvo, Elena; Pérez Jimena, María Dolores; Pérez León, Raquel; Plaza Rivera, Sara; Pradas Prieto, Itziar; Rangel Barroso, Isabel; Rodríguez Fernández, Carmen; Rodríguez Pérez, Esmeralda; Román Rodríguez, Manuela; Roque Garay, Ariamna; Roy Zafra, Rut; San Frutos Alconez, Ana Belén; Sánchez Martín, Magdalena; Sánchez González, Mónica; Santander Heras, Inmaculada; Serrano Durán, Paloma; Tarancón Hernández, Carmen; Velilla Celma, María Ángeles; Venturini Medina, María Carmen.

**Mención y agradecimiento al grupo de trabajo de Salud Comunitaria** constituido por el área de Promoción de la Salud y Equidad, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y coordinado por Jara Cubillo Llanes, María Terol Claramonte y Ana Gil Luciano.<sup>1</sup>

1

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones\\_estrategia\\_salud\\_comunitaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf)



## PRESENTACIÓN

La Atención Primaria tiene su campo de acción en las personas y en la comunidad en la que viven. La comunidad tiene importancia por su influencia tanto en los estilos de vida de las personas como en el medio ambiente, ambos factores determinantes que contribuyen al estado de salud de las personas. Hasta ahora se han puesto en marcha iniciativas que promueven la actividad comunitaria, como la incorporación de este servicio a la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria y su seguimiento en la aplicación EpSALUD. En el nuevo contexto, se hace necesario dotar a nuestra organización de una herramienta para avanzar en esta línea, que es la que hoy presentamos.

Esta primera Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de La Comunidad de Madrid reúne en su análisis interno y externo información de dos años previos a la pandemia (2018 y 2019) y de los años 2020 y 2021, ofreciendo de este modo una visión del comportamiento de la atención ofrecida con enfoque comunitario desde los Centros de Salud previa a la pandemia, tras la reorganización de la asistencia frente a la COVID-19 y sobre la percepción de su labor por la ciudadanía. Toda esta información acumulada y analizada ha sido clave para marcar dos de los ejes de la estrategia: el eje de constitución de una estructura y organización permanente de la Salud Comunitaria, y el eje de activación de la atención individual, personalizada y familiar, grupal y comunitaria que se realiza desde los centros de salud con enfoque comunitario.

Los profesionales de Atención Primaria han realizado, día a día, prevención y promoción de estilos de vida saludable a nivel individual, grupal y de forma colectiva para sumar con su trabajo y esfuerzo diario el desarrollo de las actividades y servicios que se recogen en el análisis de situación interna de la estrategia. Gracias a este trabajo, se ha hecho posible el desarrollo de los principios que inspiran esta estrategia y va a facilitar su desarrollo efectivo.

Mi reconocimiento y agradecimiento a todos estos profesionales y a las personas que, con su trabajo, han contribuido a que sea posible la elaboración y publicación de la Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Enrique Ruiz Escudero  
Consejero de Sanidad  
de la Comunidad de Madrid



## RESUMEN EJECUTIVO

La orientación comunitaria del sistema sanitario plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Así mismo, conlleva el uso de las ciencias de la Salud Pública (SP) y estrategias basadas en la evidencia, y otros enfoques para empoderar y trabajar con la comunidad, de una manera culturalmente apropiada, para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas que viven, trabajan o están en una comunidad<sup>2</sup>.

La Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de Atención Primaria, es la primera estrategia de carácter autonómico que presenta vientos de intervención comunitaria del Servicio Madrileño de Salud y surge para dar respuesta al Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021.

Es un compromiso autonómico planteado en una estrategia con un horizonte temporal 2022-2026, con el objetivo de **potenciar y fortalecer la orientación comunitaria en los tres niveles<sup>3</sup> posibles de la asistencia sanitaria** ofrecida desde los **centros de salud**:

**Nivel 1.** Nivel **individual** y familiar: «pasar consulta mirando a la calle».

Es el nivel de trabajo en la práctica asistencial habitual en las consultas y en los domicilios, la **atención individual y personalizada**. En él se presta atención a las personas dando importancia a sus contextos, a las historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de **determinantes sociales** de la salud. Todas las personas que trabajan en Atención Primaria (AP), incluidas las unidades de atención al usuario, pueden incorporar la orientación comunitaria de su práctica diaria en este nivel.

**Nivel 2.** Nivel **grupal**: «educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas».

En este nivel se trabaja con **grupos** promoviendo **acciones educativas** dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta las **características** de esta y las **necesidades** concretas de cada **territorio**. Con una visión holística de las personas, invitando a la reflexión y potenciando el desarrollo de habilidades que den respuesta a los problemas e intereses de las personas, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, incorporando una perspectiva de equidad y buscando el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del aprendizaje significativo y entre iguales y el fomento del autocuidado. Este nivel se desarrollará por aquellas personas de los equipos de AP que trabajan con grupos.

**Nivel 3.** Nivel **colectivo**: Acción comunitaria en salud, «el centro de salud no es el único centro de salud».

<sup>2</sup> semFYC. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria [Internet]. 2018 [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.semfyyc.es>

<sup>3</sup> Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 1 de octubre de 2018;32:5-12



En este nivel se trabaja, de forma **intersectorial e interdisciplinaria**, con numerosas entidades y agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Se trata de que alguna/s **persona/s del equipo de AP representen al centro de salud en un proceso de acción comunitaria y/o desarrollo comunitario**. Este proceso puede que ya exista, puede que lo esté liderando otra entidad o la ciudadanía, o puede que lo tenga que liderar el equipo de AP. Señalar que algunos de estos procesos comunitarios no hablan de "salud" pero tienen los mismos objetivos.

La acción comunitaria tiene como alcance el conjunto de una población o comunidad definida, y como objetivo la mejora de los resultados en salud, entre los que merece un apartado concreto el bienestar, tratando de mejorar las condiciones de vida y la equidad. Para ello es fundamental la participación ciudadana, el trabajo intersectorial y multidisciplinar, e intervenir con perspectiva de equidad sobre los determinantes de la salud y la enfermedad<sup>4</sup>.

Y además de fortalecer la orientación comunitaria en la asistencia sanitaria ofrecida desde los centros de salud, este documento pretende dar a conocer a profesionales de todos los ámbitos y a la ciudadanía de la Comunidad de Madrid los ejes estratégicos que se van a desarrollar, donde se apuesta por centros de salud con enfoque comunitario que **potencia el papel de los equipos y de las estructuras** de Atención Primaria para realizar **abogacía en salud** sobre elementos relacionados con **determinantes sociales<sup>5</sup> de salud**, que son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas y las poblaciones y que provocan diferencias en el nivel de salud injustas y evitables.

La población de la Comunidad de Madrid, está sumergida en un proceso de transición demográfica similar al de otras muchas autonomías, ciudades y países desarrollados, donde se observa un envejecimiento de la población secundario al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad, y una transición epidemiológica, mediante la cual la carga de enfermedad en nuestra población pasó de tener un patrón epidemiológico de enfermedades transmisibles a caracterizarse por la prevalencia mayoritaria de enfermedades crónicas no transmisibles y multifactoriales<sup>1</sup>.

A este proceso demográfico hay que sumarle el cambio en la forma que tienen las personas y la sociedad de comunicarse, fruto de la llegada de las nuevas tecnologías de las comunicaciones sociales<sup>2</sup>.

En este escenario, se concibe que la salud de la población viene determinada tanto por las características biológicas de las personas como por las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, se relacionan y envejecen, y que a su vez vienen determinados por factores políticos, socioeconómicos, educativos, culturales, ambientales,

<sup>4</sup> Benedé Azagra CB, Aguiló Pastrana E, Soler Torroja M. Atención y orientación comunitarias. AMF: Actualización en Medicina de Familia. 2021;17(5):244-9.

<sup>5</sup> Soler-Blasco R, Mas Pons R, Barona Vilar C, Zurriaga Ó, Soler-Blasco R, Mas Pons R, et al. Desigualdades en salud mental: los ingresos por psicosis en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana (2008-2015). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2022];92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272018000100435&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100435&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



de condiciones de empleo y trabajo, de apoyo socio familiar y de la comunidad, y con menor peso, por factores relacionados con la calidad y accesibilidad del sistema sanitario. Este conjunto de factores son los determinantes de la salud que pueden actuar positiva o negativamente en la salud y bienestar de las personas y es uno de los modelos conceptuales que sustentan esta estrategia al igual que el modelo de salutogénesis, de alfabetización en salud y de activos en salud.

Tras realizar un análisis de situación a nivel autonómico en relación a la orientación comunitaria desde Atención Primaria la estrategia **se estructura en 9 ejes** que marcan la ruta y las líneas a seguir para implantar las **acciones y medidas organizativas necesarias** e integrar la orientación comunitaria (enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud: abordaje biopsicosocial, educación para la salud y acción comunitaria) en la **actividad** habitual de las/ los profesionales de Atención Primaria, de forma que su desarrollo sea **sistemático en los tres niveles** posibles.

La ESC 2022- 2026 se evaluará cada dos años según lo establecido en la Ley 33/2011, General de Salud Pública. Las propuestas de acción y las metas que se persiguen con esta Estrategia, además de tener una razón de potenciar el enfoque comunitario desde los centros de salud, se plantean con vientos inspiradores de triple IC, buscando la suma de triple I con la triple C y está sujeta al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y a la financiación de la Unión Europea (Next Generation EU), aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021.



## 1. JUSTIFICACIÓN

Antes de entrar a conocer los por qué y para qué de fortalecer la orientación comunitaria desde los centros de salud, y el papel de los equipos y de las estructuras, que abogan por los determinantes sociales como los factores que influyen en la salud de las personas y las comunidades, es fundamental hacer un recordatorio de algunos conceptos y términos clave que sustentan esta estrategia, y para profundizar en otros, que se usan a lo largo del documento, recomendamos entrar en el Glosario de Promoción de la Salud actualizado en diciembre del 2021<sup>6</sup>.

### ¿Qué es la salutogénesis?

Es una forma de mirar a la salud en positivo desde aquello que la genera y hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es fundamental incorporar el enfoque salutogénico y de los activos para la salud (recursos que generan bienestar y son reconocidos por la comunidad) para comprender la salud en toda su complejidad y así no sólo intervenir sobre lo que produce la enfermedad, sino también fomentar lo que a nivel individual, colectivo y estructural potencia la salud y el bienestar.

La salutogénesis tiene un potencial muy beneficioso para nuestra salud. El reto está, como siempre, en pasar a la acción y en irlo introduciendo en el día a día para tratar de convertirlo en un hábito<sup>7</sup> y dar sentido de coherencia a través de los tres componentes clave introducidos por Antonovsky: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado, la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

### ¿Qué es la salud comunitaria?

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud, los recursos comunitarios y la influencia de factores sociales, económicos, políticos y globales<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. 2021 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349>

<sup>7</sup> <https://whi-institute.com/que-es-salutogenesis/>

<sup>8</sup> Ministerio de Sanidad. Guía Acción Comunitaria Ganar Salud [Internet]. 2021 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion\\_Comunitaria\\_Ganar\\_Salud.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.htm)



## ¿Qué es hacer un enfoque de servicio sanitario orientado a la comunidad?

Es buscar la mejora de las condiciones de vida de la comunidad a la que ofrecemos nuestros servicios sanitarios, sin excluirlos y que los individuos, los grupos y la comunidad tengan un papel activo en la toma de decisiones de su propio estado de salud, ya que cada persona es protagonista de su vida y esas personas se mueven en grupo y forman parte de un entorno comunitario, y el sistema sanitario no es el único determinante que influye en su estado de bienestar.

Este enfoque contempla un conjunto de actuaciones que podemos hacer tanto de forma individual, como de forma grupal y/o comunitaria, donde el centro de salud sea una entidad más que contribuye en el bienestar de las personas, de los grupos y/o colectivos, y sin pensar que nuestras actuaciones son las únicas.

Una contribución basada en la evidencia científica y orientada a la promoción de la salud, a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, a la identificación de los recursos y servicios disponibles para poder recomendárselos y a la priorización e implantación de las intervenciones que partan de programas y/o proyectos educativos elaborados para mejorar el estado de bienestar de la comunidad.

Dejar de lado la visión asistencial de “usuarios atendidos” y potenciar el valor como servicio que busca “mejorar las condiciones de vida individuales, grupales y comunitarias”, donde el contenido concreto de esta mejora dependerá de la realidad de cada comunidad. Siendo este elemento fundamental, ya que se implica el **enfoque de equidad en salud** donde cualquier situación (individual y/o colectiva) es mejorable y todas las personas puedan lograr plenamente su máximo potencial en salud. Se requiere que las necesidades de las personas guíen la distribución de las oportunidades para el bienestar y evita el ‘peligro’ de vincular el trabajo comunitario a las comunidades marginales o a situaciones sociales extremadamente deficitarias<sup>9</sup> y pierda un enfoque de proporcionalidad, de curso de vida y de adaptación a la diversidad<sup>10</sup>.

Dentro de este enfoque de equidad es necesario resaltar la necesidad de **incorporar la perspectiva de género**, desde la valoración individual de la salud a la planificación y evaluación de actuaciones grupales y comunitarias<sup>11</sup>, al igual que **otros ejes de desigualdad** (edad, ingresos, nivel educativo, clase social ocupacional, país de nacimiento, localización geográfica y discapacidad reconocida)<sup>12</sup>.

<sup>9</sup><https://www.aragon.es/documents/20127/47465924/Estrategia+Atencion+Comunitaria+revision+2020.pdf/dfe4c716-c6e7-8192-1fd7-752989daf416?t=1604920207983>

<sup>10</sup> Pearce A, Mason K, Fleming K, Taylor-Robinson D, Whitehead M. Reducing inequities in health across the life-course. Early years, childhood and adolescence. WHO [Internet]. 21 de julio de 2020 [citado 10 de junio de 2022]; Disponible en: <https://livrepository.liverpool.ac.uk/3095429>

<sup>11</sup> Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 1 de octubre de 2018;32:92-7.

<sup>12</sup> Ministerio de Sanidad. Documento Técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. 2021 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico\\_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf)



## ¿Cuáles son las entidades y/o personas protagonistas del bienestar de una comunidad?

Las entidades y/o personas protagonistas son la ciudadanía, los recursos técnicos y las administraciones e instituciones<sup>13</sup> que desde el inicio hasta el final de las actuaciones, tienen que aplicar una "triple C" y una "triple I".

Entendiendo:

- **Ciudadanía** como asociaciones, colectivos, grupos informales, líderes sociales y personas a título individual.
- **Recursos técnicos** como profesionales y técnicos de los diversos servicios que intervienen en la comunidad.
- **Administraciones e Instituciones** como representantes de las distintas administraciones públicas e instituciones que intervienen en la comunidad.

**En el presente documento denominamos triple C**, como al valor añadido que se imprime al sumar la coordinación, la colaboración y el compromiso en busca del bienestar común de una comunidad **y triple I**, como al valor añadido que se imprime con la suma interdisciplinariedad, intersectorialidad y la interoperabilidad de entidades.

## ¿Cuáles son los por qué de la necesidad de fortalecer la orientación comunitaria en la asistencia sanitaria ofrecida desde los centros de salud de Atención Primaria?<sup>14</sup>

- Porque los problemas de salud que más frecuentemente afectan a la población tienen un **origen multifactorial** frente a los cuales el abordaje más efectivo es el intersectorial y multidisciplinar<sup>15</sup>.
- Porque para desarrollar con éxito ese **abordaje intersectorial a nivel comunitario**, resulta indispensable desarrollar al máximo el trabajo en salud comunitaria<sup>16</sup>.
- Porque la salud comunitaria juega un **papel muy importante para disminuir las desigualdades en salud**<sup>17</sup>.
- Porque la **comunidad es un agente de salud**, su dinamización y empoderamiento favorece la construcción de una sociedad más sana, corresponsable y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

<sup>13</sup> Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria [Internet]. Editorial Popular; 1999 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=231701>

<sup>14</sup> Recomendaciones de consenso elaboración de estrategia Ministerio.

<sup>15</sup> Baena Díez JM, del Val García JL, Tomàs Pelegrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 1 de abril de 2005;58(4):367-73.

<sup>16</sup> Senedé Azagra CB, Aguiló Pastrana E, Soler Torroja M. Atención y orientación comunitarias. AMF: Actualización en Medicina de Familia. 2021;17(5):244-9.

<sup>17</sup> Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. marzo de 2012;26(2):182-9



- Porque las **redes comunitarias cohesionadas aumentan la resiliencia y resistencia** de las comunidades ante las emergencias de salud, medioambientales y socioeconómicas y ayudan a disminuir las desigualdades sociales en salud. Además, previenen y disminuyen la soledad no deseada y son un factor protector frente a enfermedades no transmisibles.
- Porque la **reorientación de los servicios** sanitarios es una de las líneas estratégicas de promoción de la salud<sup>18</sup>.
- Porque la **participación de la comunidad es fundamental** para llevar a cabo medidas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud efectivas, así como las sinergias entre los recursos disponibles.
- Porque la **atención comunitaria está incluida en la Cartera Básica Común de Servicios de AP**, aunque no se ha desarrollado de manera homogénea en el Sistema Nacional de Salud.
- Porque la atención comunitaria y el **trabajo intersectorial y multidisciplinar es una necesidad técnica** cuando se quieren abordar las causas de las causas de los problemas y se quiere intervenir más allá del sector de la salud<sup>19</sup>.

### ¿Cuáles son los para qué es necesario fortalecer la orientación comunitaria en la asistencia sanitaria ofrecida desde los centros de salud de Atención Primaria?<sup>20</sup>

- Para **abordar los determinantes sociales**, que son los que más influyen en la salud de las personas y las comunidades, es fundamental reorientar el sistema sanitario hacia la comunidad.
- Para **dar una respuesta más real y acorde a las necesidades y recursos de la población que forman una comunidad**, es necesario contextualizar el territorio y las personas que lo habitan, promoviendo vínculos entre ellas y conectando a los tres protagonistas de la comunidad: ciudadanía, administración y recursos técnicos<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> OMS. Carta de Ottawa para Promoción de la Salud [Internet]. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

<sup>19</sup> Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/64048479-Intersectorialidad-y-equidad-en-salud-en-america-latina-una-aproximacion-analitica.html>

<sup>20</sup> Recomendaciones de consenso elaboración de estrategia Ministerio.

<sup>21</sup> Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria [Internet].

Editorial Popular; 1999 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=231701>



- Para **favorecer que la comunidad trabaje de forma conjunta con las Administraciones Públicas** en la planificación, diseño, provisión, desarrollo, implementación y evaluación de las acciones dirigidas a la salud y bienestar <sup>22</sup>.
- Para **mejorar la accesibilidad, la justicia social, la equidad y la sostenibilidad**.
- Para **reducir la medicalización**, es necesario integrar el abordaje biopsicosocial y trabajar con enfoque salutogénico, contando con los activos para la salud de la comunidad, con recursos comunitarios y no solo con recursos sanitarios, buscando el máximo aprovechamiento de las capacidades de la comunidad<sup>23</sup>.

## 2. MARCO NORMATIVO

### 2.1 NACIONAL

El **Real Decreto 137/1984, de 11 de enero**, sobre estructuras básicas de salud, ya recoge que en las zonas básicas de salud se cumpla con funciones integradas de promoción de la salud y prevención, dirigidas tanto al individuo, como a los grupos sociales y a las comunidades en que se insertan quienes, por otro lado, han de participar activamente a lo largo de todo el proceso sanitario<sup>24</sup>.

Posteriormente, la **Ley 14/1986, de 25 de abril**, General de Sanidad indica que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud. Así mismo recoge, en su **artículo 5**, que los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria; en su **artículo 18**, que se adoptarán de manera sistemática acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria; y en su **artículo 58**, que se promoverá la participación comunitaria en el seno del Área de Salud<sup>25</sup>; y en su **artículo 53.2** con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios.

Así se recoge también en la **Ley 16/2003, de 28 de mayo**, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su **artículo 12** recoge la prestación de la AP, señalando que comprenderá, entre otras, las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria<sup>26</sup>.

<sup>22</sup>Grupo de trabajo AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud [Internet]. 2018 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/participacion-comunitaria/>

<sup>23</sup> Antonovsky A. Health, stress, and coping: [new perspectives on mental and physical well-being. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 1980.

<sup>24</sup> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>

<sup>25</sup> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

<sup>26</sup> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>



El **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, donde se recogen, dentro de la Cartera de servicios comunes de atención primaria, las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria<sup>27</sup>.

Por otro lado, la **Ley 33/2011, de 4 de octubre**, General de Salud Pública ya señala en el preámbulo que la AP debe asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria. En relación a esto, **el artículo 23** incluye dentro de la colaboración entre los servicios asistenciales y los de salud pública, el desarrollar la atención familiar y comunitaria colaborando con las acciones de promoción de salud en su área de actuación; y el **artículo 26** refleja que los órganos que forman las áreas de salud tendrán en todo caso en cuenta las acciones dirigidas a la mejora de la atención comunitaria, la prevención de la enfermedad, la protección y la promoción de la salud<sup>28</sup>.

Y **Ley 39/2006, de 14 de diciembre**, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

## 2.2 AUTONÓMICO

La **Ley 12/2001**, de 21 de diciembre, de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**<sup>29</sup>, en su **artículo 15** indica que la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de los que dispone el Sistema Sanitario y de los organismos competentes en cada caso, promoverá, impulsará y desarrollará las actuaciones de salud pública encaminadas a **garantizar los derechos de protección de la salud** de la población de la Comunidad de Madrid, desde una **perspectiva comunitaria**; en su **artículo 41.1** señala la creación del Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, estableciendo a tal fin: "1. Al objeto de posibilitar la participación ciudadana dentro del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, se crea el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid y en el ámbito de cada Área Sanitaria, los correspondientes Consejos de Salud de Área, y en su caso de distrito".

Por su parte el **artículo 45** establece que el régimen y funcionamiento del Consejo de Salud se desarrollará reglamentariamente. Este desarrollo reglamentario se llevó a cabo por **Decreto 174/2002 de 31 de octubre** por el que se establece el régimen de funcionamiento del Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid (BOCM 270 de 13 noviembre 2002).

El **Decreto 52/2010 de 29 de julio** por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única- establecía en su **artículo 20** la creación de los Consejos de Salud de Zona como órganos colegiados de participación ciudadana de la Zona Básica.

<sup>27</sup> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

<sup>28</sup> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

<sup>29</sup> <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-4375-consolidado.pdf>



En la **Ley 4/2014, de 22 de diciembre**<sup>30</sup>, de Medidas Fiscales, administrativas y racionalización del sector público, se dice en el **artículo 9** modificación parcial de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid donde se añade un nuevo **artículo 41** a la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que queda redactado en los siguientes términos:

«Artículo 41. Creación del Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid.

1. Se crea el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, como órgano de participación ciudadana en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad.

2. Su naturaleza, régimen jurídico, funciones y composición se establecerán reglamentariamente.»

### 3. MARCO ESTRATÉGICO

#### 3.1 INTERNACIONAL

#### **MECANISMO DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA (REGLAMENTO UE 2021/241 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO DE 12 DE FEBRERO DE 2021).**

El Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR)<sup>31</sup> para la Unión Europea (UE) tiene como objetivo promover la cohesión económica, social y territorial de la UE mediante la mejora de la resiliencia, la preparación frente a las crisis, la capacidad de ajuste y el potencial de crecimiento de los Estados miembros de la UE; la mitigación del impacto social y económico de la crisis de la COVID-19, en particular en las mujeres; la contribución a la aplicación del pilar europeo de derechos sociales; el apoyo a la transición ecológica (véase la síntesis) y la ayuda para lograr los objetivos climáticos para 2030 y el objetivo de neutralidad climática para 2050 de la UE; el fomento de la transición digital.

Y establece los mecanismos para que los Estados miembros elaboren planes nacionales de recuperación y resiliencia, en los que se establece su programa de reformas e inversiones en un conjunto de medidas coherentes y exhaustivas, dentro de dicho programa de inversiones y reformas se encuentra la Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

#### **NEXT GENERATION EU20 INSTRUMENTO COMUNITARIO PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SOCIOSANITARIA.**

Las graves consecuencias económicas y sociales que ha generado la pandemia COVID-19 ha dado lugar a la aprobación por parte de la Unión Europea de un ambicioso programa de

<sup>30</sup> <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-1956>

<sup>31</sup> <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/eu-recovery-and-resilience-facility.html>



ayudas e inversiones, conocidos como Fondos «Next Generation EU», que tienen como objetivo principal paliar tales efectos, permitiendo que los Estados miembros acudan a dicho mecanismo para potenciar su desarrollo económico y social y la Estrategia de Salud Comunitaria se acoge a ellos.

---

## **HORIZONTE EUROPA: NUEVO PROGRAMA MARCO DE LA UE**

El Programa Horizonte Europa es el programa marco de investigación e innovación (I+D+I) de la Unión Europea (UE) para el período 2021 -2027. El Programa Horizonte Europa, como su predecesor Horizonte 2020, será el instrumento fundamental para llevar a cabo las políticas de I+D+I de la UE. El objetivo general del programa es alcanzar un impacto científico, tecnológico, económico y social de las inversiones de la UE en I+D+I, fortaleciendo de esta manera sus bases científicas y tecnológicas y fomentando la competitividad de todos los Estados Miembros (EEMM).

Cuenta con una estructura basada en tres pilares y en concreto en el pilar 2, Desafíos Globales y Competitividad Industrial Europea, financiará la investigación dentro de los retos sociales, reforzará las capacidades tecnológicas industriales y establecerá misiones con objetivos ambiciosos orientados hacia los grandes desafíos globales entre ellos la salud, cambio climático, energías renovables, movilidad, seguridad, digital, materiales, etc.

---

## **AGENDA 2030. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

La Agenda 2030 con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, aprobada por el Consejo de Ministros en junio de 2021, se verá reflejada en los principios rectores que inspiran la Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un llamamiento de los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad<sup>32</sup>.

El ODS 3 hace referencia específicamente a la salud y el bienestar, expresado como garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. La salud es uno de los ámbitos donde se reflejan múltiples interacciones entre los ODS, poniendo en valor el enfoque de Salud en Todas las Políticas, una llamada a la acción intersectorial de la Organización Mundial de la Salud, para considerar sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, promover sinergias y evitar efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población y su equidad.

---

<sup>32</sup> Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>



Además del ODS 3 que hace referencia específicamente a la salud y el bienestar, dentro de la ESC\_AP de la CM, hacemos referencia a estos ODS que representamos en la siguiente imagen:



### 3.2 ESTATAL

#### **PLAN DE RECUPERACIÓN TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA (PRTR) APROBADO POR EL GOBIERNO EN ABRIL DE 2021<sup>33</sup>**

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia se aprobó el día 27 de abril de 2021. Las diez políticas palanca integran a su vez 30 componentes o líneas de acción, que articulan de forma coherente y complementaria las diferentes iniciativas tractoras prioritarias de reforma estructural, tanto de tipo regulatorio como de impulso a la inversión, para contribuir a alcanzar los objetivos generales del Plan; concretamente, en el 17 y 18, se hace referencia explícita a la reforma institucional y fortalecimiento de las capacidades del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación y a la renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud<sup>34</sup>

#### **ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA 2022<sup>35</sup>**

La Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022) constituye la primera hoja de ruta común para todo nuestro territorio y establece las acciones prioritarias a llevar a cabo creando un marco de referencia para la coordinación de todos los agentes implicados.

Y se fundamenta en ejes que son pilares clave en la atención del primer nivel asistencial del SNS, donde Atención Primaria hace prevención y promoción de la salud aplicando el mismo enfoque: Determinantes de la salud, con una fuerte orientación al abordaje de la equidad en salud; Salud en todas las políticas; Enfoque de Una sola salud; Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030; Gobernanza para la salud.

<sup>33</sup> [https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan\\_Recuperacion\\_%20Transformacion\\_%20Resiliencia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf)

<sup>34</sup> <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-7053>

<sup>35</sup> [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf)

## ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SNS<sup>36</sup>

En el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP)<sup>37</sup>, elaborada con la participación de las CCAA y sociedades científicas, se aborda la salud comunitaria tanto en el entorno local, como en el sanitario y en el educativo.

En el entorno local, mediante la adhesión de las entidades locales (municipios, diputaciones...) a la Implementación Local de la EPSP<sup>38</sup>, trabajando en coordinación con la Federación Española de Municipios y Provincias. Esto implica el trabajo en las mesas intersectoriales, con los diferentes actores, la identificación, coordinación y difusión de los recursos comunitarios y activos para la salud que mejoran la salud y el bienestar, y la promoción de la participación comunitaria en salud, lo cual está estrechamente vinculado con el nivel 3 de orientación comunitaria.

En el entorno sanitario, trabajando con los/las profesionales para incorporar el consejo integral en estilos de vida en AP vinculado a recursos comunitarios y educación para la salud individual y grupal facilitando un abordaje biopsicosocial, que formaría parte del nivel 1 y 2 de orientación comunitaria.

Y en el entorno educativo, tanto fomentando la educación para la salud en la escuela (nivel 2) como impulsando las escuelas promotoras en salud (nivel 3).

## MARCO ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA<sup>39</sup>

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria<sup>40</sup> es el resultado de un proceso de reflexión participativo con CCAA, sociedades científicas, organizaciones colegiales, sindicatos y asociaciones de pacientes y personas usuarias, y recoge los objetivos y líneas de acción consensuadas para la mejora de la Atención Primaria y Comunitaria.

El marco recoge una línea estratégica específica (Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud) dedicada a reforzar la orientación comunitaria con el desarrollo de acciones que permitan:

1. Reforzar la coordinación entre AP, SP y otros sectores para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.

<sup>36</sup> [https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria\\_Implementacion\\_2014\\_2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria_Implementacion_2014_2018.pdf)

<sup>37</sup> Ministerio de Sanidad. ESTRATEGIA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [Internet]. 2013 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

<sup>38</sup> Ministerio de Sanidad. GUÍA PARA LA IMPLEMENTACION LOCAL DE LA ESTRATEGIA PROMOCION SALUD Y PREVENCION SNS [Internet]. 2015 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Implementacion\\_Local.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Implementacion_Local.htm)

<sup>39</sup> Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2019 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/estrategias/marcoEstrategico.htm>

<sup>40</sup> Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2019 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/estrategias/marcoEstrategico.htm>



2. Fomentar el abordaje biopsicosocial desde la consulta de APS, a través de la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios
3. Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud.
4. Impulsar la salud comunitaria desde AP, mediante la acción comunitaria en salud, la intersectorialidad y la participación, para abordar la salud de la población y sus determinantes sociales.
5. Extender los programas de autocuidados de personas y cuidadores/as (PAPC) en todas las áreas sanitarias.

Además, la salud comunitaria se aborda de manera transversal en todo el Marco Estratégico en su conjunto, incluyendo la apuesta por la participación activa de la ciudadanía y la coordinación y la articulación operativa de la AP con otros sectores como el ámbito social, educativo, los activos comunitarios para la salud, las administraciones locales y el nivel hospitalario.

### **PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA 2022-23<sup>41</sup>**

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, en su "Objetivo 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud" recoge cinco acciones a implementar. La primera de estas acciones es el desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA, de tal forma que cada CCAA desarrollará en 2022 una Estrategia de Salud Comunitaria en AP, que proporcione un marco de trabajo común, adaptado a la realidad de cada territorio, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía.

Las otras acciones incluidas en el objetivo 9 son:

- La formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria.
- La generación y facilitación de estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria.
- La inclusión de enlaces a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.
- La definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de las personas que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.

### **ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD<sup>42</sup>.**

La Estrategia de Salud Digital del SNS, 2 de diciembre de 2021, plantea dentro del punto 5.5 el plan de actuación concretando las áreas de intervención y las actividades en función de que sea el Ministerio de Sanidad quien asuma su ejecución con la participación de las

<sup>41</sup> [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan\\_de\\_Accion\\_de\\_Atencion\\_Primeria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primeria.pdf)

<sup>42</sup> [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Digital\\_del\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf)



comunidades autónomas o sean las comunidades autónomas quienes ejecuten de modo colaborativo.

En concreto, dentro de las áreas de actuación de las comunidades autónomas se especifica en los apartados:

- a. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la discapacidad, con participación de la comunidad y enfoque de equidad donde hay que desarrollar iniciativas que impulsen hábitos y estilos de vida saludables, mediante contenidos y tecnologías digitales, con la participación activa de la ciudadanía y las y los profesionales sanitarios, así como otros agentes educativos, sociales, etc.
- b. Atención sanitaria donde hay que reforzar las capacidades de los centros de salud y de los hospitales, mejorando la calidad de los servicios para los pacientes y facilitando el trabajo de los y las profesionales.

Se trata de ampliar y mejorar los servicios dentro y fuera de los edificios sanitarios, trascendiendo el enfoque de la atención sanitaria basada en el centro, y facilitando la realización de determinadas prestaciones y servicios a través de una red de cuidados virtual e inteligente, centrada en el paciente e integrada en el proceso continuo de la salud.

Potenciar **centros de salud digitales**, que promuevan el enfoque comunitario y personalicen la atención.

- c. Transformación digital de los servicios de soporte de la actividad sanitaria para que los procesos de gestión de los servicios de salud cuenten con un soporte digital lo más amplio posible que garantice la disponibilidad de toda la información, la unicidad de los datos y la integración entre todos ellos.

---

## RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL AUTONÓMICO<sup>43</sup>

Documento elaborado en el contexto del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, así como del Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, por el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria, con el objetivo de servir de guía a la hora de elaborar estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria (AP) a nivel autonómico y que pretenda ser un marco común que sirva para desarrollar las estrategias de salud comunitaria en AP con cierta homogeneidad, pero sin perder de vista las distintas realidades de las Comunidades y Ciudades Autónomas (CCAA), por lo que aquí se describen algunas recomendaciones que puedan ser adaptadas a cada territorio.

---

43

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones\\_estrategia\\_salud\\_comunitaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf)



---

## **GUÍAS: ACCIÓN COMUNITARIA PARA GANAR SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA<sup>44</sup>**

La guía Acción comunitaria para ganar salud (1) plantea un marco conceptual y una metodología para la acción comunitaria que han sido consensuados a nivel nacional, contando con la participación de los/as autores/as de otras guías desarrolladas en España y con representación de diversos perfiles profesionales y de la ciudadanía. Ha sido elaborada desde la experiencia en la coordinación y desarrollo de diversas iniciativas de acción comunitaria en salud y es una herramienta para iniciar o seguir desarrollando acciones comunitarias que permitan ganar salud y equidad, teniendo en cuenta la diversidad de las realidades existentes.

La guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud (17), y su versión para todos los públicos (25), ofrecen una recopilación de evidencias sobre cómo incluir la participación comunitaria en los programas y proyectos de salud con el objetivo de que los mismos mejoren la salud y disminuyan las desigualdades sociales de la población.

### **3.3 AUTONÓMICO**

---

#### **PLAN DE MEDIDAS ANTIFRAUDE PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-medidas-antifraude-ejecucion-del-plan-recuperacion>

---

#### **PLAN REGIONAL DE INNOVACIÓN EN SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-regional-innovacion-sanidad-comunidad-madrid-2018>

---

#### **PLAN GENERAL DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-general-cooperacion-al-desarrollo-2021-2024>

---

#### **PLAN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-infancia-y-adolescencia-comunidad-madrid-2017-2021>

---

#### **PLAN DE INMIGRACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-inmigracion-comunidad-madrid-2019-2021>

---

<sup>44</sup> [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion\\_Comunitaria\\_Ganar\\_Salud.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.htm)



## **II PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/ii-plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2022-2025>

## **PLAN DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PREVECOLON)**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-deteccion-precoz-cancer-colon-y-recto-comunidad>

## **PLAN DE PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (DEPRECAM)**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-prevencion-cancer-mama-comunidad-madrid-deprecam>

## **PROGRAMA DE INFORMACIÓN JUVENIL**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/programa-informacion-juvenil>

## **PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES POCO FRECUENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-mejora-atencion-sanitaria-personas-enfermedades-poco>

## **ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERMAS**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-seguridad-del-servicio-madrileno-salud-2015>

## **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>

## **PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12\\_junio\\_plan\\_de\\_salud\\_mental\\_2018-2020.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf)

## **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL DOLOR**

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-al-dolor-2017-2020>

## **PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

<https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria>



## ESTRATEGIA MADRILEÑA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

[https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm014098\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm014098_0.pdf)

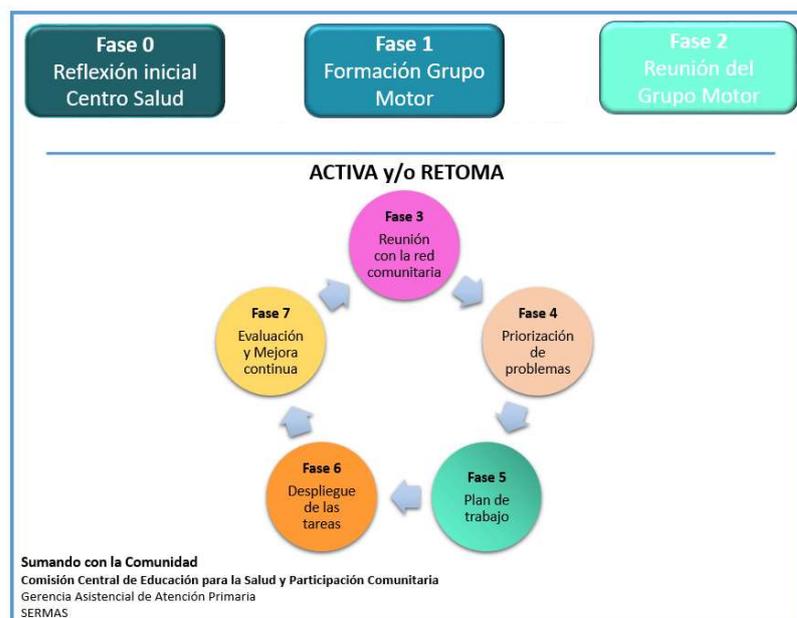
## PLAN DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN GITANA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

[https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/balance\\_plan\\_de\\_inclusion\\_poblacion\\_gitana.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/balance_plan_de_inclusion_poblacion_gitana.pdf)

### SUMANDO CON LA COMUNIDAD.

Sumando con la comunidad es una intervención comunitaria (IC) normalizada de tipología reorientación de servicios que plantea un marco normalizado, conceptual y metodológico para la acción comunitaria que ha sido elaborado a nivel autonómico, contando con la participación de diversos perfiles profesionales de la Gerencia de Atención Primaria y la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid que son autores/as de otras guías, planes, programas y recomendaciones desarrolladas tanto a nivel autonómico como estatal y expertos profesionales asistenciales en acción comunitaria.

Iniciativa promovida por la Comisión Central de Educación para la Salud y Participación Comunitaria (CCEpSyPC) de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) para que los profesionales de los centros de salud tengan en la biblioteca de EpSALUD de la Comunidad de Madrid una guía que sirva de apoyo para analizar la realidad de su entorno y activen y/o retomem el desarrollo de la actividad comunitaria en la que participamos desde los centros de salud en coordinación y colaboración con las redes comunitarias de las zonas básicas de salud.



## LÍNEAS TRANSVERSALES DE ACTIVACIÓN DE LA EDUCACIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Durante los años 20-21 y debido a la reorganización asistencial en los centros de salud se frena la actividad grupal y colectiva que se realiza desde los centros de salud, y por ello desde la Gerencia de Atención Primaria se ve la necesidad de activar y potenciar la prevención y promoción de la salud grupal y comunitaria propia de la esencia de la Atención Primaria y frenar el posible impacto en la salud de la población.

El documento transversal establece 5 líneas de activación de la atención grupal y comunitaria que se realiza en Atención Primaria y detalla las iniciativas a realizar a corto plazo con los grupos de personas priorizados en las líneas estratégicas AP: personas con patologías crónicas (Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca), personas mayores con fragilidad o deterioro funcional y a las personas cuidadoras de pacientes con nivel alto de intervención (NIA), además refleja en que líneas e iniciativas es incluida la visión de las personas de cada uno de los grupos de interés incluidos.



- L1** Sensibilización ciudadana.
- L2** Programas integrales promotores de salud.
- L3** Educación sanitaria sincrónica y asincrónica.
- L4** Información fiable y segura digitalizada.
- L5** Espacios de encuentros y colaboración.

## 4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA

¿Qué modelos sustentan la estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid?

### MODELO DE SALUTOGÉNESIS<sup>45</sup>:

Es un modelo de enfoque positivo en salud, que promueve el entendimiento de los mecanismos mediante los cuales, las personas encuentran motivación para afrontar los desafíos que se les presentan durante su vida. Es decir, es un modelo que se focaliza en la promoción de la salud y la prevención; bajo un enfoque dinámico, flexible<sup>46</sup>. Es adaptativo, porque busca que el comportamiento se adapte al medio para poder alcanzar la salud, persigue la salud para cada persona concreta. Su modo de intervención es a la vez personal y social, actuando sobre el individuo y la comunidad de la que forma parte, busca la participación activa de la persona y considera que ésta debe velar por su salud<sup>47</sup>. Por lo

<sup>45</sup> <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

<sup>46</sup> Lindstrom B, Erickson M. Salutogénesis. J Epidemiol Community Health.(2005); 59(6):440-442.

<sup>47</sup> Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health PromotInt. (1996); 11:11-18.



cual, la salutogénesis está dirigida a la identificación, promoción e implementación de estrategias para recuperar, mantener u optimizar la salud, la cual involucra una evaluación integral de la salud con carácter de intervención<sup>48</sup>.



Fuente: Rivera et al (2011), adaptado de Eriksson y Lindström (2008).

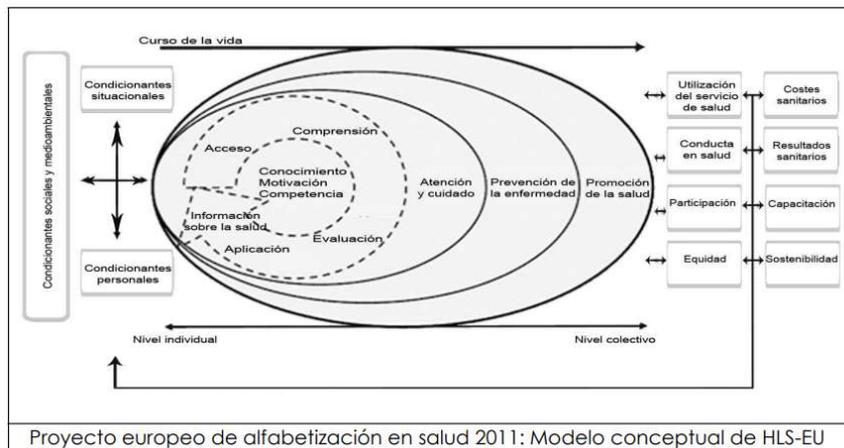
### MODELO DE DIMENSIONES DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD<sup>49</sup>:

Modelo que integra un enfoque tridimensional de la salud:

- Estar sano/promoción de la salud.
- Estar en riesgo/prevenición de enfermedades.
- Estar enfermo/asistencia sanitaria.

Y cuatro importantes modos de gestionar la información: encontrarla, entenderla, evaluarla y aplicarla a nuestra propia vida para adoptar decisiones de calidad sobre nuestra salud.

La combinación de las dimensiones genera una matriz con 12 subdimensiones, que se usaron como pilares para el "cuestionario de alfabetización en salud", herramienta de calidad del proyecto HLS-EU y que posteriormente en 2018, se hizo una adaptación del cuestionario y se utilizó para el estudio Alfahealth 2018 donde se midió el nivel de alfabetización en salud en la Comunidad de Madrid<sup>50</sup>.



Proyecto europeo de alfabetización en salud 2011: Modelo conceptual de HLS-EU

<sup>48</sup> Fernando J. El concepto de salud: Una explicación sobre su unidad, multiplicidad y modelos de salud. Rev International journal of psychological research Colombia. (2011); 4 (1):70-79.

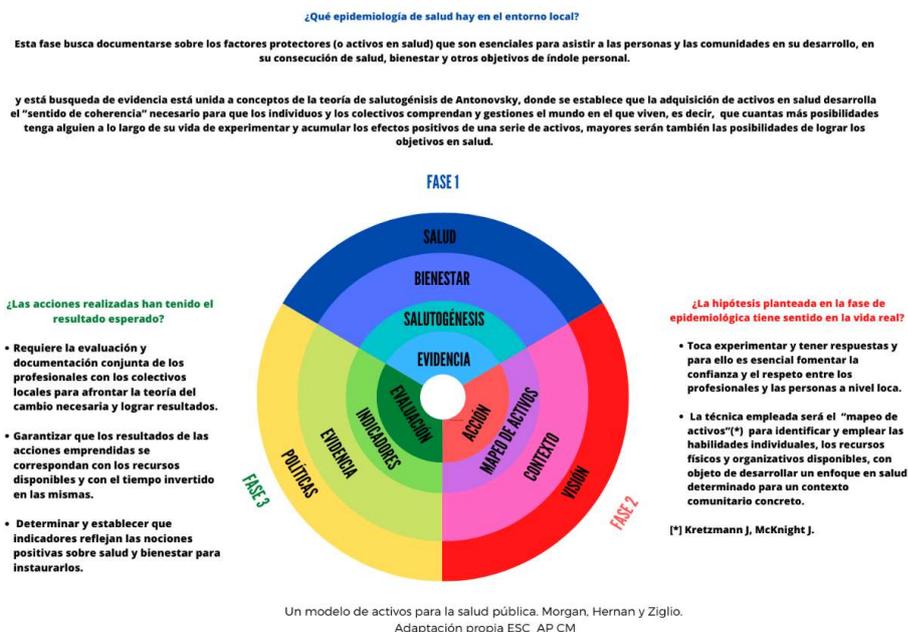
<sup>49</sup> Proyecto HLS-EU "European Health Literacy Survey" [https://www.um.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466](https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466)

<sup>50</sup> Estudio Alfahealth 2018: Estudio descriptivo del nivel de alfabetización en salud en la Comunidad de Madrid. EMS-ALF-2018-01 <https://alfahealth.es/el-proyecto/>



## MODELO DE ACTIVOS EN SALUD:

Modelo MAS, desarrollado por Morgan y Ziglio (2007)<sup>51</sup> y revisado por Morgan, Hernán y Ziglio (2011)<sup>52</sup> pretende añadir valor a una serie de conceptos e ideas preexistentes en un marco conceptual y de este modo se adquiere un enfoque más sistemático en la adquisición y aplicación de soluciones para la salud. Estos conceptos e ideas se detallan más en la publicación *Health Assets in a Global Context*<sup>53</sup>.



El abordaje de este modelo se desarrolla en tres fases que van integrando los otros modelos que también sustentan la estrategia planteada en este documento, y alienta a los equipos multidisciplinares a cambiar de forma de pensar a la hora de desarrollar e implantar proyectos de educación para la salud y programas de salud comunitaria en su entorno local.

## MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

El conjunto de determinantes sociales de la salud que inciden sobre la vida de una persona, o de un grupo de personas con determinantes comunes, marcará su estado de salud y bienestar. Si bien es fácil de reconocer las grandes desigualdades de salud que se producen entre regiones o países con distinto contexto político y socioeconómico y distinto grado de desarrollo, durante muchos años en los que no se ha tenido en cuenta el modelo de DSS y

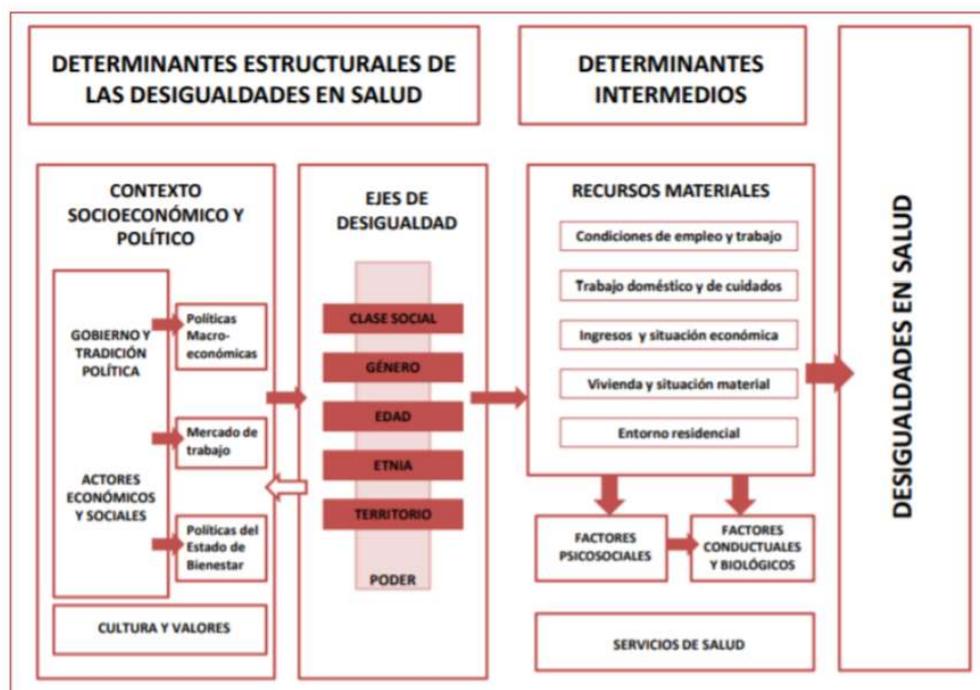
<sup>51</sup> Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007; Suppl 2: 17-22.

<sup>52</sup> Morgan A, Hernan M, Ziglio E. In Morgan A. *Young people and health: social capital for the asset model today*. Advanced seminar: Health promotion, health assets and salutogenesis – experiences in Andalusia and Europe; 2011 Jan 27-28; Granada: Escuela Andaluza Salud Pública; 2011.

<sup>53</sup> Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer; 2010



sus desigualdades no ha sido tan evidente identificar estas desigualdades de salud entre regiones o ciudades de un mismo país, o entre barrios de una misma ciudad. Incluso en las personas que viven dentro de un mismo país o ciudad, la esperanza de vida difiere en función de su nivel socioeconómico. Las investigaciones sobre los efectos de los DSS en la salud han ampliado el ámbito de actuación de las intervenciones de salud, desde la tradicional línea de actuación basada en la mejora de los servicios sanitarios, hacia la mejora de las condiciones socioeconómicas de las personas como principales responsables de la salud de las personas. Como describen R. Wilkinson y M. Marmot en la introducción a su informe Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados.



Fuente: Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en la Salud de España Basado en Solar e Irwin, y Navarro.

## 5. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Para el diagnóstico inicial o análisis de situación de la realidad del enfoque comunitario realizado desde la Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, se ha planteado la combinación de un análisis cuantitativo con uno cualitativo, describiendo las características de la población a la que ofrecemos los servicios, los servicios que ofrecen otros sectores que también influyen en la salud de la comunidad, las características internas de Atención Primaria relacionados con este área de análisis: salud comunitaria desde los tres niveles (individual, grupal y a colectivos) y la opinión, necesidades y expectativas de informadores clave.



## 5.1 ANÁLISIS EXTERNO: ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive, por ello, para el análisis de la población a la que damos servicios desde los centros de salud vamos a abordar los factores que determinan su salud (demográficos, sociales, económicos, hábitos y estilos de vida) y aspectos de relevancia de su entorno.

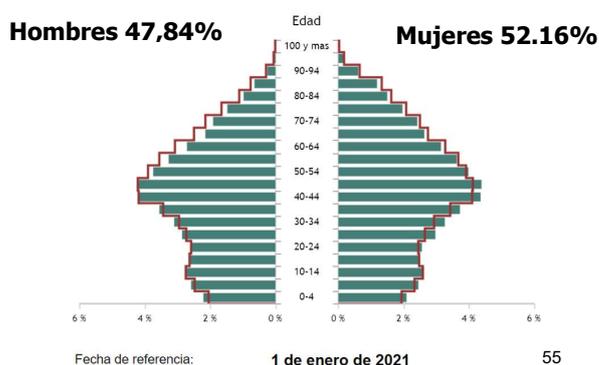
Además de estos factores vamos a analizar los indicadores de salud como son la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad y otros indicadores que nos hablan de la alfabetización de salud de la población, la percepción que tienen de su propia salud, de su bienestar y de su calidad de vida y de la soledad no deseada que sienten.

De este modo pretendemos aportar una triple visión, integrando una perspectiva biológica, demográfica y social, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud, a la hora de hacer una descripción de indicadores y medidas del estado de salud a la que damos servicios sanitarios.

El análisis se ha realizado utilizando diferentes fuentes de información y bases de datos autonómicas y nacionales, así como estudios de investigación y análisis tanto internos como externos de otras instituciones y organismos oficiales.

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según el dato más reciente del Instituto Nacional de Estadística (INE) a enero 2021 en la Comunidad de Madrid se identifican un total de 6.751.251 personas, lo que supone situarse en la 3ª Comunidad Autónoma de España en cuanto a población se refiere y se concentra mayoritariamente en el área metropolitana de Madrid, siendo la ciudad de Madrid la más poblada con 3.305.408 personas<sup>54</sup>. La población de la Comunidad de Madrid representa el 14.25% de la población de España.

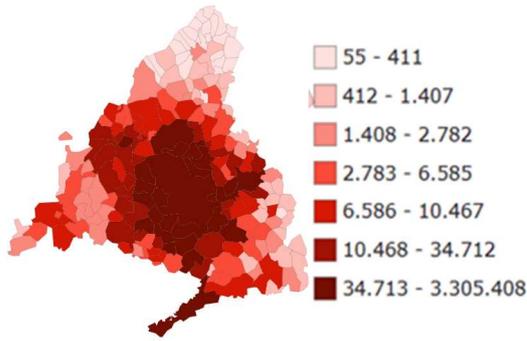


La población femenina es mayoritaria, con 3.521.551 mujeres, lo que supone el 52.16% del total, frente a los 3.229.700 hombres que son el 47.84%.

<sup>54</sup> [https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2021/01/ESCM18deunvistazo\\_Madridydistritos.pdf](https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2021/01/ESCM18deunvistazo_Madridydistritos.pdf)

<sup>55</sup> [https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)





Densidad por municipio

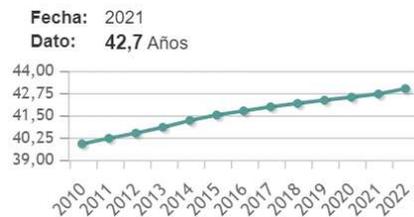
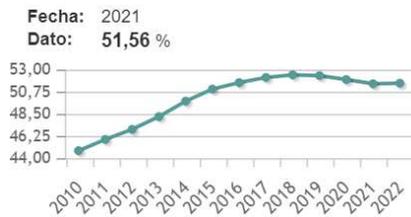
**Porcentaje de habitantes por edad. INE 2021**



56

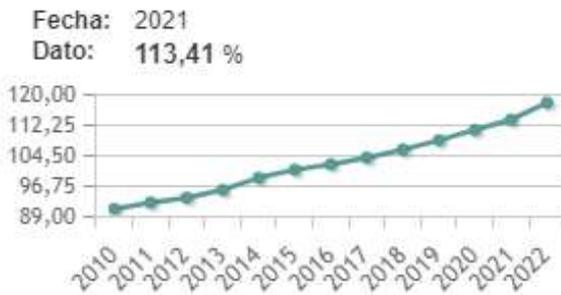
**ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA**

El índice de dependencia demografica está situado en un 51,56% y con una edad media de 42,7 años.



**ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO**

El índice de envejecimiento (IE) es el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto y el siguiente gráfico podemos ver el movimiento natural de la población, situándolo en 2021 en un 113,41%.

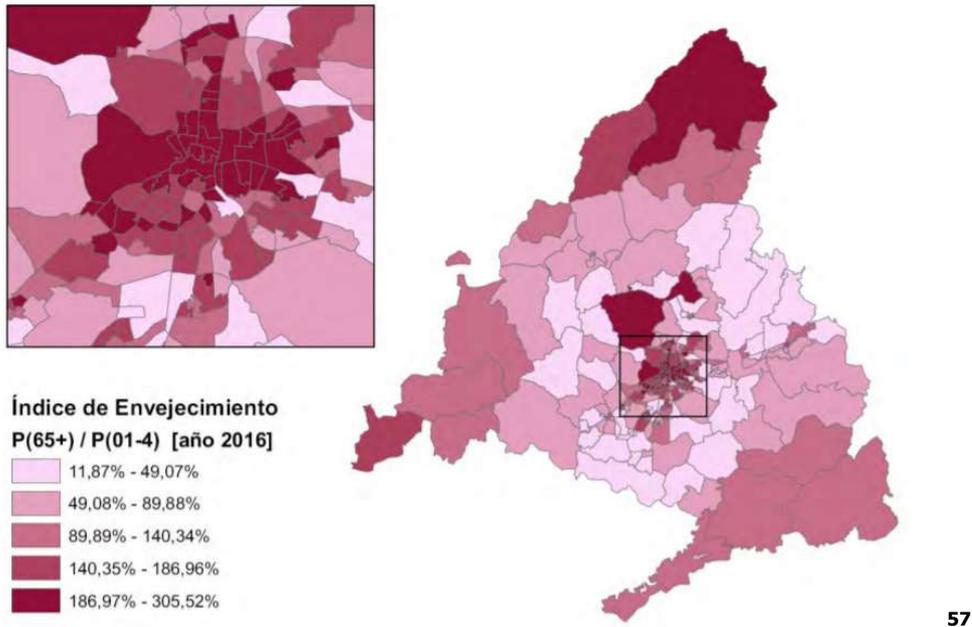


En el año 2021, el índice de envejecimiento se sitúa en un 113,41, y en 2022 se contabilizan 117 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16.

<sup>56</sup> <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2881>



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



57

La cifra ha experimentado un crecimiento de 4,3 puntos porcentuales con respecto a 2021, cuando alcanzó el 113,4%. Se trata del mayor incremento interanual registrado desde 1997. La Comunidad de Madrid no envejecía tanto desde hace 25 años y contrasta la cifra actual (117,7%) con la de hace ocho años, cuando la Comunidad de Madrid era aún joven. Como se observa en el gráfico, en 2014 aún había mayor población menor de 16 que mayor de 64, con un índice de envejecimiento del 98,6.

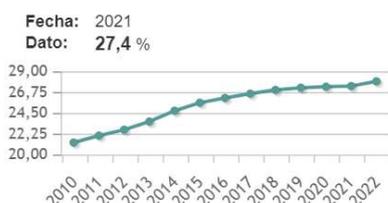
A partir del año 2015 la Comunidad de Madrid es ya una región envejecida, con una tasa de envejecimiento que supera el 100,7% y que aumenta velozmente cada año fruto de la confluencia de dos factores: una tasa de natalidad cada vez menor y una esperanza de vida en tendencia alcista. En 2021 la tasa de natalidad en Madrid alcanzó la cifra más baja de toda la serie histórica, con 7,6 nacimientos por cada 1000 mujeres, un 32% menos que hace una década.

Además hay que sumar los efectos de la pandemia que aún están presentes en muchas capas de la población, emerge hoy un nuevo elemento: el efecto del alza en la inflación y la crisis de suministros, agravado por la guerra de Ucrania: un escenario que dispara la incertidumbre y las dificultades económicas de muchas unidades familiares, que deciden posponer los nacimientos o renunciar a la maternidad o paternidad.

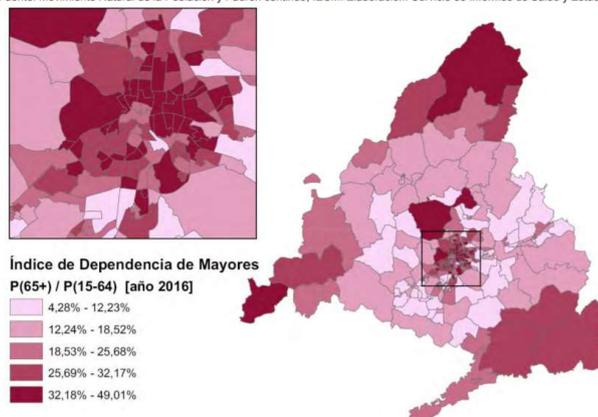
<sup>57</sup> Fuente de elaboración: Servicio de Informes y Estudios. Dirección General de Salud Pública.

## ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE MAYORES

En el año 2021, el índice de dependencia de mayores se sitúa en un 27,4 %.



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



58

## ESPERANZA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES

La Esperanza de Vida al nacer (EVn) en la Comunidad de Madrid es de 84,64 años, siendo de 81,81 años en hombres y de 87,16 años en mujeres.



### Esperanza de Vida Comunidad de Madrid, según sexo, edad y nivel educativo

Unidades: Año 2020

	25 años	30 años	35 años	40 años	45 años	50 años	55 años	60 años	65 años	70 años	75 años	80 años	85 años	90 años
<b>Ambos sexos</b>														
<b>Total</b>	57,68	52,76	47,84	42,96	38,10	33,34	28,73	24,30	20,08	16,08	12,35	9,01	6,26	4,19
Educación primaria e inferior	56,04	51,21	46,39	41,67	36,89	32,31	27,98	23,74	19,79	15,92	12,25	8,90	6,16	4,13
Primera etapa de educación secundaria y similar	56,48	51,56	46,70	41,90	37,16	32,58	28,16	23,97	19,89	15,97	12,34	9,09	6,37	4,18
Segunda etapa de educación secundaria y educación postsecundaria no superior	58,07	53,20	48,28	43,38	38,54	33,78	29,18	24,72	20,48	16,50	12,76	9,42	6,70	4,49
Educación superior	58,86	53,90	48,95	44,03	39,11	34,26	29,52	24,94	20,58	16,40	12,53	9,15	6,36	4,26
<b>Hombres</b>														
<b>Total</b>	54,87	49,97	45,07	40,21	35,37	30,64	26,12	21,83	17,80	14,06	10,66	7,69	5,30	3,58
Educación primaria e inferior	52,21	47,49	42,75	38,12	33,39	28,88	24,64	20,61	16,92	13,44	10,27	7,38	5,10	3,47
Primera etapa de educación secundaria y similar	53,13	48,22	43,38	38,58	33,89	29,37	25,10	21,13	17,32	13,76	10,52	7,72	5,41	3,67
Segunda etapa de educación secundaria y educación postsecundaria no superior	55,09	50,24	45,32	40,45	35,63	30,89	26,37	22,03	17,94	14,26	10,79	7,86	5,48	3,63
Educación superior	57,06	52,10	47,16	42,24	37,33	32,48	27,80	23,31	19,10	15,08	11,47	8,34	5,75	3,83
<b>Mujeres</b>														
<b>Total</b>	60,31	55,36	50,43	45,53	40,64	35,83	31,11	26,53	22,11	17,81	13,72	9,96	6,86	4,47
Educación primaria e inferior	58,70	53,75	48,86	44,04	39,22	34,58	30,14	25,71	21,55	17,41	13,43	9,78	6,72	4,39
Primera etapa de educación secundaria y similar	59,87	54,93	50,04	45,22	40,40	35,69	31,03	26,56	22,19	17,90	13,83	10,04	6,91	4,40
Segunda etapa de educación secundaria y educación postsecundaria no superior	61,02	56,11	51,20	46,27	41,39	36,60	31,91	27,33	22,91	18,61	14,54	10,70	7,56	4,94
Educación superior	61,66	56,68	51,73	46,80	41,89	37,03	32,25	27,57	23,05	18,64	14,35	10,45	7,24	4,79

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

58 Fuente de elaboración: Servicio de Informes y Estudios. Dirección General de Salud Pública.



La EVn es un indicador que se relaciona con el estado de salud de la población ampliamente utilizado ya que una de las características de las sociedades desarrolladas es que la población es cada vez más longeva pero además queremos información sobre la calidad de vida de los individuos, si se desarrolla con buena salud o, por el contrario, con alguna discapacidad o dependencia.

Por ello, consideramos incluir la Esperanza de Vida en buena salud o años de vida saludable (AVS), que se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). El número de AVS al nacer en 2019 fue de 80,41 (78,85 en hombres y 81,77 en mujeres), lo que supone un 93,84% de los AVS sobre la EV al nacer en la CM.

**Esperanza de vida en buena salud (años)**

	2018	2019
<b>50 años</b>		
<b>Hombres</b>		
Esperanza de vida en buena salud	21,9	22,9
Esperanza de vida	32,1	32,5
<b>Mujeres</b>		
Esperanza de vida en buena salud	22,1	23,6
Esperanza de vida	37,2	37,7
<b>68 años</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Hombres</b>		
Esperanza de vida en buena salud	11,5	12,4
Esperanza de vida	19,5	19,8
<b>Mujeres</b>		
Esperanza de vida en buena salud	11,3	12,3
Esperanza de vida	23,5	23,9

<sup>59</sup> <sup>60</sup> Fuente: Tablas de mortalidad. INE y Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC). Eurostat

<sup>59</sup> [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS\\_DE\\_VIDA\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2019.pdf)

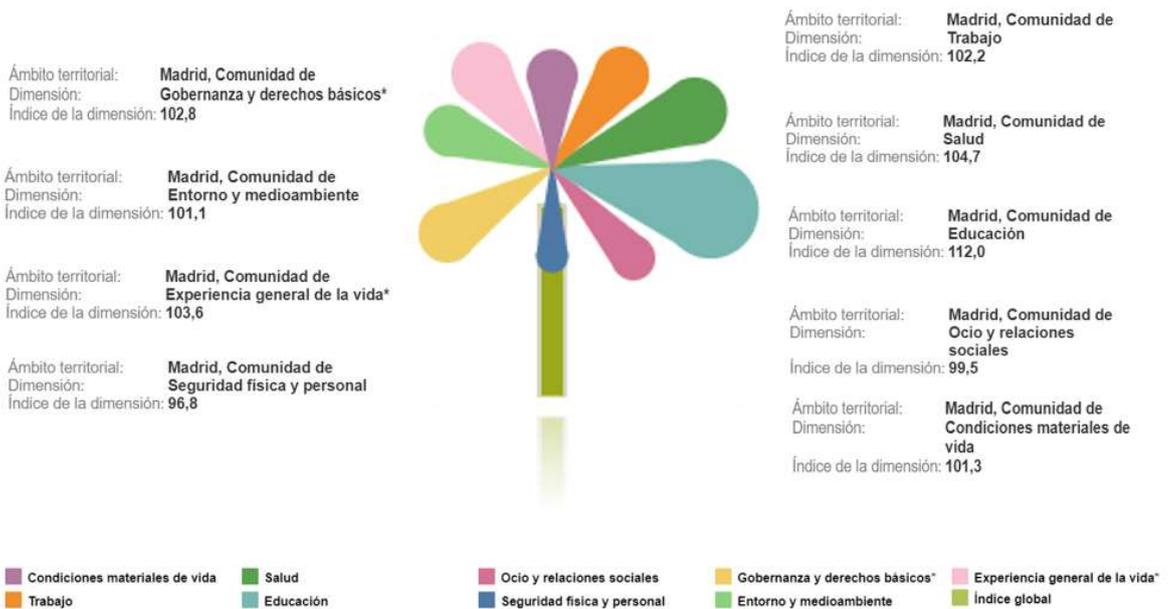
<sup>60</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_hlye&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en)



Cuando hablamos de bienestar, la Comunidad de Madrid se posiciona como la región con mayores estándares de calidad en el ámbito de salud. Con un índice de 104,7, la capital aparece como la que mejores prestaciones sanitarias ofrece en España, de acuerdo con la clasificación elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

La percepción subjetiva de la salud es un indicador que se correlaciona con ciertos índices y perfiles de salud y predice la mortalidad o el uso de servicios asistenciales. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 y de la Encuesta Europea de Salud del año 2020, más de dos terceras partes de la población de 15 y más años declara que su salud es buena o muy buena. Este porcentaje es menor en mujeres, y disminuye a medida que disminuye el nivel de estudios y/o el nivel socioeconómico de la población consultada.

Este índice multidimensional de calidad de vida (IMCV) se obtiene del calculo de distintas dimensiones y la Comunidad de Madrid presenta, en condiciones materiales de vida un 102,664 de índice global y a nivel nacional en 101,706<sup>61</sup>.

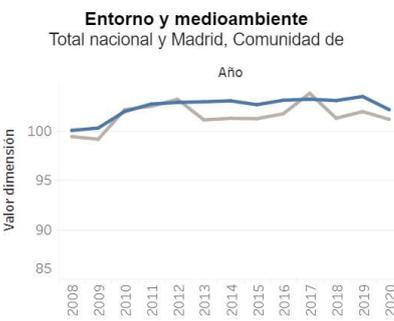
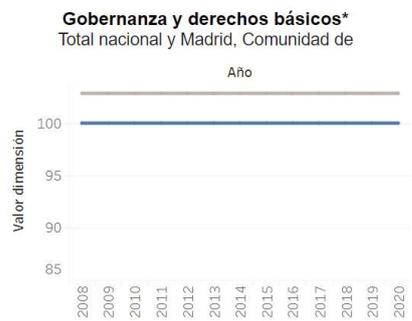
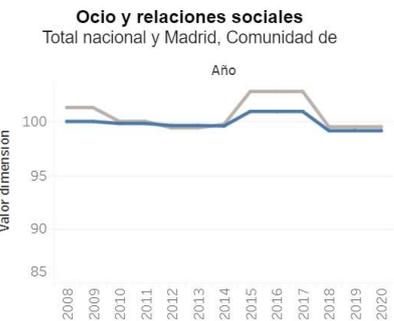
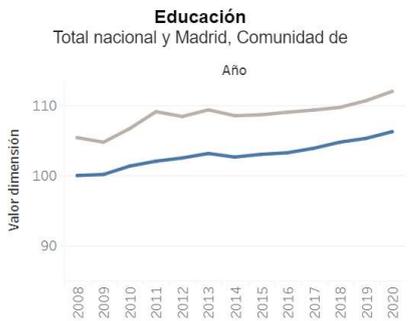
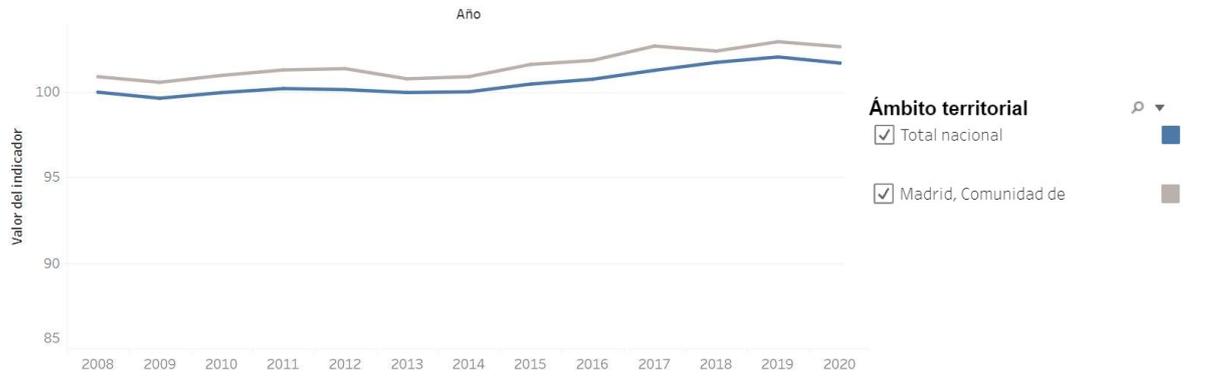


61 Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV)

<sup>61</sup> [https://www.ine.es/experimental/imcv/exp\\_calidad\\_vida\\_multi.pdf](https://www.ine.es/experimental/imcv/exp_calidad_vida_multi.pdf)



**Evolución temporal del Índice global de Calidad de Vida por CCAA**  
Total nacional y Madrid, Comunidad de



Fuente: [Indicador Multidimensional de Calidad de Vida \(IMCV\)](#) Experimental 62

62 [https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental\\_ind\\_multi\\_calidad\\_vida.htm](https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm)



## POBLACIÓN EXTRANJERA

La población extranjera de la Comunidad de Madrid se incrementó en 11.338 personas (1,1%) el pasado año y alcanzó un total de 1.037.671 personas extranjeras empadronadas. Esta cifra supone el 15% del total de la población de la región, que a 1 de enero de 2021 se situó en 6.835.854 personas.

La población extranjera que reside en la Comunidad es mayoritariamente joven. El 82,2% tiene entre 15 y 64 años frente al 65% de la población autóctona que está en ese rango de edad. Especialmente destacable es el porcentaje de extranjeros de menores de 16 años, el grupo de edad más mayoritario con un 14% del total, que confirma la aportación de los nacionales de otros países al rejuvenecimiento de la pirámide poblacional madrileña.

El informe vuelve a confirmar el ranking de los países que aportan más vecinos de origen extranjero a la Comunidad de Madrid. Rumanía (17,7%), Marruecos (8%), Colombia, China (6,3%), Venezuela (6,3%), Perú (4,4%) e Italia (4,1%) suman más del 53% de los nacionales de otros países que eligen la región para su proyecto vital.

Este informe, de carácter anual, permite conocer la realidad de la población extranjera que reside en la región, así como el proceso de integración de las personas inmigrantes y su evolución a lo largo de los años. Así, los datos de los últimos doce meses reflejan el impacto de la pandemia en la llegada de residentes extranjeros a la región, ya que el mencionado incremento del 1,1% se queda muy lejos del 7,9% registrado en el anterior informe.<sup>63</sup>

## SALUD PERCIBIDA

La salud autopercebida es un indicador de salud subjetivo que proporciona información sobre la salud física y mental del individuo y se utiliza como predictor de la mortalidad, de la morbilidad y del uso de los servicios sanitarios. Su simplicidad y la recomendación de la OMS de que se incluya como parte estándar de las encuestas de salud, lo han convertido en una de las aproximaciones al nivel de salud de la población más utilizadas

Según la última encuesta Europea de Salud de España de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 79,3% y el 71,9% respectivamente, patrón que se mantiene en todos los grupos de edad. La percepción de un estado de salud positivo alcanza su máximo en el grupo de 25 a 34 años de edad (92,3%), para disminuir progresivamente conforme aumenta la edad, hasta llegar al 32,2% en las personas de 85 y más años<sup>64</sup>.

Según se muestra en la tabla inferior la valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (población de 15 y más años) de 2020, mayoritariamente consideran bueno el estado indistintamente del sexo y la clase social.

<sup>63</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe\\_de\\_poblacion\\_extranjera\\_enero\\_2021\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2021_0.pdf)

<sup>64</sup> [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020\\_inf\\_evol\\_princip\\_result.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf)



	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
<b>Ambos sexos</b>						
<b>TOTAL</b>	39.974,1	10.292,7	19.891,1	6.977,0	2.209,1	604,3
<b>I</b>	4.480,4	1.590,3	<b>2.234,6</b>	483,9	114,3	57,3
<b>II</b>	2.962,9	976,7	<b>1.473,1</b>	392,9	92,3	27,8
<b>III</b>	7.509,5	2.021,3	<b>3.915,1</b>	1.121,7	347,1	104,4
<b>IV</b>	5.612,9	1.243,5	<b>2.867,3</b>	1.060,6	349,9	91,6
<b>V</b>	12.717,7	2.894,4	<b>6.319,8</b>	2.507,0	796,5	200,0
<b>VI</b>	5.185,1	1.129,9	<b>2.448,7</b>	1.106,4	407,0	93,1
<b>No consta</b>	1.505,6	436,7	632,5	304,3	102,0	30,1
<b>Hombres</b>						
<b>TOTAL</b>	19.449,1	5.478,9	9.937,7	2.962,8	849,4	220,2
<b>I</b>	2.202,6	806,3	<b>1.114,5</b>	210,2	56,2	15,5
<b>II</b>	1.406,2	471,8	<b>724,2</b>	164,0	34,5	11,7
<b>III</b>	3.521,0	1.050,7	<b>1.858,2</b>	425,1	132,7	54,3
<b>IV</b>	3.002,0	707,3	<b>1.584,1</b>	513,6	165,6	31,4
<b>V</b>	6.511,6	1.627,9	<b>3.320,3</b>	1.174,2	325,8	63,4
<b>VI</b>	2.331,2	613,6	<b>1.140,4</b>	422,0	117,3	37,8
<b>No consta</b>	474,5	201,3	196,1	53,7	17,2	6,2
<b>Mujeres</b>						
<b>TOTAL</b>	20.525,0	4.813,8	9.953,4	4.014,2	1.359,6	384,1
<b>I</b>	2.277,8	784,0	<b>1.120,1</b>	273,8	58,1	41,8
<b>II</b>	1.556,7	504,9	<b>749,0</b>	228,9	57,8	16,2
<b>III</b>	3.988,6	970,6	<b>2.056,9</b>	696,6	214,3	50,1
<b>IV</b>	2.610,9	536,1	<b>1.283,2</b>	547,1	184,3	60,2
<b>V</b>	6.206,1	1.266,5	<b>2.999,5</b>	1.332,8	470,6	136,7
<b>VI</b>	2.853,9	516,3	<b>1.308,3</b>	684,4	289,7	55,3
<b>No consta</b>	1.031,1	235,4	436,5	250,6	84,8	23,8

65

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

VI. Trabajadores/as no cualificados/as

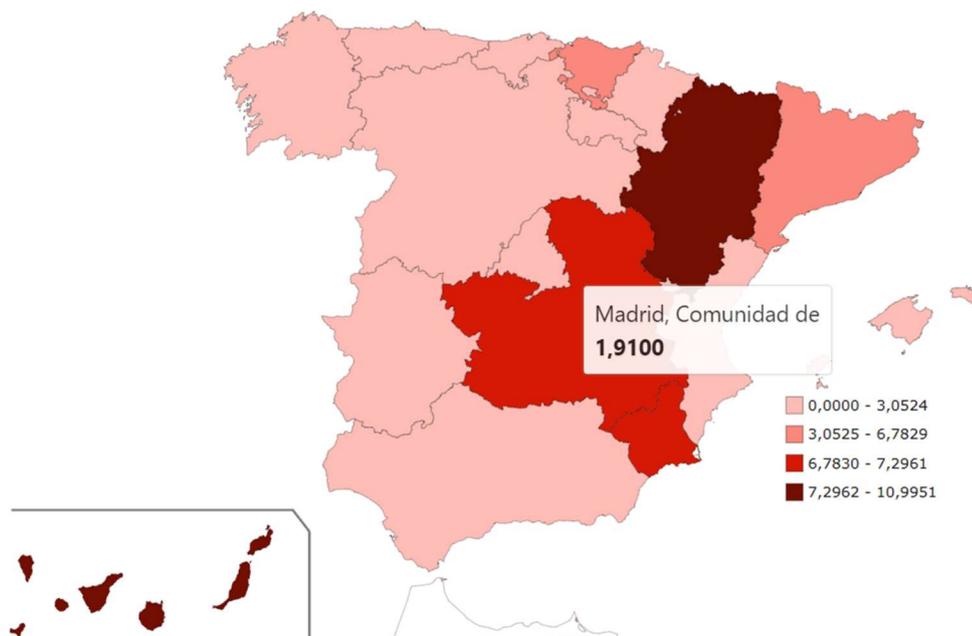
<sup>65</sup> <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2019/p01/I0/&file=01002.px#ltabs-tabla>



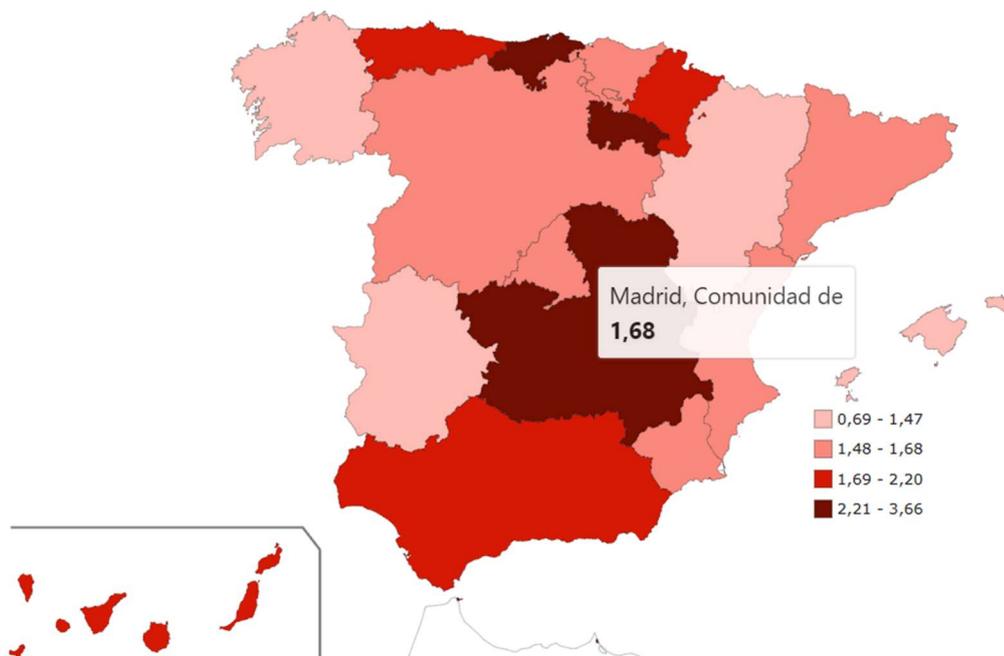
## RESULTADOS ODS AGENDA 2030

A continuación se muestran algunos resultados de los indicadores incluidos en el ODS3 de Salud y Bienestar, de la agenda 2030 a nivel nacional y autonómico. <sup>66</sup>

### Tasa mortalidad materna

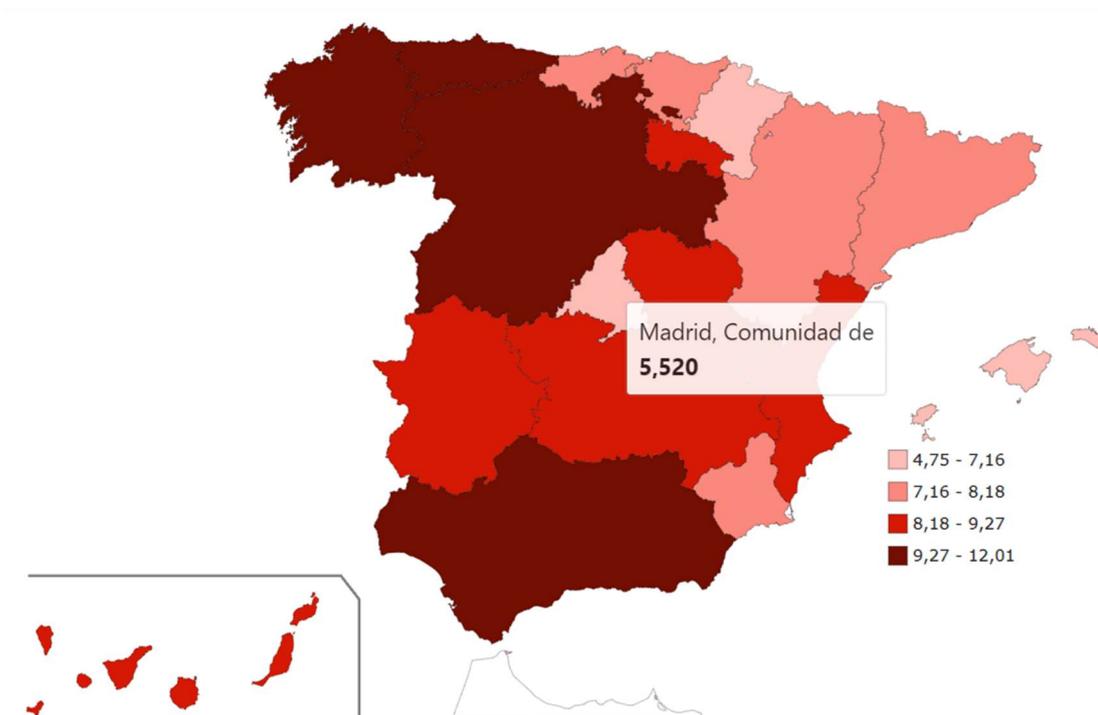


### Tasa Mortalidad neonatal

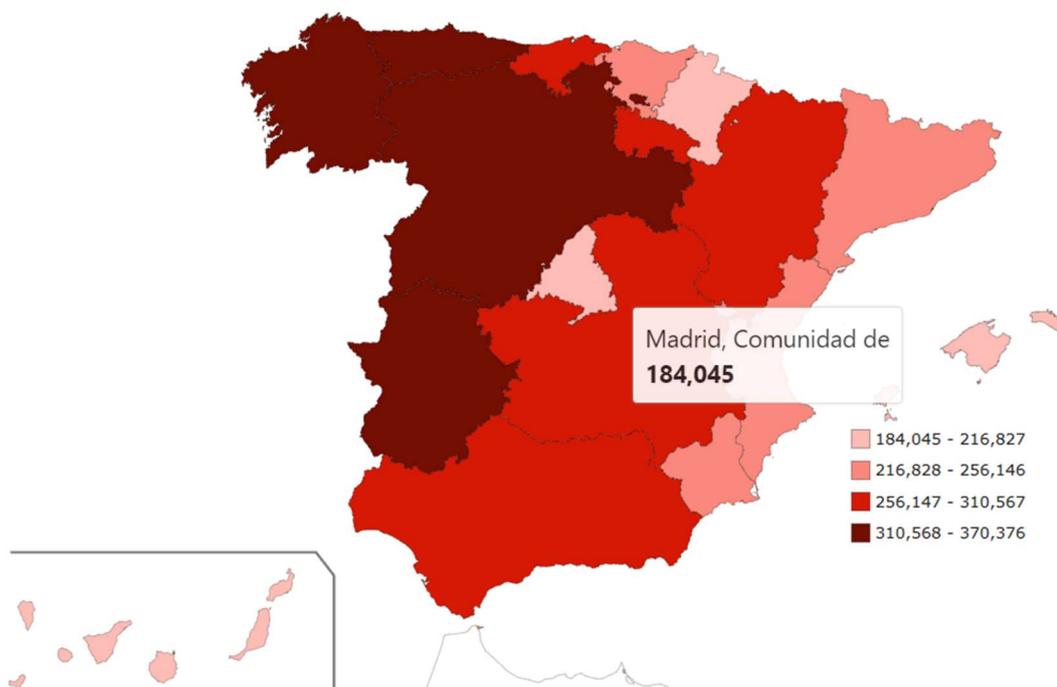


<sup>66</sup> [https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4866#!subGraph69\\_193](https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4866#!subGraph69_193)

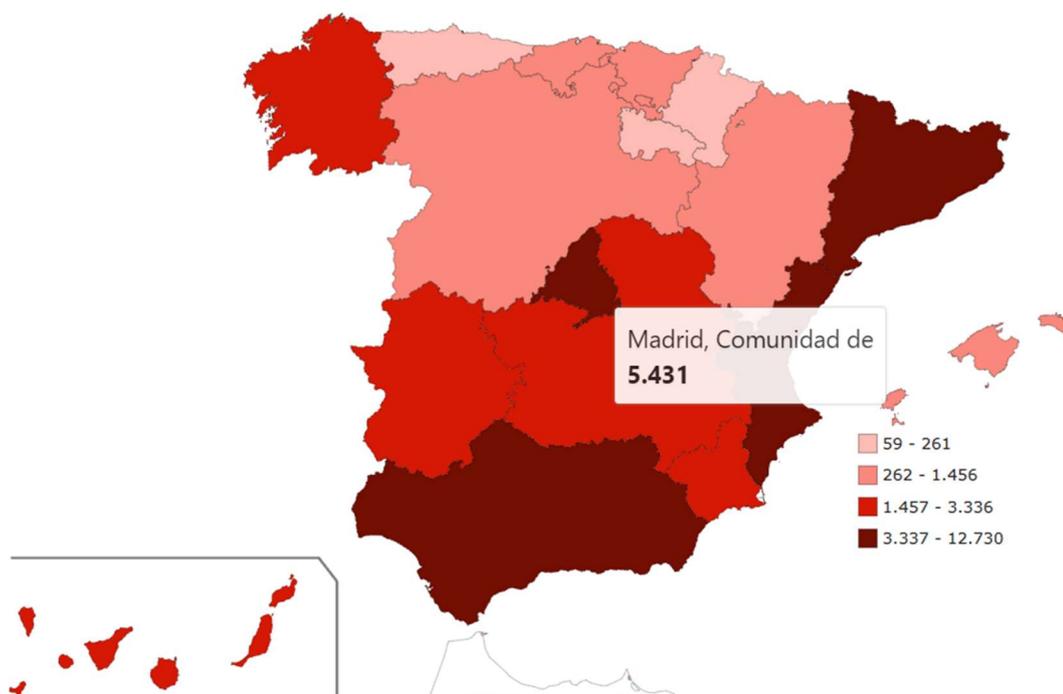
### Tasa de Mortalidad por suicidio



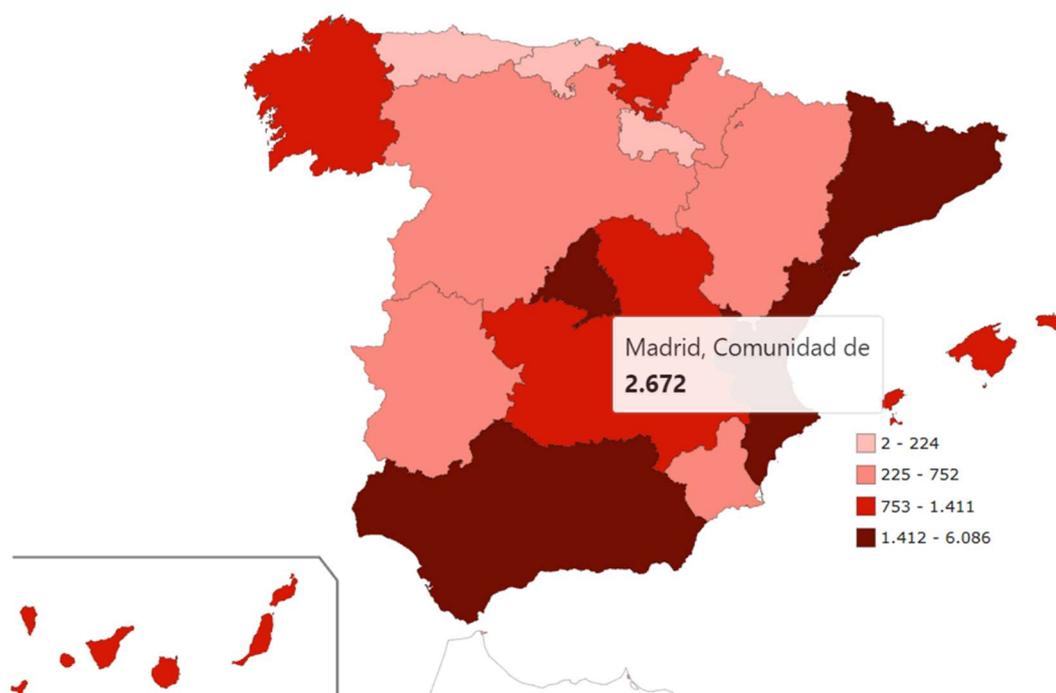
### Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.



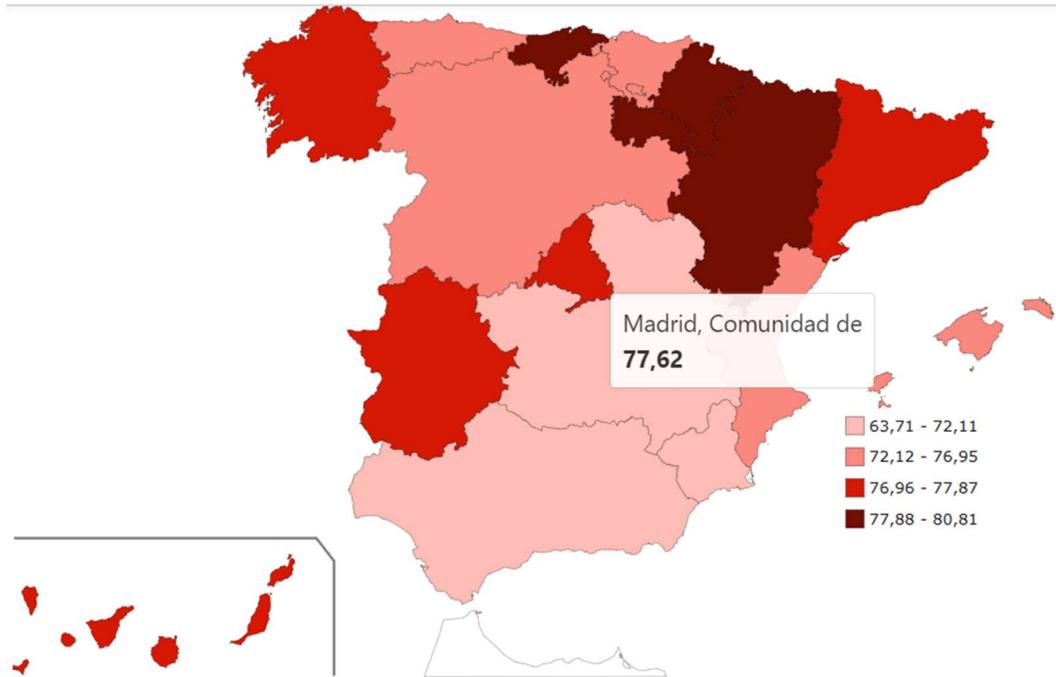
### Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas diferentes del alcohol



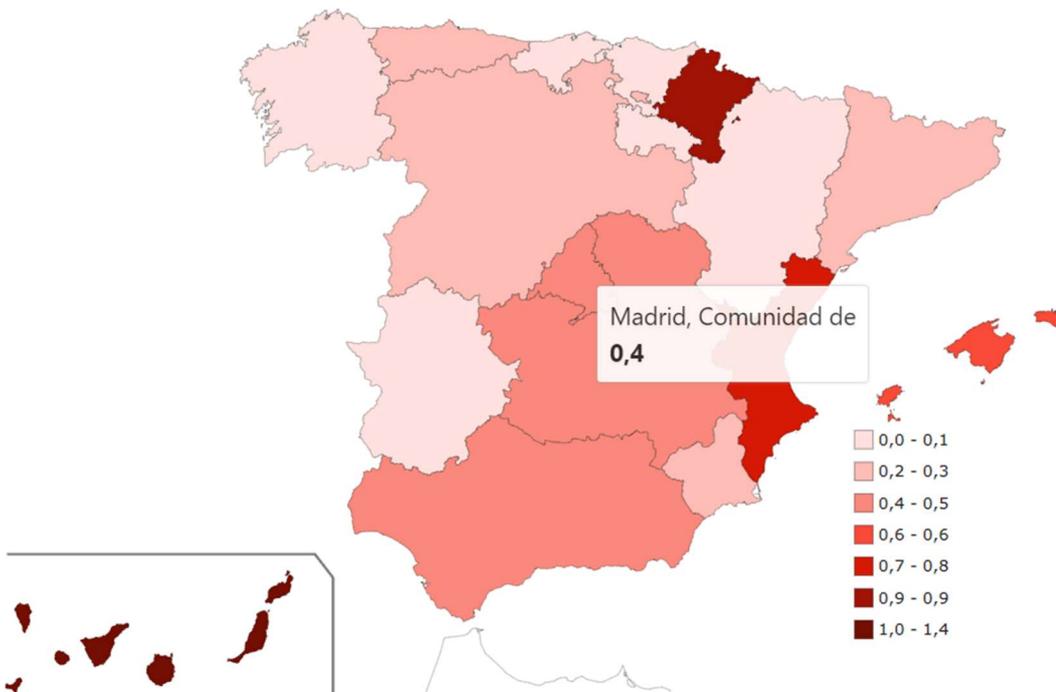
### Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol



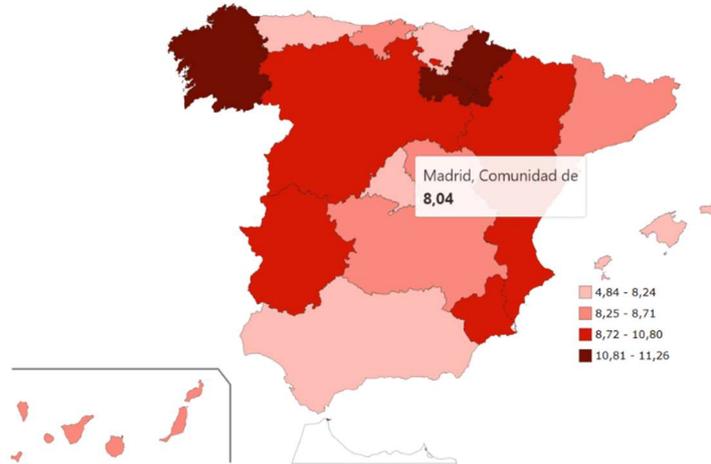
**Proporción de mujeres, entre 18 y 49 años, casadas con un hombre o con pareja masculina, que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos**



**Necesidad insatisfecha de atención médica**

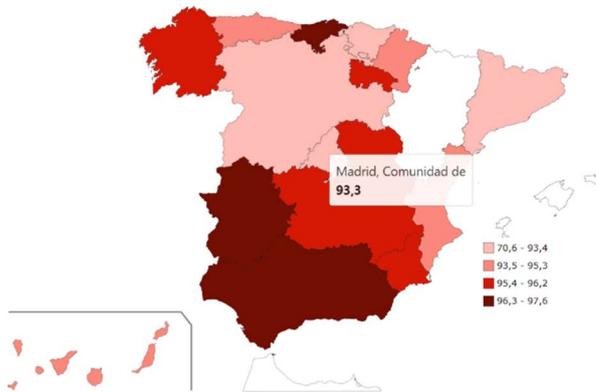


**Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (> 10%)  
como porcentaje del total de gastos de los hogares**



**Proporción de población vacunada**

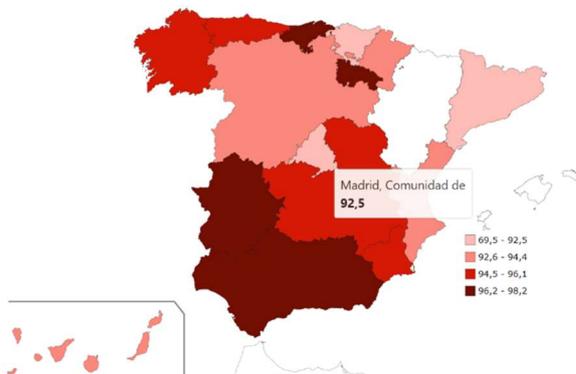
**Difteria**



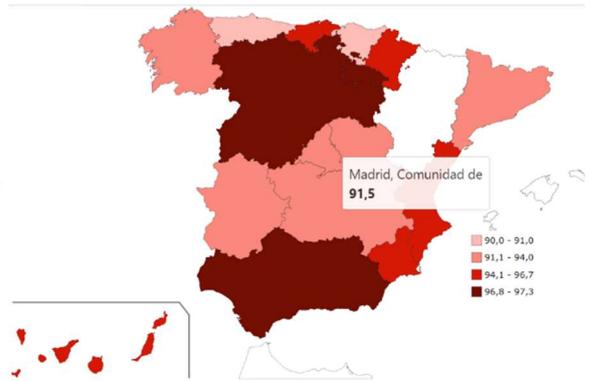
**Tétanos**



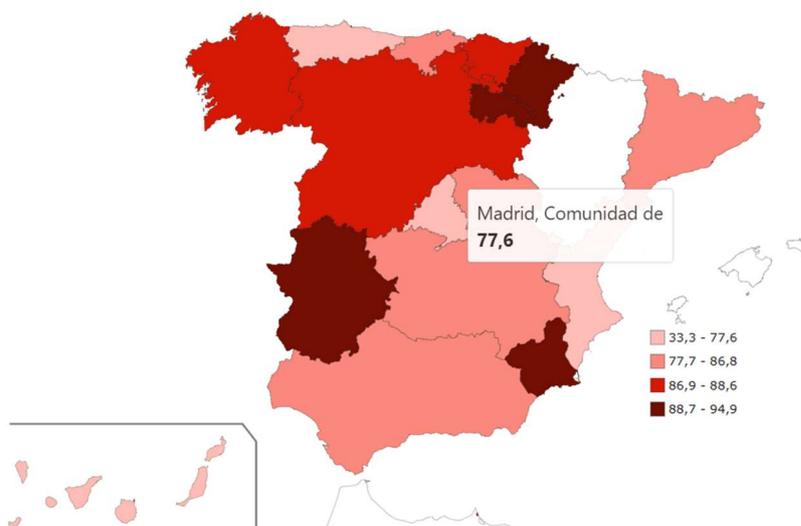
**Neumococo**



**Sarampión**



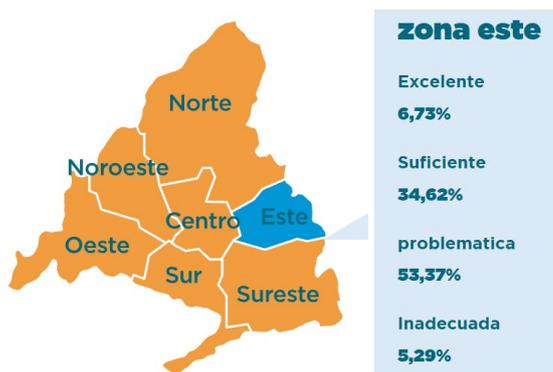
### Virus del Papiloma Humano



### ALFABETIZACIÓN EN SALUD <sup>67</sup>

Los **resultados sociodemográficos** del estudio de nivel de alfabetización en salud de la Comunidad de Madrid, del 2018. <sup>68</sup> nos muestran<sup>69</sup>:

#### Porcentaje del nivel de entendimiento en salud por zona sanitaria.

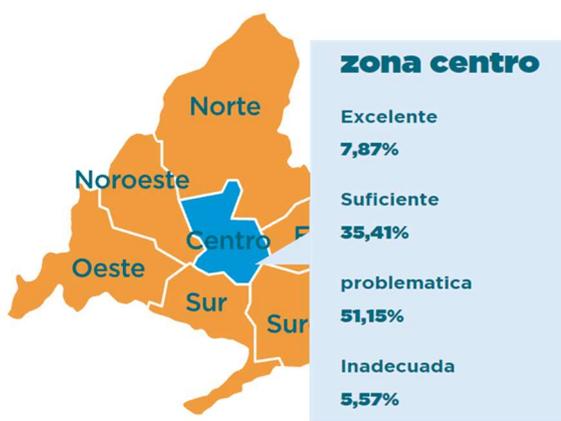


<sup>67</sup> <https://alfahealth.es/educacion-en-salud/>

<sup>68</sup> <https://alfahealth.es/mapa-interactivo/detalles/>

<sup>69</sup> <https://alfahealth.es/el-proyecto/>





**Porcentaje del nivel de entendimiento en salud por sexo en la CM.<sup>70</sup>**



**Porcentaje del nivel de entendimiento en salud por lugar de nacimiento**



**Porcentaje del nivel de entendimiento en salud por lugar de residencia: Madrid capital y resto de municipios de la Comunidad de Madrid.**



<sup>70</sup> <https://alfahealth.es/educacion-en-salud/>



De las 1.560 personas encuestadas en relación a los 4 importantes modos de gestionar la información y en las tres dimensiones de un cuestionario de 42 preguntas adaptado del Cuestionario Europeo HLS-EU<sup>71</sup>, se obtuvieron los siguientes resultados por cada una de las dimensiones:

### Dimensión 1: Estar enfermo Necesidad de Información sobre salud Asistencia Sanitaria

Tener facilidad o mucha facilidad		Difíciles o muy difíciles	
%	Respuesta	%	Respuesta
95,7	Entender los prospectos de los medicamentos	60,7	Valorar que puede necesitar una segunda opinión
94,7	Utilizar la información que le da el profesional para tomar decisiones	38,6	Valorar en qué medida la información que le da el profesional es aplicable a su situación
83,4	Seguir las instrucciones recibidas por el profesional respecto a la medicación		
83,1	Valorar si la información que aparece en los medios de comunicación es fiable		

### Dimensión 2: Estar sano/ Promoción de la Salud

Tener facilidad o mucha facilidad		Difíciles o muy difíciles	
%	Respuesta a	%	Respuesta a
86	De qué forma las condiciones de su vivienda le ayudan a mantenerse sano	53,9	De qué manera su comunidad o su barrio condiciona su salud y bienestar
79,2	Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan su salud	43,1	Modificar su forma de vida en aquellos aspectos que afectan a su salud y bienestar
77,8	Encontrar información sobre cómo su barrio podría ser más saludable	42,9	Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos

### Dimensión 3: Estar en riesgo/ Prevención de la enfermedad

Tener facilidad o mucha facilidad		Difíciles o muy difíciles	
%	Respuesta a	%	Respuesta a
91,5	Entender por qué necesita vacunarse	45	Decidir cómo protegerse de las enfermedades basándose en los consejos que le dan la familia y los amigos
90,3	Encontrar información sobre cómo prevenir y abordar problemas de salud	39,9	Decidir si debe ponerse la vacuna contra la gripe
87,7	Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades	35,6	Encontrar información para saber qué hacer con respecto a hábitos no saludables

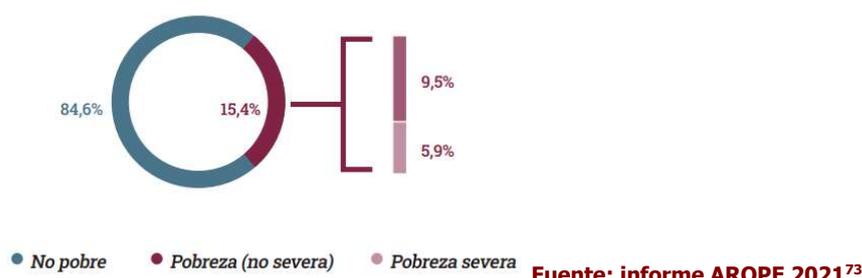
<sup>71</sup> [https://www.um.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466](https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466)



## SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA<sup>72</sup>

2021	Comunidad de Madrid	Variación 21-20	Nacional
Renta	14.836	2%	12.269
Tasa Arope	21,6%	2%	27,8%
Riesgo de Pobreza	15,2%	-0,2%	21,7%
Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 64 años)	7,6%	29%	11,6%
Con carencia material y social severa	7,4%	-15%	8,3%
Índice Gini	35,6%	-	34,1%

En el año 2021 hay una tasa de riesgo de pobreza del 15,2 %, cifras sitúan a la región a 6,5 puntos porcentuales por debajo de la media nacional y la posicionan en una situación buena-intermedia con respecto al resto de regiones.



La evolución y los valores correspondientes al consumo, en general, todos los indicadores de la Comunidad de Madrid son inferiores a los de la media nacional en valores que suponen de un 14 % a un 26 % menos. La excepción es que el 8,3% las personas no pueden permitirse mantener la temperatura adecuada y las que no pueden tener un automóvil, pero en ambos casos la distancia es menor a un punto porcentual. El 11,5% de las personas tienen dificultades económicas para asegurar una alimentación adecuada en su hogar.

Tasa de desempleo: 8,5% (8% en hombres y 9% en mujeres).

<sup>72</sup> [https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe\\_AROPE\\_2022-el-estado-de-la-pobreza-avance-resultados-junio-2022.pdf](https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2022-el-estado-de-la-pobreza-avance-resultados-junio-2022.pdf)

<sup>73</sup> <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-AROPE-2021-madrid.pdf>

## ESTILOS DE VIDA EN LA INFANCIA

Según los resultados obtenidos del último Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 9. Volumen 23, correspondiente al estudio de prevalencia de malnutrición infantil en la Comunidad de Madrid Septiembre 2017<sup>74</sup> se ponen en manifiesto los siguientes hábitos y estilos de vida de una muestra de población de 2 a 14 años, residente en la Comunidad de Madrid que acudió al centro de salud para ser atendida, por enfermeras en el programa de atención a la salud infantil en los Centros de Salud (conocido como Programa del niño sano):

### Descanso/Sueño

El 18,4% dormía menos de 9 hora al día de lunes a viernes y el 6,8% los fines de semana. El grupo de edad comprendido entre 2 y 4 años, el 2,4% duerme menos de 9 horas al día de lunes a viernes, y el grupo de 5 a 14 años el 24,5%.

### Sedentarismo/ Actividad Física

Respecto a la actividad física, el 74,1% de los niños realizaba alguna actividad deportiva fuera del horario escolar (niños 85,4% y niñas 75,2%). En el grupo comprendido entre los 2 y 4 años el porcentaje fue de 56% y en el grupo de edad de 5 a 14 años del 80,5%.

### Uso de TV, ordenadores y videoconsolas:

La mayoría de los niños/as solía ver la televisión diariamente (77,4% de lunes a viernes y 79,0% los fines de semana). Los fines de semana, el 27,9% dedicaban más de 3 horas a ver la televisión y el 12,6% dedicaban más de 3 horas a jugar con ordenador o videoconsolas, siendo estos porcentajes más altos en los niños que en las niñas.

### Alimentación/ Nutrición

El 79,3% de los niños realizaba el número de comidas al día recomendado, siendo este 5. En el grupo de 2 a 4 años lo cumplía un 86,2% frente al grupo de 5 a 14 que fue un 79,6%.

Respecto al desayuno, el 96,9% de los niños desayunaba todos los días. El lugar de desayuno más frecuente es el hogar con un 92,3%, el 7,3% desayunaba en el colegio y el 0,4% en otro lugar que no es ni su domicilio ni el colegio.

Respecto al comedor escolar, el 53,9% lo utiliza todos los días de la semana.

Alimentos más consumidos grupo de 2 a 14 años: lácteos y derivados (96,1%), seguido de cereales y derivados (92,2%) y fruta (74,4%).

Se observó que la calidad de la alimentación empeoraba con la edad comparando los grupos de edad de 2 a 4 años y de 5 a 14 años. El porcentaje de alimentación saludable bajó del

<sup>74</sup><https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>



47,6% a un 30% y el porcentaje de población que necesitaba cambios aumentó de un 52,0% a un 68,8%.

Las conclusiones de este estudio, indican que la prevalencia global de malnutrición (bajo peso, sobrepeso y obesidad) en la población infantil de 2 a 14 años de edad de la Comunidad de Madrid fue del 30,8%, según criterios OMS, siendo la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) la situación más frecuente (96,4% de los casos de malnutrición).

Utilizando los estándares de crecimiento de la OMS, la prevalencia de obesidad en la población infantil de 2 a 14 años fue del 11,4%, siendo mayor en niños (14,2% en niños y 8,4% en niñas); de sobrepeso del 18,3% (18,1% en niños y 18,5% en niñas); y de bajo peso del 1,1% (1,3% en niños y 0,8% en niñas). Según los diferentes criterios de clasificación, la población de 2 a 14 años presentó una prevalencia de obesidad que varió del 7,1%(IOTF) al 13,1% (FO-88), de sobrepeso del 7,2% (FO-88) al 18,5% (IOTF) y de bajo peso del 1,1% (OMS) al 2,1% (FO-88).

La prevalencia de obesidad por **sexo** fue mayor en niños que en niñas según todos los criterios de clasificación. Por grupos de edad y sexo, las prevalencias de obesidad fueron superiores en niños que en niñas a partir del grupo de edad de 8-10 años.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad por grupo de **edad** aumentaron con la edad, hasta el grupo de edad de 8-10 años, para posteriormente descender hasta el grupo de 13-14 años.

La prevalencia de obesidad aumentó según empeoraban los indicadores de **nivel educativo** y de clase social, encontrando que los niños/as con padres y madres con nivel de estudios secundarios de primer grado o menos, exentos de aportación a la farmacia, capacidad adquisitiva baja, obtuvieron mayor porcentaje de clasificados en el grupo de obesidad. La prevalencia de obesidad en niños de madre universitaria fue de 6,5% frente al 19,5% en niños con madres que habían alcanzado estudios primarios.

La población infantil presentó un exceso de **consumo** de embutidos, carnes, dulces y refrescos y un insuficiente consumo de cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas, leche y derivados y legumbres.

La mayoría de los niños cumplían la recomendación de 5 comidas al día (79%) y desayunan habitualmente (96,9%). Más de la mitad de ellos comían en el colegio (53,9%).

La prevalencia de obesidad fue mayor en la población infantil que realizaba menos de 3 comidas al día, no desayunaba habitualmente, dormía menos de 8 horas/día, y veía la TV o jugaban al ordenador/videoconsola más de 3 horas al día. No se encontró asociación entre la obesidad y la realización de horas de deporte fuera del colegio.

Se estimó que el 34,6% de la población infantil estudiada presentó una alimentación saludable, empeorando la calidad de la dieta en el grupo de 5 a 14 años (30,0%) con respecto al grupo de 2 a 4 años (47,6%).

El porcentaje de población infantil clasificada en el grupo de alimentación saludable iba disminuyendo según empeoraban los indicadores de clase **social**. Los niños/as con padres



y madres con nivel de estudios primarios o menos, exentos de aportación a la farmacia y capacidad adquisitiva familiar baja, obtuvieron menor porcentaje de clasificados en el grupo de alimentación saludable.

## **ESTILOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

Según los resultados obtenidos del último informe de hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2019 del **SIVFRENT-J**<sup>75</sup> ponen de manifiesto en sus conclusiones y recomendaciones que los nuevos indicadores de percepción de salud y salud mental, que se presentan por primera vez en este informe, evidencian que de forma mayoritaria perciben su salud como buena o muy buena.

Además de prestar atención a las desigualdades en salud que se producen a estas edades en función de determinantes sociales, es necesario prestar la máxima atención a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un patrón de dieta desequilibrada, especialmente en los hombres, y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; y a la vez asociados a determinantes sociales.

Los indicadores de actividad física a lo largo del tiempo permanecen estables con cifras similares a 1996, con grandes diferencias entre hombres y mujeres. Es necesario poner en marcha estrategias de promoción del ejercicio físico intenso a estas edades que tengan en cuenta una perspectiva de género.

Los indicadores relacionados con el consumo de tabaco y alcohol han mejorado de forma importante en los últimos años, sin embargo, debido a su gran impacto sobre la salud, es necesario seguir priorizando y realizando acciones preventivas en este campo.

Las prevalencias de acoso y ciberacoso son importantes. Estos problemas deben ser abordados con una perspectiva más amplia que la actual. En este sentido la salud pública puede ayudar a trabajar desde ámbito multidisciplinar implicando al sistema sanitario, de forma similar a lo que se realiza en otros tipos de violencia, y al igual que se está realizando en otros países. Es importante que no se descuiden los contenidos de educación para la salud en la programación escolar.

### **Sedentarismo/ Actividad Física**

En 2019, el 42,9% de las chicas y el 19,4% de los chicos no realizaban al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas y el 12,9% de las chicas y el 9,7% de los chicos no realizan actividad física de cualquier tipo al menos 3 veces a la semana.

### **Alimentación**

El consumo de alimentos mantuvo un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería, chucherías saladas y bebidas industriales: un 57,3% no consumía al menos dos raciones de fruta al día y un 37,5% no consumía al menos una

<sup>75</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_sivfrent-j\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-j_2019.pdf)



ración de verdura; el 66,3% consumía dos o más raciones diarias de cárnicos, y el 33,1% consumía bebidas industriales todos o casi todos los días.

El índice de masa corporal, calculado con medidas antropométricas (peso y talla) tomados por profesionales entrenados, muestra que un 25,4 % de los chicos y el 22,1 % de las chicas tenían sobrepeso u obesidad. La serie analizada de sobrepeso-obesidad "referida" 1996/2019, muestra un aumento significativo tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a la imagen corporal, es necesario señalar que el 37,7% de las chicas y el 20,4 de los chicos perciben que tienen sobrepeso u obesidad.

### **Hábitos tóxicos**

En cuanto al consumo de tabaco, el 6,7% fumaba diariamente, siendo similar la prevalencia en las chicas (7,0%), a la de los chicos (6,4%). La mejora que se ha producido en estos indicadores desde 1996 es importante partiendo de cifras entorno al 20% en 1996 en los chicos hasta el año 2000 y entorno al 30% al inicio de la serie en las chicas.

En el consumo de alcohol la proporción de bebedores de riesgo fue un 3,3%. Este consumo de riesgo se realizó principalmente en fines de semana. El 30% había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón "binge drinking") y el 49,2% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, un 12,8% lo habían consumido alguna vez en los últimos 12 meses. El 22 % refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 8,5% en los últimos 30 días.

Tanto los indicadores de consumo de alcohol como de consumo de drogas ilegales han experimentado descensos importantes en los últimos 21 años.

### **Sexualidad**

El 24,4% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración. Un 22 % no había utilizado durante la última relación preservativo, y un 18,6% han utilizado métodos anticonceptivos ineficaces o ningún método.

### **Violencia**

Un 8% de las/los jóvenes refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual en el último año por parte de su pareja o expareja. La violencia sufrida mediante dispositivos electrónicos es declarada en el 15,6% de las/los jóvenes, 19,9% de las chicas y 10,9% de los chicos. Estimamos una prevalencia conjunta de violencia física, sexual o con dispositivos electrónicos del 21,5% (19,1- 24,3).



## Acoso

La prevalencia de acoso y ciberacoso "Bullying y cyberbullying" en el medio escolar es del 6% (5,1-7,2); Por sexo fue más elevada en las chicas 7,2 % (5,7-8,9) que en los chicos 4,9 % (3,7-6,5).

## Seguridad

Un 13,9% había tenido algún accidente de cualquier tipo en los últimos 12 meses. En cuanto a las medidas de seguridad vial, destaca que la utilización del casco en moto continuó siendo baja, el 38,2% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección. Un 77,9% de los jóvenes no utilizan el casco cuando van en bicicleta.

Las tendencias de los indicadores más relevantes de este sistema de información en los últimos 20 años, 1996-2019, muestran una mejora reseñable por su magnitud, la disminución en el consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, mejora en las prácticas de seguridad vial, aunque en estas últimas el uso de casco en moto y en bicicleta siguen precisando importantes mejoras. Los indicadores de consumo de alcohol han mejorado, aunque en menor medida los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético (alimentación y actividad física), siguen mostrando un patrón de dieta desequilibrada y sedentarismo, con un aumento global en este periodo del sobrepeso y obesidad tanto en hombres como en mujeres.

## Educación para la Salud

**Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.**

Tabaco	30,7(28,7-32,8)
Alcohol	25,5(23,6-27,5)
Drogas de comercio ilegal	25,2(23,3-27,2)
Métodos anticonceptivos	36,6(34,5-38,8)
VIH/SIDA	60,1(57,9-62,3)
ITS	38,9(36,7-41,1)
Accidentes	53,1(50,9-55,4)
Sexualidad	34,0(31,9-36,1)
Violencia de género	25,0(23,1-26,9)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

(1). En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Los resultados del informe concluyen que es importante que no se descuiden los contenidos de educación para la salud en la programación escolar. Los contenidos que han sufrido un retroceso importante en los últimos años son los que tienen que ver con las enfermedades de transmisión sexual, la prevención de VIH/SIDA. Por ello es importante priorizar o poner en marcha nuevas estrategias de educación para la salud, de forma que la información llegue por igual a todo el alumnado.



En 2021, la Gerencia de Atención Primaria puso en marcha un Proyecto para el abordaje compartido del diagnóstico precoz y la infección del VIH y otras ITS, cuyo objetivo general plantea disminuir la incidencia de infección por VIH y otras ITS, aumentar su diagnóstico precoz, disminuir los casos no diagnosticados y mejorar el proceso asistencial de atención de estas personas.

El análisis conjunto de indicadores de salud, determinantes sociales, indicadores de riesgo, conductas de riesgo, conocimientos, oferta formativa en prevención, etc, deben ser tenidos en cuenta para poner en marcha planes de salud que incluyan acciones preventivas dirigidas a estas edades.

---

## ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS

Según los resultados obtenidos del último informe de hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2019 del **SIVFRENT-A**<sup>76</sup> dirigido a población adulta (18 y 64 años) en 2019 establece como conclusiones:

Durante 2019 se consolidaron los cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas. La prevalencia de personas sedentarias en el tiempo libre y en la actividad laboral es muy elevada.

Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron una mala evolución, destacando el incremento del sobrepeso y obesidad, con una elevada prevalencia de inactividad física y una dieta que debería ser más equilibrada. Estos hechos deben hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo, facilitando la actividad física en el trabajo y tiempo libre y trabajando los hábitos alimentarios saludables en todas las edades.

Los factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol mostraron una tendencia favorable, aunque todavía con prevalencias muy elevadas que es necesario mejorar, destinando recursos a programas preventivos y de vigilancia, acordes con la importancia que tienen estos factores de riesgo, desde el punto de vista de la salud pública.

Siguen siendo elevadas las cifras la realización de prácticas preventivas y el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, posiblemente gracias a los medios destinados a las campañas preventivas que se han puesto en marcha en los últimos años.

La violencia contra la mujer, tanto física como psicológica además del control ejercido por la pareja o expareja, está presente a nivel poblacional, y de forma notoria en los grupos de edad más joven, aspecto que debe ser vigilado.

El acoso laboral es un grave problema de salud pública no suficientemente estudiado por lo que más análisis y vigilancia son necesarios.

---

<sup>76</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_sivfrent-a\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-a_2019.pdf)



La salud mental es un aspecto básico de la vida no solo por la prevalencia si no por las graves repercusiones tanto en la persona enferma como en su entorno; la depresión y los desórdenes depresivos muestra cifras que deben ser vigiladas, así como el gradiente socioeconómico que se detecta, causa de desigualdad en salud.

### Sedentarismo/ Actividad Física

El 46,4% (44,3-48,6) de los entrevistados afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad. El 65,8 % afirmaron no realizar actividades moderadas/intensas/ muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez, siendo el % mayor en las mujeres y aumentando con la edad.

De los hombres encuestados, las cinco actividades físicas más frecuentes realizadas son un 21% pesas/ gimnasia de aparatos, un 16,7% footing, un 10,7% bicicleta ligera, un 8,8% bicicleta intensa y un 8,5 fútbol y de las mujeres, un 12,7 % pesas/gimnasia con pesas, un 8,5% gimnasia de mantenimiento, un 7,2% footing, un 4% bailar/ bailes de salón y un 4,3 % natación ligera.

#### Sedentarismo en tiempo libre, por variables sociodemográficas por sexo y totales. Comunidad de Madrid. 2019.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
<b>Edad</b>								
18-29	98	51,3(44,2-58,4)	130	64,7(57,8-71)	228	58,2(53,2-62,9)		
30-44	192	52,5(47,3-57,6)	254	68,3(63,4-72,8)	446	60,4(56,9-63,9)		
45-64	279	68,9(64,2-73,2)	355	78,4(74,3-81,9)	634	73,9(70,9-76,7)		
<b>País Nacimiento</b>								
España	445	58,6(55-62)	531	69,3(66-72,5)	976	64(61,5-66,3)		
Otros países	124	61,4(54,5-67,8)	208	80(74,7-84,4)	332	71,9(67,6-75,8)		
<b>Nivel educativo</b>								
Primarios/Menos	216	68,8(63,5-73,7)	245	83,1(78,3-86,9)	461	75,7(72,2-78,9)		
Secundarios	215	59,6(54,5-64,5)	300	72,6(68,1-76,7)	515	66,5(63,2-69,7)		
Universitarios	138	48,1(42,4-53,9)	194	61(55,6-66,2)	332	54,9(50,9-58,8)		
<b>Situación Laboral</b>								
Trabajo	452	53,5(60,4-29,1)	531	66,6(73,1-34,2)	983	60,9(65,7-63,3)		
Paro	50	70,3(89,7-32,3)	79	75,2(90,2-51)	129	76,5(88,3-83,2)		
Estudiante	24	30(55,2-20)	36	44,6(68,8-30)	60	41,1(58,9-50)		
Trabajo no remunerado*	0	0	66	74,8(91,1-84,6)	66	74,8(91,1-84,6)		
Jubilación/Pensionista	43	71,6(92-51,8)	27	67,5(93,4-32,5)	70	74,9(90,7-84,3)		
<b>Clase social</b>								
Alta	162	50,3(44,9-55,7)	181	61,4(55,7-66,7)	343	55,6(51,7-59,5)		
Media	115	62,2(55-68,8)	207	70,6(65,2-75,6)	322	67,4(63-71,4)		
Baja	274	65,6(60,9-69,9)	319	81(76,8-84,5)	593	73(69,9-75,9)		
<b>Totales**</b>	<b>569</b>	<b>59,1(56,0-62,2)</b>	<b>739</b>	<b>72,0(69,2-74,7)</b>	<b>1308</b>	<b>65,8(63,7-67,8)</b>		

\*Ama de casa

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1), No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).



## Alimentación

Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas.

Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		HOMBRES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
Leche	78,6 (76,8-80,4)	75,6 (72,9-78,2)	81,5 (79-83,7)	73,6 (69-77,6)	76,7 (73,6-79,6)	82,7 (80-85)
Leche y derivados	90,3 (88,9-91,5)	88,5 (86,4-90,4)	92,0 (90,2-93,5)	87,3 (83,6-90,2)	90,2 (87,8-92,1)	91,9 (89,8-93,5)
Arroz	19,4 (17,8-21,2)	20,5 (18,1-23,1)	18,4 (16,2-20,9)	24,9 (20,9-29,4)	20,5 (17,7-23,5)	15,9 (13,6-18,6)
Pasta	14,9 (13,3-16,4)	16,7 (14,5-19,1)	13,1 (11,1-15,2)	22,9 (19,1-27,3)	14,9 (12,5-17,7)	10,9 (9-13,2)
Verdura	79,5 (77,7-81,2)	76,2 (73,4-78,7)	82,7 (80,3-84,9)	76,3 (71,9-80,2)	78,7 (75,7-81,5)	81,7 (79-84,2)
Fruta fresca	71,0 (69,0-73,0)	65,7 (62,7-68,6)	76,1 (73,4-78,6)	65,6 (60,8-70,1)	67,0 (63,6-70,3)	77,1 (74,2-79,7)
Legumbres	18,4 (16,7-20,1)	19,8 (17,4-22,4)	17,1 (14,9-19,5)	17,5 (14-21,5)	17,6 (15-20,5)	19,4 (16,9-22,2)
Carne	68,4 (66,3-70,4)	71,7 (68,8-74,5)	65,2 (62,2-68,1)	70,5 (65,8-74,9)	72 (68,7-75,1)	64,2 (60,9-67,3)
Carne y derivados	82,3 (80,6-83,9)	84,6 (82,2-86,8)	80,1 (77,6-82,4)	83,3 (79,3-86,6)	84,8 (82-87,2)	79,7 (76,9-82,3)
Huevos	29,0 (27,1-31,0)	28,5 (25,7-31,4)	29,5 (26,8-32,4)	29,7 (25,4-34,3)	28,8 (25,7-32,2)	28,9 (25,9-32)
Pescado	43,9 (41,8-46,1)	43,7 (40,6-46,8)	44,2 (41,1-47,2)	36,7 (32,1-41,5)	41,7 (38,2-45,3)	49,2 (45,9-52,6)
Dulces/Bollería	40,0 (37,9-42,2)	41,5 (38,4-44,6)	38,7 (35,8-41,7)	39,9 (35,2-44,8)	36,5 (33,1-40)	43,2 (39,9-46,5)

Consumo de una o ninguna ración de fruta diaria por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2019.

	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
<b>Edad</b>						
18-29	154	77(70,7-82,3)	142	70,6(63,9-76,6)	296	73,8(69,3-77,9)
30-44	271	73(68,3-77,3)	256	68,8(63,9-73,3)	527	70,9(67,6-74,1)
45-64	256	63,1(58,2-67,6)	255	56,3(51,7-60,8)	511	59,5(56,2-62,7)
<b>País Nacimiento</b>						
España	532	69,1(65,8-72,2)	485	63,3(59,9-66,6)	1017	66,2(63,8-68,5)
Otros países	149	72(65,5-77,7)	168	64,6(58,6-70,2)	317	67,9(63,5-72)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	229	71,3(66,2-76)	201	68,1(62,6-73,2)	430	69,8(66,1-73,3)
Secundarios	263	71,5(66,7-75,8)	251	60,8(56-65,3)	514	65,8(62,4-69)
Universitarios	189	65,6(59,9-70,9)	201	63,2(57,8-68,3)	390	64,4(60,5-68,1)
<b>Situación Laboral</b>						
Trabajo	565	70,4(67,2-73,5)	492	64,8(61,4-68,1)	1057	67,7(65,4-70)
Paro	43	68,3(55,8-78,5)	61	64,9(54,8-73,8)	104	66,2(58,5-73,2)
Estudiante	47	77(65-85,8)	45	71,4(59,2-81,2)	92	74,2(65,8-81,1)
Trabajo no remunerado*	0	0	42	53,8(42,8-64,6)	42	53,8(42,8-64,6)
Jubilación/Pensionista	26	51(37,5-64,3)	13	40,6(25,2-58,1)	39	47(36,5-57,7)
<b>Clase social</b>						
Alta	210	64,8(59,4-69,8)	176	59,7(53,9-65,1)	386	62,4(58,5-66,1)
Media	133	71,5(64,6-77,5)	192	65,5(59,9-70,7)	325	67,8(63,6-71,9)
Baja	311	72,5(68,1-76,5)	256	65(60,1-69,5)	567	68,9(65,7-72)
<b>Totales</b>	681	69,7(66,8-72,5)	653	63,6(60,7-66,5)	1334	66,6(64,5-68,6)



**Consumos tóxicos:****Tabaco<sup>77</sup>:**

La clasificación según frecuencia de consumo de tabaco en la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid es de un 50,4 % de personas no fumadores, de un 24,6 % de personas exfumadoras, de un 22,2% de personas fumadoras diarias y un 2,8 % son personas fumadoras, pero no diariamente.

**Prevalencias fumadoras/es diarios/ocasionales por variables sociodemográficas, mujeres y hombres y totales. Comunidad de Madrid. Año 2019**

	Hombres		Mujeres		n	Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)		
<b>Edad</b>						
18-29	53	26,5(20,8-33,1)	37	18,4(13,6-24,4)	90	22,4(18,6-26,8)
30-44	106	28,6(24,2-33,4)	86	23,1(19,1-27,7)	192	25,8(22,8-29,1)
45-64	100	24,6(20,7-29,1)	119	26,3(22,4-30,5)	219	25,5(22,7-28,5)
<b>País Nacimiento</b>						
España	211	27,4(24,4-30,7)	204	26,6(23,6-29,9)	415	27(24,9-29,3)
Otros países	48	23,2(17,9-29,4)	38	14,6(10,8-19,5)	86	18,4(15,2-22,2)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	103	32,1(27,2-37,4)	98	33,2(28,1-38,8)	201	32,6(29-36,4)
Secundarios	98	26,6(22,4-31,4)	91	22(18,3-26,3)	189	24,2(21,3-27,3)
Universitarios	58	20,1(15,9-25,2)	53	16,7(13-21,2)	111	18,3(15,4-21,6)
<b>Situación Laboral</b>						
Trabajo	207	25,8(22,9-29)	182	24(21,1-27,2)	389	24,9(22,8-27,1)
Paro	27	42,9(31,3-55,3)	27	28,7(20,5-38,7)	54	34,4(27,4-42,2)
Estudiante	12	19,7(11,6-31,4)	5	7,9(3,4-17,5)	17	13,7(8,8-20,8)
Trabajo no remunerado*	0	0	15	19,2(11,9-29,5)	15	19,2(11,9-29,5)
Jubilación/Pensionista	13	25,5(15,5-39)	13	40,6(25,2-58,1)	26	31,3(22,3-42)
<b>Clase social</b>						
Alta	76	23,5(19,1-28,4)	57	19,3(15,2-24,2)	133	21,5(18,4-24,9)
Media	49	26,3(20,5-33,2)	71	24,2(19,7-29,5)	120	25,1(21,4-29,1)
Baja	129	30,1(25,9-34,6)	129	30,1(25,9-34,6)	238	28,9(25,9-32,1)
<b>Totales**</b>	501	26,5(23,8-29,4)	259	23,6(21,1-26,3)	242	25,0(23,2-27,0)

\*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

**Alcohol<sup>78</sup>:**

La clasificación según frecuencia de consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid es de un 65,8 % de personas bebedoras moderadas (\*), de un 31,1 % de personas no bebedoras y de un 3,2 % son personas bebedoras de riesgo (\*\*).

(\*) Consumo de alcohol de 1 a 39 g/día en hombres y 1 a 23 g/día en mujeres. - bebedor/a moderado

(\*\*) Consumo de alcohol > o = 40 g/día en hombres y > o = 24 g/día en mujeres. - bebedor/a riesgo

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

<sup>77</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_sivfrent-a\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-a_2019.pdf)

<sup>78</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_sivfrent-a\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-a_2019.pdf)



**Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*
Bebedores habituales(a)	52,6 (50,5-54,8)	62,2 (59,1-65,2)	43,6 (40,6-46,6)	54,4 (49,6-59,1)	49,8 (46,3-53,3)	54,3 (51-57,6)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	3,2(2,5-4)	3,6 (2,6-5,0)	2,7 (1,9-3,9)	5,7 (3,8-8,5)	3,0 (2-4,5,0)	2,1 (1,3-3,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días(c)	11,9 (10,6-13,3)	14,3 (12,4-16,6)	9,6 (7,9-11,4)	27,2 (23,1-31,7)	11,8 (9,7-14,4)	4,8 (3,5-6,4)
Consumo de riesgo global (d)	13,1 (11,7-14,6)	16,1 (14-18,5)	10,2 (8,6-12,2)	28,2 (24-32,8)	13,1 (10,8-15,7)	6,1 (4,7-7,9)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	8,4 (7,3-9,7)	11,5 (9,6-13,6)	5,6 (4,3-7,1)	10,0 (7,4-13,3)	10,6 (8,6-13)	5,8 (4,5-7,6)

\*Intervalo de confianza al 95%.

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

(b) Consumo de alcohol de >=40 g/día en hombres y >=24 g/día en mujeres.

(c) Consumo en un corto período de tiempo de >=80 g en hombres y >=60 g en mujeres.

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

**Violencia contra la mujer por su pareja o expareja:**

**Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año.**

**Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019**

	Total	EDAD		
		18-29	30-44	45-64
	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)
Le dió una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	1,2 (0,7-2,3)	2,1 (0,7-6,3)	1,5 (0,6-3,7)	0,6 (0,1-2,3)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	2,0 (1,2-3,2)	2,8 (1-7,2)	1,5 (0,6-3,7)	2,1 (1-4,3)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	4,0 (2,8-5,6)	4,9 (2,3-9,9)	3,7 (2,1-6,4)	3,8 (2,2-6,5)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

La proporción de mujeres cuya pareja o expareja ha ejercido contra ellas algún tipo de violencia en el último año: un 4.9 % de mujeres de 18-29 años, un 4,3% de mujeres de 30 a 44 años y un 5,7% de mujeres de 45 a 64 años de la Comunidad de Madrid en 2019. Siendo estas proporciones inferiores respecto al año 2018, excepto en el grupo de edad de mujeres 45 y 64 años que se encontraba en un 3,3%<sup>79</sup>.

<sup>79</sup> Fuente: SIVFRENT\_A19. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta.



**Violencia (1) contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas.**

**Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019**

	n	%IC(95%)*
<b>Edad</b>		
18-29	7	4,9(2,3-9,9)
30-44	14	4,3(2,6-7,2)
45-64	19	5,7(3,7-8,8)
<b>País Nacimiento</b>		
España	18	3,0(1,9-4,7)
Otros países	22	11,2(7,5-16,4)
<b>Nivel educativo</b>		
Primarios/Menos	15	6,6(4-10,6)
Secundarios	16	5,1(3,1-8,1)
Universitarios	9	3,5(1,8-6,6)
<b>Situación Laboral</b>		
Trabajo	33	5,5(3,9-7,6)
Paro	3	4,2(1,3-12,2)
Estudiante	0	0
Trabajo no remunerado**	4	5,8(2,2-14,5)
Jubilación/Pensionista	0	0
<b>Clase social</b>		
Alta	6	2,5(1,1-5,4)
Media	7	3(1,4-6,2)
Baja	27	8,9(6,2-12,7)
<b>Totales</b>	<b>40</b>	<b>5,2(3,8-7)</b>

\*\*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1) Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

**Acoso Laboral:**

De la población encuestada de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid el 87,9 % refiere no sufrir acoso laboral, el 10,2 % refiere acoso psicológico, el 1,3% acoso sexual y el 0,6 acoso físico.

**Prevalencia de acoso global (físico/psicológico/sexual) por variables sociodemográficas.**

**Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid. Año 2019**

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
<b>Edad</b>						
18-29	5	2,5(1-5,9)	18	9(5,7-13,8)	23	5,7(3,8-8,5)
30-44	34	9,2(6,6-12,6)	66	17,7(14,2-22)	100	13,5(11,2-16,1)
45-64	43	10,6(8-14)	77	17(13,8-20,7)	120	14(11,8-16,5)
<b>País Nacimiento</b>						
España	66	8,6(6,8-10,8)	125	16,3(13,9-19,1)	191	12,4(10,9-14,2)
Otros países	16	7,7(4,8-12,2)	36	13,8(10,2-18,6)	52	11,1(8,6-14,3)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	35	10,9(7,9-14,8)	44	14,9(11,3-19,5)	79	12,8(10,4-15,7)
Secundarios	34	9,2(6,7-12,7)	61	14,8(11,7-18,5)	95	12,2(10,1-14,6)
Universitarios	13	4,5(2,6-7,6)	56	17,6(13,8-22,2)	69	11,4(9,1-14,2)
<b>Situación Laboral</b>						
Trabajo	66	8,2(6,5-10,4)	118	15,5(13,1-18,3)	184	11,8(10,3-13,5)
Paro	11	17,5(9,9-28,8)	25	26,6(18,6-36,4)	36	22,9(17-30,2)
Estudiante	1	1,6(0,2-10,8)	3	4,8(1,5-13,8)	4	3,2(1,2-8,3)
Trabajo no remunerado**	0	0	6	7,7(3,5-16,1)	6	7,7(3,5-16,1)
Jubilación/Pensionista	4	7,8(3-19,1)	9	28,1(15,3-45,9)	13	15,7(9,3-25,1)
<b>Clase social</b>						
Alta	22	6,8(4,5-10,1)	55	18,6(14,6-23,5)	77	12,5(10,1-15,3)
Media	14	7,5(4,5-12,3)	51	17,4(13,5-22,2)	65	13,6(10,8-16,9)
Baja	46	10,7(8,1-14)	55	14(10,9-17,7)	101	12,3(10,2-14,7)
<b>Totales*</b>	<b>82</b>	<b>8,4(6,8-10,3)</b>	<b>161</b>	<b>15,7(13,6-18)</b>	<b>243</b>	<b>12,1(10,8-13,6)</b>

\*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).



## ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES <sup>80</sup>

Según los resultados obtenidos en el último informe de hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid 2019, presentan la siguiente situación<sup>81</sup>, de una muestra de 1000 personas entrevistadas, de entre 65 y 79 años, de las cuales: 44,1% eran mujeres y 55,9% hombres.

### **Convivencia:**

El 68,8% conviven con su esposo/a o pareja, el 18,9% vive solo/a, el 7,4% con hijo/a, el 3,1% con otros familiares y el 1,8% otras situaciones.

### **Recursos económicos:**

El 33,2% está en la categoría <350 a 1050 euros al mes. Las mujeres son un 41,6% y los hombres un 29,8%. El 30,2% en la categoría 1050 a 1550 euros/mes. Por último, el 15,7% tienen unos ingresos de menos de 350-800 euros.

### **Situación laboral:**

Se encuentran en situación de jubilación/pensionista el 80,2% (92,1% en los hombres y un 70,8% en las mujeres). El 23,8% trabajan sin remuneración (amas de casa) siendo un porcentaje formado exclusivamente por mujeres.

### **Actividad física y ejercicio físico:**

El 71,7% está de pie o se desplaza a pie a menudo la mayor parte del tiempo. El 78% (81,6% en hombres y 75,1% en mujeres) realiza ejercicio físico moderado. El 58,6% (67,8% en hombres y 51,3% en mujeres) realiza ejercicio con beneficio cardiovascular. Los porcentajes en ambos casos disminuyen al aumentar la edad.

El 6,5% (11,1% en hombres y un 2,9% en mujeres) realizan ejercicio vigoroso. Por edad pasa de 8,5% en el grupo de edad de 65-69 años a 3,5% en el rango de edad 75-79 años. El 5,4% (9,8% en hombres y 2% en mujeres) realizan ejercicio intenso de 75 minutos o más en semana. El 85,3% (88,2% en hombres y 83,0% en mujeres) caminan como ejercicio aeróbico, al menos 10 minutos y la mayoría de los días de la semana (4 a 7 días); el 57,5%

<sup>80</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-m\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-m_2019.pdf)

<sup>81</sup> Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Hábitos de salud en la población mayor. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. N.º2. Volumen 27. Marzo-Abril 2022.



(61,5% en hombres y 54% en mujeres) cumplen el indicador de 30 minutos o más cada vez la mayoría de días de la semana. En general, por edad estos indicadores muestran una disminución de porcentajes al aumentar la edad.

En el **informe se concluye**<sup>82</sup> que la prevalencia de personas que mantienen una actividad física en su rutina habitual y en su tiempo libre es insuficiente. Los índices de sobrepeso y obesidad son elevados. El patrón alimentario está alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje importante de esta población. Las prevalencias de consumo de tabaco y de alcohol, debería disminuir. La realización de prácticas preventivas en relación a riesgo cardiovascular es elevada. El cumplimiento en otras, como mamografías, colonoscopias o citologías es menor. Los factores de fragilidad tales como dependencia para ABVD, AIVD, caídas, limitación para la movilidad, dolor, sensación de cansancio, apoyo social, discapacidad muestran valores que aumentan con la edad y con una gran diferencia por sexo siendo en general más elevados en las mujeres en relación a los hombres.

Las personas mayores en gran medida prolongan su actividad laboral al ser cuidadoras/es. La participación activa en actividades formativas, asociaciones de cualquier tipo, no meramente recreativas es baja. Estos resultados deben hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo para mejorar la salud en todas las edades

---

## SERVICIOS Y PROGRAMAS OFRECIDOS POR OTROS SECTORES

Tal y como hemos visto en uno de los marcos conceptuales que vertebran la ESC\_AP\_CM, las investigaciones sobre los efectos de los DSS<sup>83</sup> han ampliado el ámbito de actuación de las intervenciones de salud, desde la tradicional línea de actuación basada en la mejora de los servicios sanitarios, hacia la mejora de las condiciones socioeconómicas de las personas como principales responsables de la salud de las personas.

Por ello, queremos incluir una revisión de los servicios ofrecidos en la Comunidad de Madrid con el objetivo de promover una mejor calidad de vida a través de programas que tengan el denominador común de buscar el bienestar de la población en sus distintas etapas vitales y etapas de vulnerabilidad, teniendo en cuentas los condicionantes sociales que influyen en la salud de la población. A continuación hacemos referencia a algunos de los sectores dibujados en el mapa de los DSS con accesos QR a web de la CM con recursos y servicios de programas:

---

<sup>82</sup> [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-m\\_2019.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-m_2019.pdf)

<sup>83</sup>

[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C\\_202205041.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf)



Sectores	Accesos información	QR
<b>Políticas sociales</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales">https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales</a> Mayores    Dependencia    Discapacidad    Inmigración    Familia y fomento a la natalidad    Infancia y adolescencia Inclusión social    Igualdad y violencia de género    LGTBI    Voluntariado y Cooperación al Desarrollo	
<b>Salud</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/salud">https://www.comunidad.madrid/servicios/salud</a> Alimentación    Asistencia sanitaria    Cuida tu salud    Donaciones y trasplantes    Enfermedades y problemas de salud Medicamentos y farmacia    Salud y medio ambiente	
<b>Educación</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/educacion">https://www.comunidad.madrid/servicios/educacion</a> Formación en tiempo libre    Enseñanzas Artísticas Superiores    Educación Secundaria Obligatoria    Bachillerato    Educación Primaria Educación Infantil    Formación profesional    Universidades    Enseñanzas de idiomas, artísticas y deportivas Educación de personas adultas    Educación Especial    Ciencia e investigación    Sistema educativo madrileño    Consejo Escolar personal =educación	
<b>Deporte</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/deportes">https://www.comunidad.madrid/servicios/deportes</a> Programas de actividad física y deporte    Instalaciones    Federaciones y clubes deportivos	
<b>Cultura y turismo</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/cultura">https://www.comunidad.madrid/cultura</a> Oferta cultural y de ocio    Actividades al aire libre y deporte    Patrimonio cultural    Compras    Gastronomía    Organiza tu visita	
<b>Urbanismo y Medio Ambiente</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/urbanismo-medio-ambiente">https://www.comunidad.madrid/servicios/urbanismo-medio-ambiente</a> Urbanismo    Información y educación ambiental    Animales de compañía    Espacios naturales y especies protegidas    Residuos Calidad ambiental    Prevención, evaluación y responsabilidad ambiental    Caza y pesca	
<b>Justicia</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/justicia">https://www.comunidad.madrid/servicios/justicia</a>	
<b>Consumo</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/consumo">https://www.comunidad.madrid/servicios/consumo</a> Información al consumidor    Formación en consumo    Inspección y Alertas    Reclamaciones    Información a empresas Arbitraje de consumo	
<b>Inversión y empresa</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/inversion">https://www.comunidad.madrid/inversion</a> ¿Por qué Madrid?    Inicia y desarrolla tu empresa    Comercio    Innova    Industria    Energía    Relación con inversores Sectores destacados    Prevención de riesgos laborales	
<b>Empleo</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/empleo">https://www.comunidad.madrid/servicios/empleo</a> Autoempleo y emprendimiento    Ayudas al empleo    Búsqueda de empleo    Cooperativas y sociedades laborales    Empleo público Formación para el empleo    Relaciones laborales    Empleo, discapacidad y colectivos vulnerables	
<b>Transporte</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/transporte">https://www.comunidad.madrid/servicios/transporte</a> Transporte de viajeros    Tarifas y abonos    Profesionales del transporte    Carreteras    Accesibilidad	
<b>Acción de gobierno</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/gobierno">https://www.comunidad.madrid/gobierno</a> Políticas digitales    Espacios profesionales    Participación    Actualidad    Información jurídica y legislación    Estadísticas	



<b>Municipios</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/municipios">https://www.comunidad.madrid/servicios/municipios</a>	
<b>Asociaciones y fundaciones</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/asociaciones-fundaciones-colegios-profesionales">https://www.comunidad.madrid/servicios/asociaciones-fundaciones-colegios-profesionales</a>	
<b>Mapas</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/mapas">https://www.comunidad.madrid/servicios/mapas</a>	

Fuente: Mapa QR-URL de sectores con acceso a información fiable para la salud de la población. ESC\_AP\_CM.

## MAPAS DE LA VULNERABILIDAD EN SALUD

Desde el modelo de Determinantes Sociales de la Salud y el enfoque de equidad la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid ha desarrollado la metodología de los Mapas de la Vulnerabilidad en salud (MVS) para facilitar a los equipos sociosanitarios la planificación, priorización e intervención en salud en un territorio. En esta metodología se parte de una selección de las Zonas Básicas de Salud con peores indicadores en salud, junto a un estudio técnico de distintos indicadores sociosanitarios representados en distintos mapas.

Para la elaboración de los MVS se utiliza el Sistema Información Geográfica de Indicadores en Salud (SIGIS). Los MVS, hacen referencia a una representación espacial, donde se indican y ubican colectivos y focos problemáticos hacia los que se han de dirigir las intervenciones.

Existen diferencias territoriales en salud poco estudiadas, pero asimismo, se cuenta con información relevante sobre morbilidad, condiciones socioeconómicas, hacinamiento, asentamientos marginales, etc., que permite identificar núcleos territoriales que precisan una atención especial y coordinada.

## 5.2 ANÁLISIS INTERNO:

### ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVO

A 31 de diciembre de 2021, el Área Única de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, tenía abiertos 266 Centros de Salud (CS), además de 163 consultorios locales, y 1 centro adscrito. En total 430 puntos físicos incluyendo 40 Servicios de Atención Rural (SAR).



En 2019 fue constituida la Comisión Central de Educación para la Salud y Participación Comunitaria (CCEpSyPC) de Atención Primaria, conformada por un responsable de centros de cada dirección asistencial (DA), técnicos expertos en SC de la gerencia, informáticos y un técnico del Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP con la misión de apoyar, impulsar y promover las acciones necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos en materia de Educación para la Salud y Participación comunitaria que se reflejan en los resultados del presente documento.

Diseñar líneas estratégicas de Educación para la Salud (EpS) y Participación Comunitaria (PC) para Atención Primaria en coordinación con la Dirección General de Salud Pública (DGSP) siendo vocales de la Comisión de Validación de Proyectos educativo de las Comunidad de Madrid, con la Dirección General de Humanización siendo miembros del equipo coordinador de la Escuela Madrileña de Salud y con la Dirección General de Sistemas de Información siendo responsables funcionales de la aplicación EpSALUD, y a su vez apoyar a los Referentes de EpSyPC de las Direcciones Asistenciales (DA) en el despliegue de las acciones con los responsables de EpSyPC de los CS.

Los responsables de EpSyPC de las DA y técnicos de la gerencia realizan un apoyo constante a los profesionales de los Centros de Salud (CS) en la coordinación, planificación, seguimiento y monitorización de indicadores, en la resolución de incidencias, en el abordaje e implantación de los Proyectos de Educación para la Salud y Programas Comunitarios, en la formación y en el manejo de la aplicación EpSalud, herramienta informática de gestión de la educación para la salud grupal y comunitaria en AP.

En 2021, se constituyen dos comisiones nuevas la Subcomisión de Vida Saludable (SVS) y la Subcomisión de Innovación, Investigación y Tecnología EpSALUD.

En enero 2022, se incluyó a la SVS la **visión de profesionales asistenciales** de todas las categorías ya que hasta el momento se articulaba en puestos directivos y técnicos. En este mismo año además se incluye la **visión de la población asociada y no asociada** en líneas de activación de EpSyPC puestas en marcha en los grupos de población. De este modo se consigue tener un equipo interdisciplinar e intersectorial para trabajar coordinados y en colaboración.

## ANÁLISIS DE PERSONAS CLAVE EN LA ESTRUCTURA.

### Responsables de EpSyPC en los CS

La figura de responsable de EpSyPC ha sido liderada y gestionada durante años por Enfermeras de Atención Primaria y/o Enfermeras especialistas de Familia y Comunitaria y en las reuniones mantenidas en 2021, se mantuvo esta tendencia de coordinación y compromiso con la prevención y promoción de la salud grupal y colectiva, siendo más del 85 % enfermeras.



## Nivel de formación y años de experiencia de las responsables de EpSyPC de los centros de salud

De las 395 responsables encuestadas:

- 134 refieren tener formación específica en el uso y manejo de la aplicación de Educación para la Salud y Participación Comunitaria (33.92%) y 128 tienen formación en metodología de educación para la salud grupal (32,40%).
- De los 14,54 años de experiencia media trabajados en Atención Primaria han ejercido como responsables de EpSySC 5,35 años de media.

Media años en AP	Rango	Media como responsable de EpSyPC	Rango
14,54 años	0,6 meses y 35 años	5,35 años	0 meses y 32 años

## Percepción de las responsables de EpSyPC de los centros de salud

En las siguientes líneas se muestra un breve resumen de lo expresado y manifestado por las personas responsables de EpSyPC de los centros de salud (395 responsables de EpSyPC de los centros de salud, siendo en algunos centros de salud más de 1), más la información recabada por los Referentes de EpSyPC de las Direcciones Asistenciales:

- Piensan que puede ser un problema que no se valore como trabajo el participar en mesas, consejos y comisiones y que entre sus equipos parezca que hacen voluntariado.
- Refieren que se han sentido injustamente valoradas en su equipo al hacer Prevención y la Promoción de la Salud grupal y comunitaria, llegándolas a decir frases como "a saber dónde se ha ido, dice que va a un colegio y a saber".
- Refieren que hacer educación para la salud grupal e ir a una mesa de salud o hacer campañas de sensibilización, es asistencia y que no es justo que se mida la presión asistencial por paciente atendido de consulta individual que sale en la agenda.
- Refieren la necesidad de recibir más formación en las tecnologías digitales introducidas tras la pandemia, como que puedan abrir plazas para que se inicie la captación de la población en las consultas individuales de su centro de salud (CS) y de todos los CS de la CM.

## Cargos de gestión

El cuestionario IEMAC 1.0, aborda en una de sus dimensiones, la Salud Comunitaria, y los resultados obtenidos en el análisis de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedad crónica de la CM (2013), vino a decir que fue la dimensión que menos se puntuó dentro de los cargos de gestión: macro, meso y micro.



DIMENSIONES	TALLERES					PROMEDIO
	MACRO-GESTIÓN	MESO-GESTIÓN 1	MESO-GESTIÓN 2	MICRO-GESTIÓN 1	MICRO-GESTIÓN 2	
1. Organización del sistema de salud	41	30	33	33	50	37
2. Salud Comunitaria	41	0	45	29	39	31
3. Modelo Asistencial	43	34	44	42	47	42
4. Autocuidado	31	55	33	46	46	42
5. Apoyo toma decisiones	35	31	36	48	55	41
6. Sistemas de información	38	55	42	48	51	47

Es importante saber que este cuestionario se refiere a la "Salud comunitaria" como a la **cooperación entre el sistema sanitario y los recursos e instituciones de la comunidad** para el manejo de enfermedades crónicas.

En este mismo análisis, se plantea como **áreas de mejora** dentro de esta dimensión:

- Hay escasos acuerdos todavía de colaboración y cooperación.
- La participación de agentes comunitarios, entidades locales y ciudadanía en la planificación de políticas de salud comunitarias es todavía escasa.
- El despliegue en recursos comunitarios y circuitos que respondan a las necesidades de los pacientes crónicos es limitado.
- No hay un adecuado despliegue de la figura de las enfermeras gestoras de casos.

## CONVENIOS DE COLABORACIÓN Y LINEAS DE COORDINACIÓN

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria carece de competencia legal para la suscripción y firma de convenios de colaboración con otras entidades o instituciones. No obstante, **promueve e impulsa la suscripción de convenios** que afecten al ámbito de la Atención Primaria.

En la línea de colaboración con otras entidades para promover, mejorar e impulsar la salud comunitaria, en la actualidad (a fecha de análisis) se están tramitando dos convenios a instancias del Servicio de Trabajo Social de Atención Primaria:

-Convenio de colaboración con Cruz Roja para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.

-Convenio de colaboración con la Asociación para la Prevención, reinserción y atención a la mujer prostituida (APRAMP).



## CONTRATO PROGRAMA

Corresponde a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, las funciones que a dicho organismo atribuyen los artículos 61 y 81 de Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, consignados en el artículo 5 del Decreto 14/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, de régimen jurídico y funcionamiento, del Servicio Madrileño de Salud, que incluye:

- La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud, mediante instrumentos de compra de actividad asistencial a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
- El gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al Servicio Madrileño de Salud.
- El establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Comunidad de Madrid en el ámbito de sus competencias para el cumplimiento de sus funciones.
- La propuesta de creación de cualesquiera entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.
- La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
- La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.
- La gestión de los recursos materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.
- La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.

El Decreto 2/2022, de 26 de enero, establece que la Dirección General de Proceso Integrado de Salud otorga en particular a los Directores Generales, la elaboración, seguimiento, evaluación y control de objetivos e indicadores asistenciales, así como la gestión de las medidas necesarias para su cumplimiento efectivo.

Entre las funciones que debe ejercer la Gerencia Asistencial de Atención Primaria están la fijación de objetivos y el desarrollo de indicadores que permitan evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los centros de salud, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias.

Un contrato programa es la herramienta que vincula las prestaciones, los recursos disponibles y su gestión y organización con la consecución de determinados objetivos y resultados estratégicos para la organización, en el ámbito de la mejora continua.

Implica transparencia, pues hace explícitos obligaciones y objetivos, y supone un compromiso. No es una representación de la actividad de los centros, sino que ha de tender a buscar la efectividad y la eficiencia de nuestras actuaciones. Para ello es necesaria la



participación e implicación de todos: cada centro de salud aporta y suma al resultado final de la Comunidad de Madrid.

## **2018**

El CPC 2018 contiene varios indicadores con enfoque comunitario de Nivel 1 (individual) y Nivel 2 (grupal), que incluyen actividades de promoción, prevención y consejo para realizar actividades comunitarias.

Estas actividades están representadas en el indicador de Índice sintético de Cartera de Servicios, en varios indicadores de planes de cuidados de enfermería dirigidos a población general y a pacientes complejos o frágiles, en un indicador de promoción de la lactancia materna y en uno de atención domiciliaria de pacientes frágiles.

## **2019**

Reemplaza los indicadores de planes de cuidados por un indicador sintético de cuidados de enfermería que incluye todas las actividades de prevención-promoción y prescripción de actividades comunitarias realizadas por las enfermeras de AP (además de muchas otras actividades).

Se incorpora también un enfoque de nivel 1 (individual, personalizado e interdisciplinar) con dos indicadores de seguimiento proactivo de pacientes complejos y no complejos tras el alta hospitalaria.

## **2020**

No hubo Contrato Programa de Centro en el año 2020 debido a la irrupción de la COVID-19.

## **2021**

Se incorporan indicadores con enfoque de nivel 1 y 2 especialmente dirigidos a pacientes crónicos complejos y frágiles en los que se evalúan los planes de cuidados, el seguimiento y las actividades proactivas destinadas a este grupo de la población.

## **2022**

El planteamiento de los objetivos e indicadores que componen el contrato programa se hace a través de las 4 perspectivas de Kaplan y Norton, que incluyen las dimensiones que expresan la calidad de la prestación del servicio que se ofrece, permitiéndonos continuar con la evolución del enfoque basado en la coordinación y continuidad asistencial.

De las dimensiones incluidas en contrato programa de centro de salud y de unidades específicas de centro de salud, la perspectiva de procesos asistenciales incluye indicadores



de evaluación directa sobre los niveles de orientación comunitaria y sobre participación ciudadana, en cambio las dimensiones de orientación a las personas, innovación y mejora organizativa y sostenibilidad lo aborda de forma indirecta.

## **CRITERIOS DE VALORACIÓN INDIVIDUAL**

La productividad variable por cumplimiento de objetivos se abona anualmente en función del grado de cumplimiento alcanzado por cada centro respecto a los objetivos marcados en el Contrato Programa suscrito por cada Gerencia. El reparto de incentivos individuales en el caso de Atención Primaria se establece tras una valoración individual de los profesionales de los centros de salud que determina el grado de contribución al cumplimiento global de objetivos.

### **2018**

Todas las categorías profesionales sanitarias y no sanitarias de los centros de salud reciben incentivación por su participación en actividades del nivel 2 (grupal) y nivel 3 (colectivo).

Además de lo anterior, en las categorías de médicos de familia, pediatras, enfermeras y unidades de atención específica (odontólogos e higienistas dentales, fisioterapeutas y matronas) se valora e incentiva el seguimiento del enfoque comunitario de Nivel 1 (individual) que incluye actividades de promoción, prevención y consejo de las recomendaciones de la Cartera de servicios estandarizados. En el caso de las enfermeras se valoran e incentivan también, desde la perspectiva comunitaria de nivel 1 (individual), indicadores de planes de cuidados de enfermería dirigidos a población general ya pacientes complejos o/y frágiles, la promoción de la lactancia materna y la atención domiciliaria de pacientes frágiles.

### **2019**

Se incentiva lo detallado en 2018 con la salvedad en las enfermeras, de los indicadores de planes de cuidados, que evolucionan a un indicador de índice sintético de cuidados de enfermería que aglutina todas las actividades de prevención, promoción y consejo a todo tipo de población.

### **2020**

No hubo Contrato Programa de Centro en el año 2020 debido a la irrupción de la COVID-19 y la Dirección General de Recursos Humanos determinó que a efectos del abono de la productividad variable se considerara una evaluación del 100% de cumplimiento de los objetivos marcados por la atención de la pandemia y de los objetivos asistenciales en la cobertura y atención del COVID -19.

### **2021**

Se ha establecido un Contrato Programa con los centros de salud, pero no se han establecido criterios de valoración individual para los profesionales de los centros.



## LÍNEAS TRANSVERSALES DE ACTIVACIÓN DE LA EDUCACIÓN GRUPAL Y ACCIÓN COMUNITARIA

En los años de análisis, la Gerencia de Atención Primaria ha mostrado interés y apoyo a la potenciación de la atención con enfoque comunitario desde los centros de salud, hecho que ha permitido avanzar con mayor celeridad en el diseño de la propia Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria, puesto que ya estaban descritas las líneas de activación de la educación grupal y comunitaria para el 2022- 2023.

Estas líneas han facilitado la coordinación intersectorial con otras Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad, Asociaciones de vecinos y de pacientes y otros sectores, como deportes, educación y políticas sociales.

El documento de líneas transversales de activación detalla las iniciativas dirigidas a los grupos priorizados en las líneas estratégicas a corto plazo de AP 2022: personas con patología crónica (Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca), personas mayores con fragilidad o deterioro funcional y a personas cuidadoras de pacientes con nivel alto de intervención (NIA), además refleja en que líneas e iniciativas se ha incluido la visión de las personas de cada uno de los grupos de interés incluidos.

- Para la **consecución de las líneas de activación** de la actividad grupal y comunitaria ofrecida desde Atención Primaria se han constituido 5 grupos de trabajo, siendo cada uno para cada grupo priorizado anualmente:



Mapa de líneas de activación (LA) por grupo priorizado anualmente (2022). ESC AP. Comunidad de Madrid.

- Para garantizar el **seguimiento y control** de la implantación de las iniciativas en los centros de salud, en cada grupo hay un vocal de la DA/SVS de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- Para garantizar la **integración de innovación y transformación digital** en las iniciativas descritas en cada línea de actuación, en cada grupo hay un vocal de la Subcomisión de Innovación, tecnología e investigación EpSALUD de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- Para garantizar el **rigor metodológico** en las iniciativas relacionadas con diseño y revisión de programas comunitarios y proyectos educativos en cada grupo al menos hay un vocal de la SVS y/o de la Comisión de Validación de Proyectos Educativos de

la Comunidad de Madrid (COVAM), y en el caso de rediseño o revisión, estará al menos alguna persona autora del proyecto o programa que entre a este proceso.

- Para garantizar **la visión de las personas de los grupos de interés** en cada grupo hay al menos en alguna de las fases (diseño, implantación, seguimiento, evaluación) una/un representante de cada grupo de interés (asociado o no asociado).

#### **Las líneas de activación son dirigidas a:**

- **Los profesionales** de AP para facilitarles recursos informativos y educativos fiables y seguros, y así puedan ser utilizados de forma ágil en la actividad asistencial ofrecida a las personas en los tres niveles del enfoque comunitario:
  - **Nivel 1:** En la atención individual prescribiendo y recomendando a estas personas, información fiable y segura contenida en la web institucional, educación sanitaria asincrónica (cursos virtuales y videos educativos) y/o educación sincrónica presencial, online o mixta de mi centro de salud y/o en otro de la Comunidad de Madrid.
  - **Nivel 2:** En la atención grupal realizando grupos de educación sincrónica presencial, online o mixta con los grupos de interés.
  - **Nivel 3:** En la atención comunitaria realizando participaciones y colaboraciones puntuales de sensibilización y participación con la comunidad a propósito de la conmemoración de los días de estos grupos de interés y en la atención comunitaria estable, aplicando la triple C (colaboración, coordinación y compromiso) con otros agentes de la salud.
- **Las personas de los 5 grupos de interés priorizados**, para mejorar su cultura de salud (alfabetización en salud).

Entendiendo que la alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta. (Sørensen et al. 2011).

#### ➤ **Línea 1 Sensibilización ciudadana**

Se describen las iniciativas a realizar para poder desarrollar intervenciones comunitarias puntuales con distintos agentes de la comunidad dirigidos a **informar y sensibilizar** a la comunidad en el cuidado de su salud, bienestar social y/o calidad de vida de los siguientes grupos de personas priorizados anualmente.



**Línea 1 Sensibilización ciudadana (a partir de ahora L1)**

- L1.1 Diseño de Programas Comunitarios de conmemoración de días.
- L1.2 Conmemoración de los días Mundiales priorizados a celebrar con los grupos de interés.
- L1.3 Cultura digital a los grupos de interés priorizados

➤ **Línea 2 Influir en la organización de los servicios ofrecidos a las personas.**

Se describe la iniciativa a realizar para poder desarrollar una intervención comunitaria **estable en el tiempo con distintos grupos de la comunidad dirigida a influir en la organización de los servicios** ofrecidos a las personas mayores frágil o con deterioro funcional, con el fin de mejorar la gestión de los recursos que se las ofrece para el abordaje de sus problemas de salud en diferentes ámbitos de atención (sanitario, educativo, social, etc.).

**Línea 2 Programas Integrales Promotores de Salud**

- L2.1 Programa integral promotor de salud en personas mayores. PIPS Mayor

➤ **Línea 3 Educación para la Salud sincrónica y asincrónica**

Se describen las iniciativas a realizar para **ofrecer EpS sincrónica y/o asincrónica** a las personas de los grupos de interés priorizados.

Entendiendo sincrónica aquella que requiere de interacción simultánea entre profesional sanitario y persona que ofrece el servicio y asincrónica, es toda educación para la salud que se le puede prescribir o recomendar al ciudadano y no requiere de una interacción simultánea entre dos partes, y la persona gestiona su propio proceso de aprendizaje.

**Línea 3 Educación para la Salud sincrónica y asincrónica (a partir de ahora L3)**

- L3.1 Revisión de los proyectos educativos validados y categorización de rutas de actuaciones a desarrollar, siendo ruta A no precisa cambios directa implantación, ruta B precisa adaptaciones tecnológicas y ruta C actualización completa.
- L3.2 Adaptaciones tecnológicas de los proyectos educativos catalogados con ruta B (adaptación tecnológica).
- L3.3 Diseño de nuevos proyectos para la ejecución de la ruta C (actualización completa)
- L3.4 Ofrecer talleres de EpS grupal sincrónica a estos grupos de personas y los proyectos marco validados.
- L3.5 Ofrecer educación asincrónica a estos grupos de personas



➤ **Línea 4 Información fiable y segura en la web de Atención Primaria.**

Se describen las iniciativas realizadas para tener un espacio “Cuide su Salud” en la web de AP, adaptado a las necesidades de la población y que garantice que la información que le llega a las personas que atendemos es de una fuente segura para su salud y basada en la última evidencia científica.

Se marca el objetivo de sumarle un plus de investigación constante con los grupos de interés, tanto con grupos de profesionales asistenciales que atienden a diario a la población en sus distintas etapas vitales, como la visión de la población.

**Línea 4: Información fiable y segura en la web (a partir de ahora L4)**

L4.1 Nutrir la web de Atención Primaria para los grupos priorizados con información que busca cubrir las necesidades transmitidas por los colectivos.

L4.2 Ofrecer información fiable y segura de la web a estos grupos de personas.

➤ **Línea 5 Espacio de encuentro y colaboración**

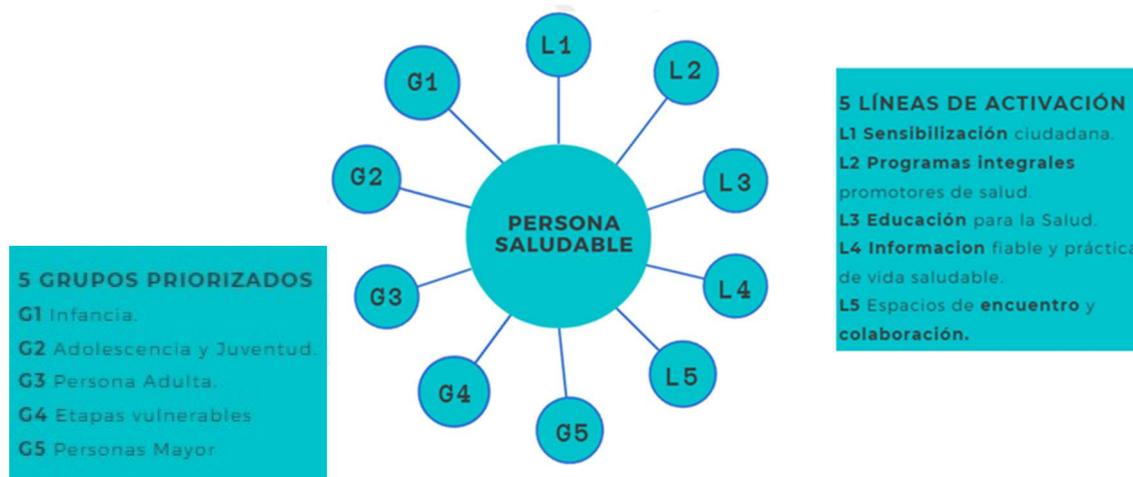
Se describe la iniciativa diseñada en formato programa online en directo, con entrevista y cierre con debate más grabación Podcast que tiene el objetivo de sistematizar un espacio de encuentro y colaboración entre profesionales de la organización y/u otros sectores, para debatir de temas de interés para la salud de los grupos priorizados anualmente y/o grupos continuos en el tiempo por etapas vitales.

**Línea 5 Espacios de encuentro y colaboración (a partir de ahora L5)**

L5.1 Diseño de programación anual de los jueves con contenidos dirigidos a los grupos de interés.

Las **5 líneas de activación son comunes y se desarrollan en las distintas etapas vitales y de vulnerabilidad** en la que se pueden encontrar las personas a las que damos cobertura desde el centro de salud.





Mapa de líneas de activación por etapa vital y vulnerabilidad continuas en el tiempo. ESC\_ AP. Comunidad de Madrid.

## ATENCIÓN POR NIVELES DE ENFOQUE COMUNITARIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Con el objetivo de facilitar el análisis en relación al enfoque comunitario, este apartado hace un análisis descriptivo de la actividad y de los servicios ofrecidos a la población, intentando verlos en los tres niveles aplicables del enfoque comunitario:

- Nivel 1: Individual, personalizada y familiar
- Nivel 2: Grupal
- Nivel 3: Comunitaria y colectivo.

Si revisamos las memorias de los últimos años de Atención Primaria apreciamos que en primer orden la información viene descrita por número de consultas atendidas por profesional y año. En la siguiente tabla, podemos ver la información de la práctica asistencial habitual realizada a la población desde las consultas de Atención Primaria y si nos vamos a las definiciones de los 3 niveles del enfoque comunitario:

En el nivel 1, no podemos determinar con esta información si se presta atención a las personas dando importancia a sus contextos, a las historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud. Además, no podemos determinar que todas las personas que trabajan en Atención Primaria (AP), incluidas las unidades administrativas, pueden incorporar la orientación comunitaria de su práctica diaria en este nivel y esto es clave en el nivel 1.

Número de consultas	2018	2019	% Var 18-19	2020	2021	% Var 21-20
<b>Medicina Familiar</b>	26.577.245	25.835.932	<b>-2,79%</b>	26.469.961	27.688.815	<b>4,60%</b>
<b>Pediatría</b>	4.446.239	4.331.945	<b>-2,57%</b>	4.054.627	4.471.749	<b>10,29%</b>
<b>Enfermería</b>	15.048.086	15.270.891	<b>1,48%</b>	16.343.724	19.861.573	<b>21,52%</b>
<b>COVID-19</b>				1.101.333	655.142	<b>-40,51%</b>



FRECUENTACIÓN						
Medicina Familiar	4,71	4,52	-4,07%	4,67	4,82	3,21%
Pediatría	4,19	4,11	-1,92%	3,98	4,59	15,33%
Enfermería	2,24	2,25	0,66%	2,45	2,96	20,82%
COVID-19				0,17	0,1	-41,18%

Fuente: e-SOAP (Cuadro de Mando para el Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria)

Número de consultas	2018	2019	% Var 18-19	2020	2021	% Var 21-20
Unidades de Salud Bucodental	887.730	914.573	3,02%	626.040	856.909	36,88%
Matronas	568.180	609.398	7,25%	604.076	745.921	23,48%
Trabajadores Sociales	148.761	161.083	8,28%	181.955	231.590	27,28%
Unidades de Fisioterapia	168.824	171.199	1,41%	99.422	110.523	11,17%
Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria				184.414	202.281	9,69%
Unidades de Psicólogos Clínicos		21.419		30.083	38.148	26,81%

Fuente: e-SOAP (Cuadro de Mando para el Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria)

Atención Rural (SAR)	2018	2019	% Var 18-19	2020	2021	% Var 21-20
Número de consultas atendidas	288.162	337.626	17,17%	272.586	313.837	15,13%

Fuente: Memorias e informes SERMAS<sup>84</sup>

Con esta información y si nos pasamos a valorar la existencia de la cuantificación del nivel 2 (actividad grupal) y nivel 3 (actividad comunitaria), no encontramos integrada esta actividad grupal y comunitaria que se realiza en los CS de Atención Primaria por categoría profesional al año, ni la presión asistencial que supone.

Si ahora pasamos a analizar la atención individual que ofrecemos a la población por etapas vitales y servicios específicos de prevención y promoción de la salud nos encontramos la siguiente información según nivel de atención:

Nivel 1: individual

Nivel 2: grupal

Desde 2007 la CSE incluye dos servicios que recogen el desarrollo de intervenciones de Educación para la Salud (EpS) Grupal en Centros Educativos (Sº 503) y en grupos de población (Sº 504). Estas intervenciones tienen que estar basadas en proyectos de EpS que cumplen los criterios de calidad establecidos: identificación de la población diana, el área temática que aborda, el cronograma y al menos 3 sesiones de 45 minutos o más, con contenidos diferentes.

Nivel 3: colectivo

Desde el año 2014 la CSE incluye el Servicio 508. Intervenciones comunitarias. Este servicio que fue actualizado en la versión 6ª, recoge el desarrollo de intervenciones en tres niveles por parte de los centros de salud (CS) y con distintos grupos de la comunidad:

- Puntuales: intervenciones de información y sensibilización (Eje.: celebración de Días Mundiales)

<sup>84</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



- Reorientación de servicios: intervenciones estables en el tiempo dirigidas a influir en la organización de los servicios y mejorar la gestión de los recursos para el abordaje de problemas de salud en diferentes ámbitos (Eje.: Mesas sociosanitarias, del mayor...)
- Planes de desarrollo comunitario: intervenciones prolongadas en el tiempo que requieren la participación e implicación de la comunidad (población), administraciones y servicios técnicos (incluidos profesionales de los centros de salud) en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente, para contribuir a la transformación y al desarrollo integral de la propia comunidad.

---

## **NIVEL 1: ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIA.**

Desde su primera edición de la cartera de servicios en 2007 todos los servicios que incluyen actividades de Promoción de hábitos saludables (en la infancia, la adolescencia, la edad adulta y en las personas mayores) indican la emisión de consejos individualizados para mejorar la salud y prevenir problemas relacionados con hábitos tóxicos, alimentación saludable, ejercicio físico, embarazos no deseados, accidentes, caídas, etc.

Desde la 6ª versión del año 2018 todos los servicios de atención a personas con fragilidad, deterioro funcional, necesidad de cuidados paliativos y/o patologías crónicas (HTA, DM, obesidad, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, EPOC, asma, tabaquismo, Trastorno neurocognitivo mayor, etc.) recomiendan la realización de actividades de educación estructurada, basadas en la emisión de consejos relacionados con cada problema de salud o patología. Estos consejos se podrán ofrecer de forma individual en consulta o de forma grupal (Nivel 2)

El nivel 1 según las guías actuales tiene un enfoque salutogénico basado en la promoción de vida saludable más allá de la prevención de hábitos patológicos. Por ejemplo, sería válida la promoción del deporte y no prevención de la obesidad; y para ser considerado nivel 1, la recomendación explícita de activos, recursos deportivos o actividades grupales.

La información de los siguientes apartados se basa en datos y actividades que según las guías actuales no se considera dentro del campo de la salud comunitaria, como son la vacunación, la realización de citologías o la valoración del deterioro cognitivo. Sí se incluirían en cambio los diagnósticos de las relaciones familiares y con el entorno (genograma y ecograma), la detección de patología social mediante codificación Z y la recomendación de activos del territorio previamente identificados mediante investigación participativa con la población.

---

## **ATENCIÓN INDIVIDUAL EN LA INFANCIA (0 A 14 AÑOS)**

El porcentaje de niños de 0 a 14 años en los que se hace promoción de hábitos saludables es del 67,7% en 2021, lo que denota un descenso de 6,6 puntos respecto al año previo a la pandemia (74,3%). Al igual que ocurre en la mayoría de los indicadores, el resultado baja probablemente por la necesidad de reorganizar la actividad asistencial en los centros de salud durante la pandemia por SARS-CoV-2.



NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
PROMOCIÓN EN INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES	780.299	<b>68,2</b>	790.543	<b>74,3</b>	738.443	71,1	683.942	<b>67,7</b>
SEGUIMIENTO Y DESARROLLO EN LA INFANCIA	842.290	<b>73,6</b>	850.795	<b>80,0</b>	801.315	77,2	754.827	<b>74,7</b>
VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA	342.749	<b>83,9</b>	344.210	<b>84,9</b>	368.448	84,6	320.012	<b>83,9</b>
DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA	1.017.510	<b>88,9</b>	968.098	<b>91,0</b>	955.145	92	935.438	<b>92,5</b>
ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA	109.586	<b>95,6</b>	94.035	<b>88,4</b>	85.046	82	76.091	<b>75,2</b>
ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD	19.074	<b>18,9</b>	19.886	<b>20,0</b>	19.541	20	20.283	<b>21,3</b>
ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA (7 a 16 años)	141.024	<b>18,7</b>	150.235	<b>19,7</b>	64.398	8,5	91.940	<b>12,3</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>85</sup>

Dentro del nivel 1, del enfoque comunitario podemos decir que se realiza prevención y promoción de la salud a los porcentajes de población infantil referenciados en la tabla superior, y según dice cada uno de estos servicios se ha recibido información, consejo o refuerzo relacionado con: alimentación, prevención de accidentes, prevención del tabaquismo y prevención a la exposición solar.

En el seguimiento del desarrollo infantil se hace una valoración de relaciones socio familiares.

## ATENCIÓN INDIVIDUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (15 A 19 AÑOS)

El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años en los que se hace promoción de la salud es del 23,3% en 2021, lo que denota un aumento de 8,1 puntos respecto al año previo a la pandemia (15,2%). En este indicador, no ocurre igual que en la mayoría de los indicadores, puesto que el resultado aumenta probablemente por la necesidad asistencial demandada por este grupo de edad.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	9.195	13,6	10.846	15,2	10.415	14,1	17.572	23,3

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>81</sup>

Dentro del nivel 1, del enfoque comunitario podemos decir que en 2021 se ha realizado promoción de la salud a 17.572 adolescentes y jóvenes, y según dice este servicio podemos decir que habrán recibido en la consulta individual al menos en una ocasión información, consejo o refuerzo relacionado con: el uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos, el uso de preservativo para la prevención de infecciones de transmisión sexual y la prevención de hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

<sup>85</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



## ATENCIÓN INDIVIDUAL A LA MUJER

En 2021, el porcentaje de mujeres a las que se le ha realizado atención individual ha aumentado en los servicios ofrecidos, tanto de prevención como de promoción de la salud del embarazo, puerperio, los informativos y de seguimiento de métodos anticonceptivos y en el de detección precoz de cáncer de cervix (36-65 años). Al contrario que ha pasado con los indicadores de la atención individual a la mujer en el climaterio o en la detección precoz de cáncer de cervix (25-35 años) y de mama.

Estimamos que en el caso de las mujeres embarazadas y puerperio ha sido consecuencia de la adaptación de la atención a un modelo digitalizado y telefónico.

Si en la atención a la mujer se detectan indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal se activa el plan de actuación social sanitario.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	50.378	57,1	57.798	65,7	53.971	61,8	53.039	<b>95,6</b>
VISITA PUERPERAL	38.219	43,3	36.304	41,3	33.136	37,9	35.112	<b>63,3</b>
INFORMACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	490.940	35,5	528.223	38,7	524.363	38,6	591.294	<b>41,2</b>
SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	143.839	45,3	202.402	64	190.042	60,5	229.912	<b>73,7</b>
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	212.095	43,1	224.094	43,1	214.089	40,4	210.624	<b>39</b>
DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE CÉRVIX (25-35 AÑOS)	288.923	54,2	292.748	56,8	280.681	55,3	238.877	<b>52,1</b>
DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE CÉRVIX (36-65 AÑOS)	954.800	61,0	1.002.563	62,3	1.020.445	63	1.067.776	<b>64,1</b>
DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE MAMA	377.536	45,6	337.032	38,7	262.387	29,6	305.703	<b>33,8</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>86</sup>

## ATENCIÓN INDIVIDUAL AL ADULTO

El porcentaje de personas adultas en los que se hace promoción de la salud es del 28,1% en 2021, lo que denota una disminución de 7,2 puntos respecto al año previo a la pandemia (35,3%). En este indicador, ocurre igual que en la mayoría de los indicadores, puesto que el resultado disminuye probablemente por la necesidad de la reorganización de la asistencia por la pandemia.

En el caso de la población adulta a la que se le ha vacunado de la gripe, tanto mayores de 65 años como a menores de 65 años con riesgo, y de otras vacunas se ha visto incrementado en 2021, y en el caso de la detección del riesgo cardiovascular y otros problemas de salud prevalentes, la atención a la persona con consumo de riesgo de alcohol no ha sufrido tantos cambios porcentuales y se realiza un plan de actuación social sanitario a las personas con AUDIT entre 6/8 y 20 puntos.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	1.972.761	34,8	2.028.515	35,3	1.889.057	32,8	1.727.252	<b>28,1</b>
VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL (≥ 60 AÑOS)	716.173	48,2	748.275	49,1	872.918	57,4	972.049	<b>62,3</b>
VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL (< 60 AÑOS F. RIESGO)	129.326	18,4	141.334	18,7	119.464	28,4	163.226	<b>21,3</b>
VACUNACIONES EN EL ADULTO	2.789.897	49,2	2.911.996	50,6	3.041.129	53,2	3.102.163	<b>53,9</b>

<sup>86</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES	1.031.900	18,7	1.132.784	20,2	1.026.716	18,3	1.074.253	<b>19,2</b>
ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA QUE CONSUME TABACO	930.238	72,7	949.396	72,9	950.569	72,9	941.828	<b>72,1</b>
ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	117.832	35,4	110.955	32,5	109.757	32	108.424	<b>31,4</b>
Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>87</sup>								

## ATENCIÓN INDIVIDUAL A PERSONAS MAYORES EN SITUACIONES DE DETERIORO COGNITIVO O FUNCIONAL

El porcentaje de personas a las que se les realizó atención con trastorno neurocognitivo mayor es del 44,9% en 2021. En este indicador, vemos que la cobertura de atención ha disminuido desde 2019, estando en 2018 en un 63%.

Y en el caso de la atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional, se ha realizado en 2021 a un 20,9 %. En este indicador, vemos que la atención ha disminuido desde 2019, estando en un 41,5%.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	77.642	63,0	62.945	45,5	63.859	45,1	62.452	<b>44,9</b>
ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL	312.810	39,3	388.393	41,5	236.961	25	196.352	<b>20,9</b>
Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>87</sup>								

Se realiza un plan de actuación social sanitario a las personas con trastorno neurocognitivo mayor con nivel de intervención alto y/ o un riesgo sociofamiliar (Gijón mayor o igual a 10) y a las personas mayores con dependencia grave o total (índice Barther menor o igual a 60) o riesgo sociofamiliar (Gijón mayor o igual a 10).

## ATENCIÓN INDIVIDUAL A PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

En 2021, el porcentaje de personas con una enfermedad crónica a las que se les realizó atención fue al 67,9% de personas con Hipertensión Arterial (HTA), al 68,1% de personas con Diabetes Mellitus (DM), al 61,7% de personas con Hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular (FRCV), al 44% de personas con Obesidad, al 75,4% de personas con cardiopatía isquémica, al 64,6% de personas con Insuficiencia Cardíaca, al 82,9% de personas con Anticoagulación Oral, al 145,2% de personas con Asma y a un 24% de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En estos indicadores, vemos que la cobertura de atención ha disminuido desde 2019, estando en 2018 en un 63%.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
---------------------	----------	----------	----------	----------

<sup>87</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1.104.103	72,2	1.118.923	69,1	1.120.694	68,4	1.116.393	<b>67,9</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	396.379	71,7	402.580	68,6	403.483	67,7	407.715	<b>68,1</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA COMO FACTOR DE RCV	1.141.050	40,0	1.164.727	39,1	1.171.486	39	716.277	<b>61,7</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD	510.505	38,8	518.973	44,5	517.473	44,1	516.741	<b>44</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	141.434	82,2	142.282	76,8	142.532	75,9	141.161	<b>75,4</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA	54.051	27,3	55.063	25,7	55.417	25,4	54.431	<b>64,6</b>
SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	100.818	71,3	97.473	73,9	83.257	69,8	67.096	<b>82,9</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	351.835	134,5	370.401	137,9	382.507	141,9	392.099	<b>145,2</b>
ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON EPOC	117.832	35,4	110.955	32,5	100.118	24,7	97.031	<b>24</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>88</sup>

En la atención a pacientes crónicos con nivel de intervención alto se le realiza un plan de actuación social sanitario.

### ATENCIÓN INDIVIDUAL A PERSONAS CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	15.915	97,7	17.323	105,2	19.025	115,5	17.590	<b>107</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>89</sup>

Se realiza un plan de actuación social sanitario con un riesgo sociofamiliar (Gijón mayor o igual a 10).

### ATENCIÓN INDIVIDUAL A PERSONAS CON PROCESOS MÚSCULOESQUELÉTICOS AGUDOS Y SUBAGUDOS

La constante evaluación de los indicadores de base poblacional es una proporción o razón expresada en tanto por ciento (%) excepto en la atención a cirugía menor y también en la atención fisioterápica a personas con procesos musculoesqueléticos agudos y subagudos, que incluye algunas coberturas expresadas en tanto por mil (‰).

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(‰)	NUMERADOR	(‰)
Algias vertebrales	74.675	12,2	40.375	<b>43,6</b>
Tendinopatías o esguinces del miembro superior			20.867	<b>30,4</b>
Coxalgia, gonalgia o patología del tobillo/pie			25.770	<b>35,5</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>90</sup>

### DETECCIÓN DEL RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	Nº/CS	NUMERADOR	Nº/CS	NUMERADOR	Nº/CS	NUMERADOR	Nº/CS
DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO	3.621	<b>3,8</b>	17.111	<b>65,3</b>	19.639	75	22.948	<b>87,6</b>

Se realiza un plan de actuación social sanitario.

<sup>88</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>

<sup>89</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>

<sup>90</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



## NIVEL 2: ATENCIÓN GRUPAL

Hasta 2019, la única atención educativa grupal que se ha venido evaluando por base poblacional, ha sido la atención grupal recibida por las mujeres en los talleres de Educación Maternal grupal, donde el indicador de cobertura se construye en función de las mujeres susceptibles de ser incluidas en el denominador. Siguen este modelo 36 de los 40 servicios que componen la cartera de servicios de Atención Primaria y en 2019 se incluyó la Terapia Cognitiva Conductual Grupal, como atención psicológica a personas con ansiedad y/o depresión moderada-leve y también se realiza la evaluación por base poblacional.

En el caso de la Educación Maternal, el porcentaje de mujeres a las que se les ha realizado educación grupal es del 34,6% en 2021, lo que denota un aumento de 7,2 puntos respecto al año previo a la pandemia (27,4%). En este indicador, en parte del año 2020, se inició educación maternal grupal a las mujeres y sus acompañantes en modalidad online.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)	NUMERADOR	(%)
PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD	24.420	27,7	24.129	27,4	14.661	16,8	19.212	<b>34,6</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>91</sup>

El resto de atención de educación para la salud grupal que recibe la población anualmente en los centros de salud (CS) se evalúa como servicios de base "profesional", son servicios cuyo indicador de cobertura se construye estableciendo el número de intervenciones realizadas entre el número de profesionales del CS.

Donde encontramos la atención de **EpS grupal en centros educativos** que incluye en el denominador a médicos de familia, pediatras y enfermeras y se ha pasado de realizar unos 1.118 talleres de EpS grupal, en los centros educativos de referencia del CS en 2019, a 57 talleres EpS grupal en 2021. Este indicador se ha visto afectado en relación a los años previos.

También encontramos la atención de EpS con grupos de población que incluye en el denominador a médicos de familia, pediatras, enfermeras y profesionales de las unidades específicas: matronas, fisioterapeutas, odontólogos e higienistas dentales, donde al igual que en el caso de la EpS grupal y debido a la pandemia, en el ámbito educativo se ha visto afectada esta atención grupal y se ha pasado de realizar 2.595 talleres de EpS con grupos en 2019 a 549 talleres de EpS grupal en 2021.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	Nº/100 PROFESIONALES	NUMERADOR	Nº/100 PROFESIONALES	NUMERADOR	Nº/100 PROFESIONALES	NUMERADOR	Nº/100 PROFESIONALES
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	981	13	1.118	14	370	4,7	<b>57</b>	<b>1</b>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPOS	2.406	28	2.595	30	691	8	<b>549</b>	<b>6</b>

Fuente: Memorias e informes servicio madrileño de Salud <sup>92</sup>

<sup>91</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>

<sup>92</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>



En todos los casos previos, se ha tenido en cuenta que la atención de educación para la salud grupal parte de un proyecto educativo, que sirve de guía metodológica para la buena práctica asistencial y que al menos se realicen 3 sesiones con una duración de 45 minutos o más cada y con contenidos diferentes de prevención y promoción de vida saludable.

Toda la atención de educación para la salud grupal realizada tiene como objetivo común mejorar la calidad de vida de la población, abordando la prevención y la promoción de estilos de vida saludable a través de la aplicación de técnicas educativas específicas para cada una de las tres áreas del aprendizaje (área cognitiva, área de habilidades y área de actitudes), trabajando el aprendizaje significativo y aplicando una visión de atención holística del grupo al que se dirige.

Los grupos de población a los que se prescribe y recomienda educación para la salud grupal deben de cumplir unos criterios de inclusión y de exclusión, tanto sanitarios como no sanitarios.

A pesar de tener una evaluación de los servicios de atención grupal por base profesional y gracias a la información que contiene la aplicación EpSALUD, sabemos de forma específica la distribución de la atención grupal realizada desde los centros de salud en la Comunidad de Madrid, por año, etapa vital, ámbito de actuación y área temática de abordaje en prevención y promoción de vida saludable ofrecida.

<b>Distribución de la atención grupal realizada desde los centros de salud*</b>								
<i>*sin tener en cuenta los criterios de la Cartera de Servicios</i>								
Área temática:	2018		2019		2020		2021	
	Nº grupos	%						
<b>Transiciones vitales/ Etapas Vulnerables (a)</b>	<b>2.368</b>	48,87	<b>2.805</b>	44,52	<b>1.376</b>	52,78	<b>1.504</b>	67,75
Climaterio	21	0,89	22	0,78	10	0,73	3	0,20
Preparación al parto	1.646	69,51	1.929	68,77	1.098	79,80	1.306	86,84
Mayor Frágil	28	1,18	27	0,96	7	0,51	9	0,60
Memoria	13	0,55	23	0,82	12	0,87	3	0,20
Deterioro Cognitivo	13	0,55	20	0,71	8	0,58	3	0,20
Puerperio	378	15,96	421	15,01	129	9,38	104	6,91
Embarazo	86	3,63	102	3,64	44	3,20	22	1,46
Dependencia	6	0,25	6	0,21	4	0,29	0	0
Cuidadoras	22	0,93	21	0,75	13	0,94	2	0,13
Crianza	155	6,55	234	8,34	51	3,71	52	3,46
<b>Enfermedades crónicas (b)</b>	<b>171</b>	3,53	<b>285</b>	4,52	<b>110</b>	4,22	<b>75</b>	3,38
Hipertensión	1	0,58	0	0	2	1,82	0	0
Diabetes	33	19,30	38	13,33	17	15,45	5	6,67
Obesidad	5	2,92	8	2,81	3	2,73	2	2,67
Asma	1	0,58	2	0,70	1	0,91	0	0
Artrosis	144	66,67	192	67,37	73	66,36	67	89,33
EPOC	16	9,36	34	11,93	11	10,00	0	0
Cardiopatía Isquémica	1	0,58	2	0,70	0	0	0	0
Insuficiencia Cardíaca	0	0	6	2,11	3	2,73	0	0
VIH/SIDA	0	0	3	1,05	0	0	1	1,33



<b>Estilos de Vida/ Hábitos saludables ©</b>	<b>845</b>	17,44	<b>1.297</b>	20,59	<b>524</b>	20,10	<b>89</b>	4,01
Alimentación/ Nutrición	367	43,43	555	42,79	262	50,00	11	12,36
Actividad Física/ Sedentarismo	186	22,01	247	19,04	81	15,46	19	21,35
Alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0
Bienestar emocional	20	2,37	55	4,24	15	2,86	12	13,48
Consumo de sustancias	1	0,12	2	0,15	0	0	0	0
Hábitos tóxicos	53	6,27	55	4,24	33	6,30	6	6,74
Prevención RCV	0	0	9	0,69	3	0,57	2	2,25
Relajación	54	6,39	75	5,78	25	4,77	5	5,62
Sexualidad	134	15,86	246	18,97	76	14,50	32	35,96
Sueño	3	0,36	14	1,08	2	0,38	0	0
Tabaco	27	3,20	39	3,01	27	5,15	2	2,25
<b>Varios (d)</b>	<b>1.462</b>	30,17	<b>1.913</b>	30,37	<b>596</b>	22,90	<b>552</b>	24,86
Lactancia Materna	426	29,14	468	24,46	199	33,33	198	35,87
Primeros Auxilios	122	8,34	228	11,92	122	66	14	2,54
Otros*	337	23,05	313	16,36	76	12,73	49	8,88
Ansiedad	340	23,26	533	27,86	143	23,95	239	43,33
Educación a Padres	132	9,03	158	8,26	36	6,03	18	3,26
Uso correcto al medicamento	16	1,09	83	4,34	22	3,69	0	0
Violencia de Genero	11	0,75	15	0,78	4	0,67	2	0,36
Anticoagulació n Oral	26	1,78	17	0,89	15	2,51	1	0,18
Salud Bucodental	38	2,60	87	4,55	32	5,36	30	5,43
Prevención de Accidentes	10	0,68	8	0,42	2	0,33	0	0
Higiene de Manos	4	0,27	3	0,16	2	0,34	1	0,18
*ciberacoso, teatroterapia, mindfulness,...								
<b>TOTAL</b>	<b>4.846</b>	100	<b>6.300</b>	100	<b>2.606</b>	100	<b>2.220</b>	100

Fuente: EpSALUD (Aplicación de Educación para Salud Grupal y Participación Comunitaria de Atención Primaria)

Grupo: tiene que contener más de 6 personas

a= Climaterio, Preparación al parto, Mayor Frágil, Memoria, Deterioro Cognitivo, Puerperio, Embarazo, Dependencia, Cuidadoras y Crianza.

b= Hipertensión, Diabetes, Obesidad, Asma, Artrosis/ EPOC/ Cardiopatía Isquémica

c= Alimentación/ Nutrición/Actividad Física/ Sedentarismo/Alcohol/Bienestar emocional/ Consumo de sustancias/Hábitos tóxicos /Prevención RCV/Relajación/ Sexualidad/ Sueño /Tabaco.

d= todas las subáreas temáticas no incluidas en las anteriores temáticas (a, b, c) como ciberacoso, teatroterapia, mindfulness...

Ámbito de actuación:	2018		2019		2020		2021	
	Nº participaciones	%						
<b>Servicio territorial de salud pública(*)</b>	585	8,42	721	9,26	361	11,04	307	12,25
<b>ONG</b>	9	0,13	6	0,08	4	0,12	1	0,04
<b>Juntas Municipales</b>	39	0,56	29	0,37	12	0,37	1	0,04
<b>Asociación Vecinal</b>	15	0,22	12	0,15	6	0,18	0	0
<b>Centro de Mayores</b>	18	0,26	20	0,26	14	0,43	1	0,04
<b>Centro Educativo</b>	958	13,19	1.159	14,89	422	12,91	72	2,87
<b>Ayuntamiento</b>	266	3,83	312	4,01	127	3,88	30	1,20
<b>Centro de Salud</b>	5.029	72,39	5.504	70,70	2.311	70,69	2.095	83,57
<b>Asociación de Pacientes</b>	28	0,40	22	0,28	12	0,37	0	0



<b>TOTAL</b>	<b>6.917</b>	<b>100</b>	<b>7.775</b>	<b>100</b>	<b>3.269</b>	<b>100</b>	<b>2.507</b>	<b>100</b>
Fuente: EpSALUD (Aplicación de Educación para Salud Grupal y Participación Comunitaria de Atención Primaria)								
* = desde 2022 ya no existen.								
Por grupo de población Etapa vital	2018		2019		2020		2021	
	Nº grupos	%						
Infancia	1.619	29,72	1.763	27,40	732	28,13	530	26,97
Adolescencia y Juventud	414	7,60	549	8,53	210	8,07	132	6,72
Etapa adulta	2.592	47,59	1.184	18,40	1.245	47,85	971	49,41
Persona mayor	822	15,09	2.939	45,67	415	15,95	332	16,90
<b>TOTAL</b>	<b>5.447</b>	<b>100</b>	<b>6.435</b>	<b>100</b>	<b>2.602</b>	<b>100</b>	<b>1.965</b>	<b>100</b>
Fuente: EpSALUD (Aplicación de Educación para Salud Grupal y Participación Comunitaria de Atención Primaria)								

### NIVEL 3: ATENCIÓN COMUNITARIA

A finales del año 2016 y tras dos años desde la puesta en marcha del servicio de Intervenciones Comunitarias (IC) del Servicio Madrileño de Salud, se lleva a cabo una actualización del mismo en lo que se refiere principalmente a la identificación de las distintas intervenciones y la ponderación de los estándares de evaluación dependiendo de los criterios de inclusión de cada tipología de intervención comunitaria.

A partir del 2017, se diferencian 3 tipologías de intervención comunitaria (Intervenciones Comunitarias Puntuales, Reorientación de servicios y Planes de desarrollo comunitario) con criterios de inclusión y de estándares distintos. A los que además se incluye a las Trabajadoras Sociales (TS) en el denominador del primer indicador de cobertura siguiendo el mismo modelo que se utiliza para el resto de las unidades específicas que ya estaban incluidas en este tipo de servicios de base profesional, quedando en el denominador profesionales de medicina, de enfermería y del trabajo social.

NOMBRE DEL SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	NUMERADOR	Nº /262 centros de salud	NUMERADOR	Nº/ 262 centros de salud	NUMERADOR	Nº /262 centros de salud	NUMERADOR	Nº/ 262 centros de salud
INTERVENCIONES COMUNITARIAS (IC): PUNTUALES	1.863	24	2.679	33	541	6,7	<b>575</b>	<b>7</b>
IC: REORIENTACIÓN DE SERVICIOS	212	0,8	282	1,1	74	0,3	<b>141</b>	<b>0,54</b>
NOMBRE DEL SERVICIO	Nº CS que participan en PDC		Nº CS que participan en PDC					
IC: PLANES DE DESARROLLO COMUNITARIO (PDC)	13	0,1	16	0,1	6		<b>6</b>	



## QUE HERRAMIENTA TIENE ATENCIÓN PRIMARIA PARA HACER ATENCIÓN GRUPAL.

Dentro de la aplicación EpSALUD (aplicación web de gestión de la Educación para la Salud y Participación Comunitaria en AP) se encuentra una **Biblioteca de Educación para la Salud** (EpS) de la Comunidad de Madrid donde se encuentran los proyectos educativos validados por la Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la Comunidad de Madrid<sup>93</sup> (COVAM), y que sirven de guía metodológica a la hora de difundir, captar, planificar, implantar y evaluar los resultados de los talleres de EpS grupal a la población en las distintas etapas vitales:

NOMBRE DEL TALLER EDUCATIVO	Fecha de validación	Nivel de validación	Población diana
<b>Para la infancia</b>			
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ACTITUDES ESCOLÍOTICAS	2022	Comunidad de Madrid C.S Barrio del Pilar	11 a 13 años
RIESGOS EN INTERNET: ADICCIÓN Y CIBERACOSO	2020	Comunidad de Madrid C.S Tres Cantos	10 a 16 años
“DESAYUNOS SALUDABLES E HIGIENE BUCODENTAL”	2019	Comunidad de Madrid	Escolares de 1º, 2º, 5º y 6º curso de Educación Primaria de los centros educativos de la CM.
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA FAMILIA	2019	Comunidad de Madrid C.S José María Llanos	Padres y madres de 1 a 5 años
TEATRO DE LA SALUD. COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE TÍTERES	2018	Comunidad de Madrid C.S Campo de la Paloma	3 a 8 años
SALUD BUCODENTAL. TALLER PARA MADRES/PADRES DE NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS	2018	Comunidad de Madrid C.S El Molar	3 a 6 años
PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE PRIMARIA	2017	Comunidad de Madrid C.S San Carlos	Niños y niñas de Educación Primaria
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE ASMA	2012	Comunidad de Madrid	0 a 14 años
LACTANCIA MATERNA	2012	Comunidad de Madrid	Madre lactante
<b>Para la adolescencia</b>			
RIESGOS EN INTERNET: ADICCIÓN Y CIBERACOSO	2020	Comunidad de Madrid C.S Tres Cantos	Adolescente
SALUD AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA DENTRO DEL ÁMBITO ESCOLAR	2018	Comunidad de Madrid C.S Fronteras	Adolescente
CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO Y SALUD AFECTIVO SEXUAL EN ADOLESCENTES	2018	Comunidad de Madrid C.S La Cabrera	Adolescente
PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO	2012	Comunidad de Madrid	Adolescente
SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN DE ITS	2012	Comunidad de Madrid	Adolescente
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE ASMA	2012	Comunidad de Madrid	Adolescentes
<b>Para la etapa adulta</b>			
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN POBLACIÓN ADULTA	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
FISIOTERAPIA Y EDUCACION PARA LA SALUD EN PATOLOGÍA TENDINOSA DE RODILLA	2021	Comunidad de Madrid C.S. Valdelasfuentes	Adultos
FISIOTERAPIA Y EPS EN EL AFRONTAMIENTO ACTIVO DEL DOLOR PERSISTENTE: EDUCACIÓN EN NEUROCIENCIA	2021	Comunidad de Madrid C.S Cerro del Aire	Adultos
FISIOTERAPIA Y EPS EN EL DOLOR CRÓNICO DE REGIÓN CERVICAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO	2021	Comunidad de Madrid C.S Dr Castro Viejo	Adultos
FISIOTERAPIA Y EPS EN LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA	2021	Comunidad de Madrid C.S Arroyo de la Vega	Adultos
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	2020	Comunidad de Madrid C.S Reina Vitoria	Adultos
FISIOTERAPIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL DOLOR CRÓNICO DE HOMBRO DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO	2019	Comunidad de Madrid C.S Arroyo de la Vega	Adultos
¿QUIERES DORMIR SIN PASTILLAS	2019	Comunidad de Madrid C.S Daroca	Adultos

<sup>93</sup> COVAM, Comisión de validación de proyectos educativos de la comunidad de Madrid. DGSP y AP.



EDUCACIÓN GRUPAL PARA PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) - 2019	2019	Comunidad de Madrid	Adultos
ATENCIÓN GRUPAL A MUJERES CON PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL	2018	Comunidad de Madrid C.S Castilla la Nueva	Adultos
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL (TCCG)	2018	Comunidad de Madrid	Adultos
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	2017	Comunidad de Madrid	Adultos
EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA DOLOR CRÓNICO CERVICAL	2017	Comunidad de Madrid Nuestra Señora del Pilar	Adultos
DESHABITUACIÓN TABAQUICA	2016	Comunidad de Madrid C.S Isabel II	Adultos
TALLER DE PROMOCIÓN DE AUTOCAUIDADO PARA PERSONAS CON PREDIABETES	2016	Comunidad de Madrid C.S Manuel Merino	Adultos
EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES	2016	Comunidad de Madrid	Adultos
TALLER DE AUTOCAUIDADOS PARA PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA	2016	Comunidad de Madrid C.S General Ricardos	Adultos
HABLEMOS SOBRE ALIMENTACION	2016	Comunidad de Madrid C.S San Carlos	Adultos
TALLER DE OBESIDAD	2015	Comunidad de Madrid C.S Mendiguchia Carriche	Adultos
CUIDA TU ESPALDA	2015	Comunidad de Madrid C.S Arroyo de la Vega	Adultos
TALLER DE PROMOCIÓN DE AUTOCAUIDADO PARA PERSONAS CON DIABETES	2014	Comunidad de Madrid C.S Manuel Merino	Adultos
SALUD, INMIGRACIÓN E INTERCULTURALIDAD	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN POBLACIÓN ADULTA	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN DE ITS	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE ASMA	2012	Comunidad de Madrid	Adultos
<b>Para las personas mayores</b>			
FISIOTERAPIA Y EPS EN EL DOLOR CRÓNICO DE REGIÓN CERVICAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO	2021	Comunidad de Madrid C.S Dr Castro Viejo	Mayores
¿QUIERES DORMIR SIN PASTILLAS	2019	Comunidad de Madrid C.S Daroca	Mayores
EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA DOLOR CRÓNICO CERVICAL	2017	Comunidad de Madrid C.S Nuestra Señora del Pilar	Mayores
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS	2017	Comunidad de Madrid C.S El Restón	Mayores
EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES	2016	Comunidad de Madrid	Mayores
CONOCE TUS MEDICAMENTOS	2016	Comunidad de Madrid	Mayores
TALLER DE AUTOCAUIDADOS PARA PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA	2016	Comunidad de Madrid C.S General Ricardos	Mayores
PREVENCIÓN DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES FRÁGILES	2013	Comunidad de Madrid	Mayores
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN PERSONAS MAYORES	2012	Comunidad de Madrid	Mayores
ALIMENTACIÓN DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES FRÁGILES	2012	Comunidad de Madrid	Mayores
FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS Y FACTORES PROTECTORES DIRIGIDO A MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS	2012	Comunidad de Madrid	Mayores
EJERCICIOS ADAPTADOS DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES FRÁGILES	2012	Comunidad de Madrid	Mayores
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES FRÁGILES	2012	Comunidad de Madrid	Mayores
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE ASMA	2012	Comunidad de Madrid	Mayores

Estos proyectos educativos están integrados en la aplicación EpSLAUD con el objetivo de servir de guía metodológica para que los profesionales sanitarios y sociosanitarios los utilicen para planificar talleres EpS grupal según las necesidades de la población atendida en el centros de salud, para implantar los talleres haciendo uso de todos los materiales educativos que se visibilizan en cada sesión del taller y para tener la guía de que evaluar al finalizar el taller, visualizando que indicadores de estructura, de procesos y de resultados hay que evaluar y de este modo la aplicación EpSALUD genere automáticamente la memoria del taller que ha realizado al centro de salud.

Una vez seleccionado y bajado el taller de la biblioteca de la CM al CS se puede iniciar la planificación anual de los talleres por CS y se abre la fase de captación con la oferta de plazas visibles interna y/o externamente por el resto de profesionales desde las consultas



individuales. De este modo se ofrece este servicio de asistencia grupal a la población, prescribiendo desde el nivel 1 del enfoque comunitario el nivel 2, de la actividad educativa grupal.

	2018	2019	2020	2021
Nº <b>personas</b> distintas que han <b>recibido</b> educación para la salud grupal en el centro de salud	<b>51.064</b> (43.930 mujeres y 7.134 hombres)	<b>55.159</b> (46.411 mujeres y 8.748 hombres)	<b>26.046</b> (23.435 mujeres y 2.612 hombres)	<b>24.987</b> (23.964 mujeres y 1023 hombres)
Nº <b>personas</b> distintas han recibido educación para la salud grupal en <b>centro educativo</b>	<b>105.014</b>	<b>121.218</b>	<b>46.677</b>	<b>8.630</b>
Nº profesionales participantes en grupos de EpS	<b>3.598</b> 41,02% son Enfermeras	<b>4.359</b> 39,32% son Enfermeras	<b>1.831</b> 39,04% son Enfermeras	<b>785</b> 35,15% son Matronas

Fuente: BBDD EpSALUD\_AP\_CM

En la biblioteca de EpS tiene posibilidad de buscar proyectos a nivel de la CM (validados por la COVAM<sup>94</sup>) y proyectos elaborados por los centros de salud y que no están validados.

Nº <b>Proyectos EpS nuevos</b>	2018	2019	2020	2021
Nº Proyectos Educación para la Salud nuevos en biblioteca de la Comunidad de Madrid (validados)	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nº Proyectos Educación para la Salud en biblioteca de los centros de salud (no validados)	<b>329</b>	<b>329</b>	<b>86</b>	<b>148</b>

## QUE HERRAMIENTA TIENE ATENCIÓN PRIMARIA PARA HACER ATENCIÓN COMUNITARIA Y/ O COLECTIVA

La **biblioteca de Intervenciones Comunitarias** (IC) de la Comunidad de Madrid integrada a la aplicación EpSALUD de Atención Primaria, permite buscar los programas comunitarios elaborados por equipos multidisciplinares e intersectoriales de expertos en el área de abordaje, permite usar los materiales como guía metodológica para intervenciones comunitarias puntuales a la hora de difundir, captar, planificar, implantar y evaluar los

<sup>94</sup> Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la Comunidad de Madrid. DGSP en coordinación con AP.



resultados de de las sesiones de Cultura de salud/ sensibilización y/o Campañas de Salud, y como guía para intervenciones comunitarias continuas en el tiempo y poder retomar o activar la reorientación de servicios en el ámbito local.

La biblioteca fue diseñada e integrada a EpSALUD en 2019 como una de las líneas estratégicas de activación de Atención Primaria, y a fecha 2022, se tienen diseñados los siguientes programas comunitarios donde se ha incorporado la participación del tejido comunitario:

NOMBRE DEL PROGRAMA	Fecha de validación	Nivel de validación	Colectivo/ Agente Comunitario
<b>Programas Comunitarios de sensibilización e información ciudadana Campañas de Salud</b>			
CONMEMORACIÓN DEL DÍA SIN TABACO	2022	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales
CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA	2022	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales
CONMEMORACIÓN DEL DÍA EUROPEO DE LA PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	2022	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales
CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL SIDA	2021	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales. Ámbito educativo
CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE	2021	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales. Ámbito educativo
CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL HIGIENE DE MANOS CON LA CIUDADANÍA	2020	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales. Ámbito educativo
EL ABC DE LA GESTIÓN COVID EN EL ÁMBITO EDUCATIVO	2020	Comunidad de Madrid	Coordinadores COVID de centros educativos CM Ámbito educativo
MARCHA SALUDABLE: PROMOCIONANDO EJERCICIO FÍSICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	2019	Comunidad de Madrid	Población general y otros sectores locales. Ámbito educativo
<b>Programas Comunitarios de reorientación de servicios Representación del CS en Mesas, Consejos, y Comisiones de Salud locales</b>			
SUMANDO CON LA COMUNIDAD	2022	Comunidad de Madrid	Entorno comunitario
Fuente: EpSALUD_AP_CM			



## RECURSOS DIGITALES E INNOVACIÓN DIGITAL EN EDUCACIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA.

A cierre 2021, los recursos digitales disponibles en Atención Primaria para poder realizar un enfoque comunitaria fueron:

### **Nivel 1: Individual y personalizado.**

En el año 2020, la Historia Clínica Electrónica (HCE) es integrada con el aplicativo de prescripción única de la Comunidad de Madrid y el de gestión de IT( ITWEB). A cierre 2021, no se tiene integrada en la HCE la aplicación EpSALUD, que es la actual herramienta informática de atención grupal y comunitaria en Atención Primaria, ni tampoco se dispone de la integración a HCE de una aplicación de prescripción única de activos en salud de la Comunidad de Madrid o de un soporte digital que permita hacer una prescripción de activos en salud personalizada y que tenga en cuenta los condicionantes sociales.

Para este mismo nivel, se dispone de recursos dentro de la Biblioteca AP Madrid que pueden ser entregados, recomendados y prescritos en la consulta individual.

Además se dispone de otros recursos que no están integrados a la HCE pero son de utilidad para prescribir información, formación, servicios de salud y activos de salud en la consulta individual (nivel I del enfoque comunitario):

- Web Atención Primaria.
- Web de Salud de la Comunidad de Madrid.
- Canal Youtube Salud Madrid, siendo de utilidad para recomendar videos informativos de temas de interés ciudadano y que pueden cubrir alguna de sus necesidades de salud. Este canal puede ser usado también para los otros niveles del enfoque comunitario (II y III).
- Plataforma de la Escuela Madrileña de Salud (EMS), siendo de gran utilidad para prescribir a la población los cursos y videos digitalizados que se albergan en la misma, igualmente aplicable para el nivel II y III del enfoque comunitario.

A partir de 2020 y por la pandemia, se ampliaron los materiales educativos digitalizados (desarrollando 19 vídeos y cursos virtuales informativos y formativos de prevención y de promoción de la salud) que facilitaron la prescripción y recomendación de educación asincrónica a la población atendida en la consulta individual (nivel 1). Siendo 89 profesionales de AP autores de los mismos y se albergaron en las plataformas que disponemos en Sanidad (Canal YouTube Salud Madrid y Plataforma EMS). Siendo esta labor científico técnica certificada pero no remunerada.



## Nivel 2 y 3: Educación para la Salud grupal e Intervenciones Comunitarias.

### Aplicación EpSalud

EpSalud, es una aplicación web que se encuentra disponible en un espacio propio de la intranet (espacio de los profesionales) diseñado para incluir contenidos informativos y formativos de educación para la salud grupal y participación comunitaria, que sirven de ayuda a los profesionales de AP, espacio EpSALUD.

Es la aplicación informática que tiene Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud para hacer cultura saludable, promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de intervenciones educativas grupales e intervenciones comunitarias puntuales y continuas en el tiempo. Siendo la aplicación informática que tienen los profesionales de los centros de salud para realizar el nivel 2 y el 3 del enfoque comunitario a los grupos y colectivos.

Se caracteriza por ser una aplicación web con cuadro de mando integrado que facilita la evaluación, integrada a Cibeles (base de datos poblacional de la Comunidad de Madrid) y a GestionAI (módulo de gestión de identidades de los profesionales) dotándole de una identificación inequívoca de la población incluida en los grupos y de los profesionales que realizan la actividad.

En la siguiente tabla se refleja el uso de la aplicación y las versiones desarrolladas desde la Dirección General de Sistemas de Información y Salud Digital de la Consejería de Sanidad en colaboración y coordinación con la Comisión Innovación, tecnología e investigación EpSALUD de Atención Primaria:

EpSALUD	2018	2019	2020	2021
Nº versiones	2 (1.10 y 1.11)*	2 (1.12 y 1.13)**	1 (1.14)***	3 (1.15, 1.16, 1.17)****
Nº accesos totales	57.721	69.926	26188	25.955

\* 1.10. Mejoras y optimización de rendimientos, adecuación de los cálculos de las mujeres que acuden a grupos de educación maternal, nuevos perfiles de gestión.

\* 1.11. Mejoras técnicas y nuevas áreas temáticas.

\*\* 1.12. Perfil Farmaceutico.

\*\* 1.13. Perfil Administrativo y Biblioteca de intervenciones comunitarias.

\*\*\* 1.14. Mejoras técnicas de evaluación de indicadores.

\*\*\*\* 1.15. Educación para la salud modalidad online y nuevos canales de comunicación con otros sectores y población.

\*\*\*\* 1.16. Visualización plazas libres en talleres de EpS para ser prescritos desde consulta individual.

\*\*\*\* 1.17. Asistente digital de apoyo al profesional EDU.

En 2020 y ante la irrupción de la pandemia, se emprendieron actuaciones para garantizar la prestación de los servicios educativos grupales y comunitarios a la ciudadanía en formato online. Para ello, se dotó de dispositivos tecnológicos necesarios a los centros de



salud (cámaras, micrófonos, licencias ZOOM corporativas, correos no replay...), y se rediseño la aplicación EpSALUD para poder seguir ofreciendo las sesiones educativas grupales en formato online (telemático).

En los últimos años, y más tras la pandemia, EpSALUD ha tenido un avance exponencial en la integración de desarrollos tecnológicos que han facilitado la mejora de los canales de comunicación entre profesionales del mismo CS, entre profesionales de distintos CS y de profesionales con la ciudadanía y con agentes comunitarios de su entorno vía email y vía telemática.

Además de realizar una mejora de los canales de comunicación se han incorporado desarrollos tecnológicos de ayuda al profesional para hacer EpS grupal y participación comunitaria, dentro de la aplicación EpSALUD: un asistente digital de ayuda a los profesionales llamado EDU, una visibilidad más amigable, se han incluido los materiales educativos necesarios para cada sesión educativa (materiales para el docente y materiales para la ciudadanía) que se visualizan de forma simultánea a la realización de la sesión tanto por los profesionales como por los asistentes a los talleres y se ha conseguido visualizar la población agendada en el grupo.

Los desarrollos tecnológicos realizados en la aplicación durante los años 2020 y 2021, fueron fundamentales para hacer educación maternal a las mujeres y sus acompañantes vía online y para facilitar la coordinación intersectorial entre los centros de salud y los centros educativos de referencia, donde Educación facilitó la base de datos de los centros educativos de la CM (públicos, privados y concertados) y fueron integrados en la aplicación EpSALUD facilitando de este modo la interoperabilidad de los centros de salud con sus centros educativos de referencias, y a través de video conferencia aplicar el programa comunitario elaborado para tal efecto, "El ABC de la Gestión COVID: vuelta segura a las Aulas", de este modo la información trasladada a los centros educativos fue normalizada y común para todos.

La transformación digital integrada en la aplicación EpSALUD, la convierte en una herramienta que busca ser una herramienta de ayuda para el trabajo diario, la gestión, la planificación y la evaluación y que a través de las tecnologías se unan los distintos sectores que influyen en la salud de la población.

A cierre 2021, las líneas desarrolladas para facilitar la innovación, en Educación para la Salud (EpS) grupal y la participación comunitaria, han sido:

- Interoperabilidad y coordinación con otros sectores de la comunidad.
- Nuevos canales de comunicación entre profesionales del mismo CS y entre profesionales de distintos CS y facilitar la preinscripción ciudadana a talleres de Vida Saludable.
- Nuevos canales de comunicación con la ciudadanía: vía email y vía online para notificación de los contenidos de los programas educativos y los cronogramas digitalizados, con información exacta de fechas, horarios y sala o url, si es formato online.



- Incorporación de los materiales educativos a descargar y compartir con la ciudadanía durante las sesiones de EpS grupal y/o sesiones de sensibilización ciudadana.
- Incorporación de nuevos perfiles de acceso a la aplicación.  
Asistente de apoyo al profesional.
- Revisión y limpieza de bases de datos.

## FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD COMUNITARIA

A lo largo de los años ha sido incluido el abordaje biopsicosocial desde la consulta, el abordaje de la educación para la salud grupal e individual y el abordaje de la acción comunitaria dentro del **plan formativo anual de Atención Primaria**. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de posicionamiento económico aplicado en el plan formativo anual de Atención Primaria y con la distribución relativa al abordaje del enfoque comunitario en los 3 niveles de los 4 años de análisis efectuado para la ESC\_AP\_CM.

Unidad de Formación	2018	2019	2020	2021
% de posicionamiento económico del plan formativo anual de Atención Primaria relacionado con enfoque comunitario.	15,9%	18,2%	23,2%	17,6%
% de cursos con enfoque comunitario.	17,6%	14,1%	13,4%	21,7%
Nº profesionales formados y por categorías.	MF: 421 ENF: 461 AE: 25 HB: 17 PA: 25 TS: 10	MF: 525 ENF: 575 AE: 38 HB: 18 PA: 33 TS: 16	MF: 29 ENF: 223 AE: 0 HB: 58 PA: 16 TS: 30	MF: 146 ENF: 506 AE: 0 HB: 3 PA: 113 TS: 9
Grado de satisfacción con la formación	8,54	8,56	8,78	8,24

Unidades docentes	2018	2019	2020	2021
Nº residentes Enfermería y Medicina formados en enfoque comunitario	316	250	93	178

<b>ME</b>	Médicos de familia y pediatras
<b>EN</b>	Enfermeras
<b>AE</b>	TCAE
<b>PA</b>	Personal administrativo
<b>TS</b>	Trabajadores sociales
<b>HB</b>	Higienistas bucodentales

Fuente: FORMAP. Unidad de Formación continuada de Atención Primaria.



**Dentro del nivel 1**, la formación ofertada ha sido de distintas temáticas y grupos de población en busca de aplicar en la práctica habitual de la consulta y en los domicilios, la atención individual y personalizada, dando importancia a sus contextos, a las historias personales y familiares, a las realidades y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud.

**Dentro del nivel 2**, se ha ofertado formación que promueve el trabajar con grupos de personas, teniendo en cuenta las características de estas y las necesidades concretas de cada territorio.

**Dentro del nivel 3**, se ha ofertado formación que promueve el trabajo intersectorial e interdisciplinar, con numerosas entidades y agentes del territorio que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad.

Se aprecia que se ha pasado de un 17,6% de gasto anual en 2018 a un 21,7% en 2021 y de no estar incluido el nivel 3 del enfoque comunitario a ser incluido desde 2020.

En 2020 y debido a las consecuencias de la pandemia, Atención Primaria se vio obligada a suspender las ediciones de formación continuada planificadas del nivel 2 del enfoque comunitario y para no dejar de dar cobertura a la población en materia de cultura saludable, se diseñó un modelo de aprendizaje experimental, específico y personalizado dirigido a las Unidades Específicas de AP, en concreto a las matronas, a las fisioterapeutas y a las trabajadoras sociales.

Este modelo, se llamó "Modelo S1S2S3 con foro comparte", tuvo como objetivo que el mayor número de profesionales de las unidades específicas de los centros de salud tuvieran un apoyo técnico constante durante todo el año 20-21, y que a pesar de las consecuencias de pandemia, donde no podíamos hacer grupos de población no se dejara de hacer Educación para la Salud grupal desde los centros de salud, y se pudiera hacer en modalidad online junto a la población a la que se da cobertura desde estas unidades.

<b>Educación para la Salud online</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Nº grupos EpS* realizados en modalidad online a la población (nivel 2 enfoque comunitario)	-	-	<b>359</b>	<b>636</b>
Nº talleres EpS que tienen plazas visibles para poder prescribir a las personas desde la consulta individual (nivel 1 enfoque comunitario)	-	-	<b>244</b>	<b>553</b>

\*grupos de mínimo 3 sesiones, de entre 45-90 minutos sesión.

Fuente: BBDD EpSALUD\_AP\_CM.

Los profesionales de Atención Primaria también reciben oferta formativa en los 3 niveles del enfoque comunitario a través de los planes anuales ofertados desde la Dirección General de Salud Pública. Dentro de las memorias anuales y de los años de análisis, encontramos que se ha formado en 2018 a 285 profesionales de AP, en 2019 a 228 profesionales AP y que en global sus principales destinatarios son los profesionales de AP, siendo en 2018 el 86,3% de su formación ofertada relacionada con prevención, promoción de la Salud y Educación para la Salud, abordando distintas temáticas y grupos de población.



En estos años de análisis y de forma continua y constante, desde la DGSP se ha realizado una coordinación y colaboración directa en apoyo metodológico, asesoría técnica a los profesionales de AP, participación informativa y formativa en espacios de encuentro y colaboración de AP, en seminarios y webinarios de actualización y presentación de materiales divulgativos y formativos dirigidos a la ciudadanía y en el codiseño de programas y proyectos para poder ser implantados con la máxima calidad desde los centros de salud de AP.

## INDICADORES DE EVALUACIÓN Y CUADRO DE MANDO ESPECÍFICO

Dentro de la herramienta eSOAP (seguimiento de objetivos de Atención Primaria), podemos encontrar indicadores de seguimiento relacionados con el **nivel 1 del enfoque comunitario** como:

- Información de los criterios de buena atención de Consejos de salud aportados a la población en la consulta individual en los distintos servicios de la cartera de Atención Primaria.
- Mujeres puérperas que realizan lactancia y cuadro de mando específico de Lactancia Materna.
- Cuadro de Mando específico de Estilos de vida saludables (ejercicio físico, alimentación, alcohol, tabaco, obesidad).

**Dentro del nivel 2 del enfoque comunitario** podemos hacer seguimiento y monitorización de los siguientes indicadores dentro de eSOAP (seguimiento de objetivos de Atención Primaria) y dentro de EpSALUD (de aplicación informática para el nivel 2 y 3 del enfoque comunitario):

Indicadores de seguimiento en cuadro de mando de eSOAP (indicadores trimestrales)
Número de sesiones realizadas de EPS grupal
Número de sesiones realizadas de EPS en centros educativos
Número de sesiones realizadas de preparación al parto
Número de grupos de EPS grupal finalizados (evaluados)
Personas incluidas en los grupos EPS finalizados (evaluados)
Personas incluidas en grupos de EPS en centros educativos finalizados (evaluados)
Mujeres incluidas en grupos de preparación al parto
Número de grupos de EPS grupal finalizados (evaluados)
Grupos de EPS por U. Matronas
Grupos de EPS por Unidad TS
Intervenciones de EPS por fisioterapeuta (online, mixta o presenciales)
Intervenciones de EPS por matrona (online, mixta o presenciales)
Grupos de EPS por Unidad TS
Intervenciones de EPS por fisioterapeuta (online, mixta o presenciales)



Indicadores de seguimiento en cuadro de mando de EpSALUD
EpS a grupos: centro, nº de grupos nuevos, nº de sesiones y nº de ciudadanos incluidos en grupos nuevos.
Accesos a EpSALUD: nº de accesos totales, nº de profesionales distintos de CS.
Profesionales participantes en EpS: nº de profesionales participantes en grupos por categoría.
Ciudadanos participantes en EpS: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ciudadanos participantes. Total /Mujeres / Hombres</li> <li>➤ Participantes en centros educativos: Total</li> </ul>
Actividad de profesional: Profesional, categoría, número de grupos de EpS y su ámbito (*) en el periodo de tiempo que se quiera evaluar y monitorizar. (*) centro educativo, centro de salud u otro ámbito.
Actividad EpS por Área Temática: nº grupos <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermedades crónicas: HTA, EPOC, DM, IC, Asma, Obesidad, VIH/ SIDA, Artrosis ...</li> <li>➤ Estilos de vida/ Hábitos saludables: Alimentación, Ejercicio, Sueño, Relajación, Sexualidad, Bienestar emocional...</li> <li>➤ Transiciones vitales/ Etapas vulnerables: Deterioro cognitivo, Memoria, Embarazo, Climaterio, Dependencia ...</li> <li>➤ Varios: Primeros auxilios, Salud bucodental, Violencia de genero...</li> </ul>
Actividad EpS por Ámbito: nº grupos. Centro De Salud/ Centro Educativo/ Ayuntamiento /Junta Municipal/ Centro De Mayores/ Asociación Vecinal/ Asociación De Pacientes/ S. Territoriales De Salud Pública/ ONG/ Otros.
Actividad EpS por grupos de población: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infancia</li> <li>➤ Adolescencia</li> <li>➤ Etapa Adulta</li> <li>➤ Personas Mayores</li> <li>➤ Hombres</li> <li>➤ Mujeres</li> </ul>

**Dentro del nivel 3 del enfoque comunitario** podemos hacer seguimiento y monitorización de los siguientes indicadores dentro de eSOAP (seguimiento de objetivos de Atención Primaria) y dentro de EpSALUD (aplicación informática para el nivel 2 y 3 del enfoque comunitario):

Indicadores de seguimiento en cuadro de mando de eSOAP (indicadores trimestrales)
Intervenciones comunitarias puntuales
Intervenciones comunitarias de reorientación de servicios
Número de planes de desarrollo comunitario
Número de reuniones de intervenciones de reorientación de servicios
Número de reuniones para planes de desarrollo comunitario
Intervenciones comunitarias puntuales en las que participe la USBD



Intervenciones comunitarias de reorientación de servicios en las que participe la USBD
Número de planes de desarrollo comunitario en los que participe la USBD
Intervenciones comunitarias puntuales en las que participe la U. Matronas
Intervenciones comunitarias de reorientación de servicios en las que participe la U. Matronas
Número de planes de desarrollo comunitario en los que participe la U. Matronas
Intervenciones comunitarias puntuales en las que participe la U. Trabajo Social
Intervenciones comunitarias de reorientación de servicios en las que participe la U. Trabajo Social
Número de planes de desarrollo comunitario en los que participe la U. Trabajo Social
<b>Indicadores de seguimiento EpSALUD (indicadores que se pueden hacer cortes transversales)</b>
Actividad de profesional: Profesional, categoría, número de intervención comunitaria que realiza y su tipología (*) en el periodo de tiempo que se quiera evaluar y monitorizar. (*): Intervenciones puntuales (sesiones de sensibilización/ cultura de salud...); Reorientación de Servicios (mesas, consejos, comisiones de salud...); Planes de Desarrollo Comunitario. Identificación de Participantes: Administraciones/ instituciones (Ayuntamientos...); Servicios Sanitarios y Educativos (universidades, centros de mayores, centros educativos...); Grupos sociales (formales e informales, asociados y no asociados...)

## DIVULGACIÓN CIENTÍFICA E INVESTIGACIÓN

Entre las líneas estratégicas en investigación de la Gerencia de Atención Primaria la investigación en salud comunitaria no se recoge como línea independiente, aunque si se contempla de forma trasversal en diferentes líneas.

Existen diferentes metodologías para desarrollar esta investigación destacando el potencial de las metodologías mixtas para fomentar y promover la participación y el fortalecimiento de la ciudadanía. Dentro de estas, destacar la contribución de la investigación cualitativa no sólo como complemento de la investigación epidemiológica que enriquece los resultados obtenidos mediante investigación cuantitativa sino también con una relación más equitativa entre los enfoques cualitativos y cuantitativos. Este enfoque permite profundizar en aspectos conceptuales y teóricos que otras aproximaciones no pueden analizar, mejora y amplía el conocimiento del mundo social. Esta aplicación de enfoques metodológicos diferentes y complementarios precisa del trabajo interdisciplinar.

Desde el punto de vista de las metodologías se ha fomentado dentro del Plan de formación en investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, tanto la formación en metodología cualitativa como la formación y diseño de procesos innovadores de investigación-acción-participación que pueden ayudar a realizar investigación dando voz a los conocimientos relevantes procedentes de los ciudadanos.

De los 530 proyectos registrados en los contratos programas de centro entre 2018 y 2021, 75 de ellos han abordado de manera transversal información y conocimiento relevante para el diagnóstico de la salud de nuestra comunidad, o con proyectos de investigación que tienen en cuenta la importancia de los contextos desde un modelo de determinantes sociales de la salud (nivel 1 de intervención) abordando las desigualdades en salud, la población en situación de vulnerabilidad, la salud percibida, la salud urbana, la



alfabetización y la toma de decisiones compartida. Hay que destacar que 14 de ellos habían sido financiados en convocatorias públicas de concurrencia competitiva.

Hay distintas maneras de concebir las actividades comunitarias, algunos autores consideran todas las intervenciones grupales como comunitarias, aunque sean puntuales o la comunidad tuviera una mínima participación. En otros casos este criterio se modula por el uso de perspectivas teórico-metodológicas en las actividades comunitarias. Hay 6 proyectos de investigación en este periodo que pueden enmarcarse en el nivel 2 de intervención, educación para la salud grupal. La mayoría de ellos están centrados en intervenciones sobre problemas de salud prevalentes en atención primaria y que han demostrado efectividad, como el aumento de la actividad física, la educación diabetológica, la reducción de los factores de riesgo cardiovascular, la promoción de la lactancia materna, la calidad de vida en cuidadores o la prevención de las caídas y la fragilidad en los ancianos.

Sobre la población diana, la mayoría están dirigidos a población anciana y a adultos mayores, destacar que los dirigidos a la población infantil se centran en obesidad. En su mayoría son realizadas en el centro de salud o en centros educativos.

En este periodo de análisis, no se cuenta con proyectos de investigación que se centren en intervenciones con participación de la comunidad ni de intervenciones intersectoriales.

## 6. DEFINICIÓN ESTRATÉGICA

La Estrategia de Salud Comunitaria, se ha elaborado en el contexto del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, así como del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021, sujeto al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y a la financiación de la Unión Europea (NextGenerationEU) y pretende establecer que elementos se precisan desarrollar para reforzar la orientación comunitaria en Atención Primaria, en colaboración con Salud Pública, el entorno local y otros sectores, como el social y el educativo, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población e influir en la mejora de los determinantes sociales.

### DESTINATARIOS:

Todas las personas atendidas por Atención Primaria (AP) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), indistintamente de la etapa vital en la que se encuentre o de la necesidad de prevención o de promoción de la salud que precise, entidades del entorno comunitario y otros sectores, como puede ser el social, el educativo u otras entidades en las que se puedan encontrar las personas atendidas por los centros de salud.

Con un destino común, mejorar la cultura de salud (alfabetización en salud) de las personas, grupos y colectivos de la comunidad a la que damos los servicios desde el centro de salud con enfoque comunitario.

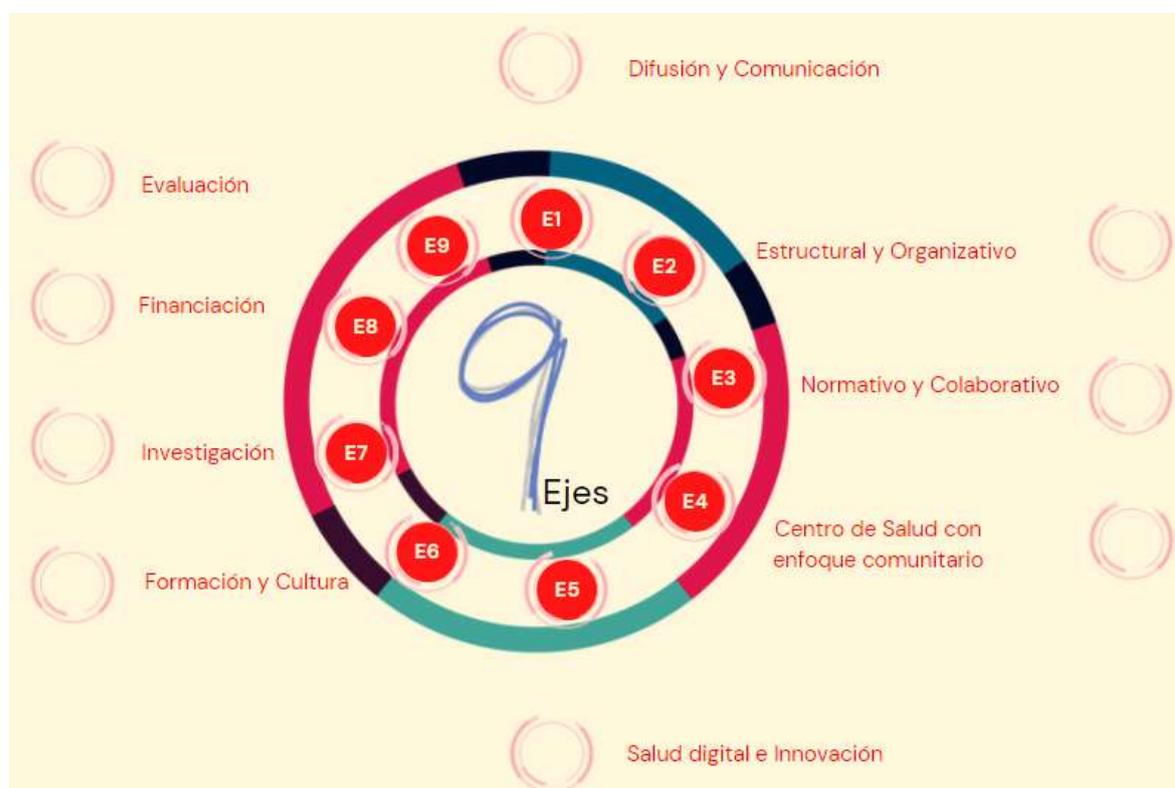


Entendiendo que la alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta. (Sørensen et al. 2011).

### DURACIÓN:

Periodo 22-26

### EJES ESTRATÉGICOS:



### MISIÓN.

Establecer los elementos a desarrollar en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid para orientar la organización de los servicios hacia un enfoque comunitario multidisciplinar que facilita la intersectorialidad y la interoperabilidad entre las distintas entidades locales en busca del bienestar de la población y la mejora de la salud y sus determinantes.

### VISIÓN.

Aplicar un enfoque comunitario de atención desde los centros de salud de la Comunidad de Madrid para poder responder a las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que precisa la población garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social y potenciando la sostenibilidad del Sistema.



## OBJETIVO

Reforzar la orientación comunitaria ofrecida desde Atención Primaria, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública, el entorno local y otros sectores, como el social y el educativo, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población e influir en la mejora de los determinantes sociales.

## PRINCIPIOS RECTORES

Esta estrategia se inspira en los siguientes principios:

**La Salud positiva**, que abarca al ser humano en su complejidad biopsicosocial, buscando comprender los procesos subyacentes a las cualidades y emociones positivas del ser humano con el fin de generar una mejor calidad de vida y bienestar<sup>95</sup>.

**La Salud relacionada con el sentido de coherencia**, el objetivo es lograr que nos relacionemos con nuestras circunstancias, con nuestro entorno y nuestra comunidad, de tal forma que se encuentre un sentido en ellas y en nuestras vidas, considerando las situaciones vitales desde tres visiones: que son comprensibles, manejables y que tienen un significado.

**La Salud espiritual**, que abarca que las personas aprendan a desarrollar resiliencia, es decir, que puedan erigir una fuerza interna basada en lo espiritual, un fortalecimiento interior a través de la confianza en el curso y en el sentido de la evolución de la etapa de la vida en la que se está viviendo<sup>96</sup>.

La **Salud compartida**, la transversalidad de las políticas de atención a las personas.

La **Salud personalizada** de la atención de forma integral e integrada, haciendo una valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real y teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.

El **valor de la Triple IC sostenible y de calidad**, de la intervención comunitaria, resultado de la suma de la triple I (interdisciplinaridad, intersectorialidad e interoperabilidad) con la triple C (coordinación, colaboración y compromiso de cooperación interadministrativa para trabajar con la comunidad).

## 7. LOS 9 EJES ESTRATÉGICOS

Tras el análisis de situación de la población de la Comunidad de Madrid y del enfoque comunitario ofrecido desde los centros de salud de Atención Primaria, y en coherencia con los principios rectores que inspiran la estrategia, se plantean 9 ejes estratégicos para la

<sup>95</sup> Seligman Martins EP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. American Psychologist Association. (2000); 55(1); 5-14.

<sup>96</sup> Machado A. Salutogénesis versus patogénesis. Revista el Gallo Anthrosana en España [en línea] 2013 [fecha de consulta: 10 febrero 2015] Disponible en: <http://www.anthrosana.org.es/gallo/Gallo24.pdf>.



consecución el objetivo general, que no es otro, que reforzar la orientación comunitaria en Atención Primaria, en colaboración con Salud Pública, el entorno local y otros sectores, como el social, el deportivo y el educativo, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población e influir en la mejora de los determinantes sociales de la comunidad.



## EJE 1 (E1). DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN

Marcar un eje estratégico de difusión y comunicación nos servirá de compás magnético, para ayudarnos a garantizar que el mayor número de personas conoce hacia qué dirección avanzamos y qué queremos lograr sumándonos a la comunidad y a otros sectores. Será la forma de que el mayor número de personas internas o externas a Atención Primaria tengan claro el camino, las metas comunes y las acciones que se han planificado dentro de la ESC\_AP\_CM.



**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 1 DE LA ESC\_AP\_CM:** Garantizar que el mayor número de personas tengan la información de las metas y conocimiento de los resultados obtenidos tras la implantación y desarrollo de la ESC\_AP\_CM.

### Meta interna

Garantizar que el mayor número de profesionales de los centros de salud sean conocedores de las metas y posteriores resultados obtenidos tras la implantación y desarrollo de la ESC\_AP\_CM.

### Meta externa

Garantizar que el mayor número de personas de otros sectores y entidades de la comunidad sean conocedores de las metas y posteriores resultados obtenidos del desarrollo de la ESC\_AP\_CM.



**ACCIONES OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:**

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de garantizar la difusión y la comunicación de la ESC\_AP\_CM en todas sus fases.

**A1 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Diseño de un plan de difusión y comunicación interna y externa de la ESC\_AP\_ CM en todas las fases de desarrollo.

**A2 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Desarrollo de un espacio de Salud Comunitaria dentro de la web y de la intranet de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

**A3 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Publicación de la ESC\_AP\_CM.

**A4 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Presentación de la ESC\_AP\_CM en la I Jornada de Salud Comunitaria que se establecerá como acto inaugural y punto de partida de futuras celebraciones de Jornadas abiertas promovidas por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, por la Fundación de Investigación, Innovación y Bioética de Atención Primaria y por la Dirección General de Salud Pública y fortalecer la coordinación y colaboración con otros sectores como Educación, Deporte, Familia y Asuntos Sociales.

**A5 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Diseñar los premios autonómicos de Salud Comunitaria abiertos a todos los sectores y promovidos por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y por la Dirección General de Salud Pública.

**A6 OD\_ EJE 1 ESC\_AP\_CM:** Facilitar espacios de encuentro y colaboración entre profesionales internos y externos a la organización para debatir y compartir experiencias de temas de salud comunitaria que impactan en la calidad de vida de la población.

## EJE 2 (E2). ESTRUCTURAL Y ORGANIZATIVO

Las necesidades, demandas y problemas de la población a la que ofrecemos los servicios de prevención y promoción de la salud en el primer nivel asistencial han cambiado y Atención Primaria tiene que ser capaz de adaptarse sin perder el enfoque de salud comunitaria ofrecido en las zonas básicas de salud del SERMAS, garantizando el mayor nivel posible de salud y bienestar a la comunidad a la que atendemos y una distribución equitativa y continua en el tiempo, centrada en las necesidades de las personas y que vaya desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.



Para ello, resulta indispensable contar con estructuras firmes y potentes que puedan servir como cimientos para impulsar y desarrollar los ejes de abordaje de la ESC\_AP\_CM 2022-26.



### **OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 2 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Emprender una reforma que otorgue a la Gerencia Asistencial de Atención Primaria la capacidad de gestión en materia de Salud Comunitaria y se garantice la abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales y el adecuado desarrollo de medidas conforme a lo establecido en la ESC\_AP\_CM.

### **Meta interna**

Garantizar que Atención Primaria tiene capacidad y competencias de gestión vigorosa para ofrecer actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria<sup>97</sup> enmarcadas en la cartera de servicios comunes de AP y hacer abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales.

### **Meta externa**

Integrar competencialmente que los profesionales de Atención Primaria aplique la triple IC<sup>98</sup> con otros sectores y entidades de la comunidad y garantice la abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales.



### **ACCIONES OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:**

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de emprender una reforma estructural y organizativa conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Crear el Área de Salud Comunitaria en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria que garantizará el desarrollo de los ejes estratégicos y que se integre la orientación comunitaria en la actividad habitual de los profesionales de AP de forma que su desarrollo sea sistemático en los tres niveles de atención: individual, familiar, grupal y comunitario.

<sup>97</sup>

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-PrevencionPromocion.htm>

<sup>98</sup> Vientos de triple IC, de intervención comunitaria, resultado de la suma de la triple I (interdisciplinar, intersectorial e interoperabilidad) y de la triple C (coordinación, colaboración y compromiso de cooperación intersectorial).

**A2 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Constitución y publicación del reglamento de régimen interno de la Comisión de Vida Saludable (CVS) de AP, como comisión permanente que velará por garantizar que los distintos grupos de población incluidos en las líneas estratégicas tengan los mismos derechos a los recursos informativos y educativos en materia de prevención y promoción de la salud y cultura de vida saludable.

**A3 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Constitución y publicación del reglamento de régimen interno de la Comisión de Innovación, Tecnología e Investigación (CiTi) en Salud Comunitaria (SC), como comisión permanente que garantizará la integración de los desarrollos tecnológicos necesarios para el desempeño de una atención más innovadora en materia de prevención y promoción de la salud a la población atendida desde el primer nivel asistencial y al buen hacer de los profesionales de AP y a fomentar el desarrollo de investigaciones en busca de analizar la efectividad y el impacto en salud de los proyectos educativos y programas implantados.

**A4 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Reconocimiento al compromiso y al trabajo de las personas designadas responsables de Salud Comunitaria en los centros de salud y vocales de las comisiones permanentes (CVS y CiTi) o temporales de los equipos motores de Salud Comunitaria de los centros de salud.

**A5 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Otorgar capacidad organizativa a los centros de salud con enfoque comunitario para responder de forma coherente, sostenida y planificada en el tiempo a las necesidades y demandas de los diferentes contextos y grupos de población atendida en materia de SC.

**A6 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Reconocer y valorar el trabajo de los equipos de AP con enfoque comunitario.

**A7 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Reconocer el valor en la autoría de los materiales educativos elaborados por profesionales de AP mediante certificación y apoyo para la participación en la difusión y comunicación de los resultados obtenidos.

**A8 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Ayudar a los responsables de SC de los CS a fortalecer su capacidad de gestión y capacidad científico técnica para avanzar hacia la modalidad de CS con enfoque comunitario.

**A9 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Potenciar que los equipos directivos de los CS abogan por la implantación de las acciones con enfoque comunitario conforme a lo establecido en la Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. (ESC\_AP\_CM).

**A10 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Implementación de la revisión, ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la cartera común de servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, dotándola de los recursos necesarios para su aplicación y de indicadores para su evaluación, en coordinación con DGSP y otros sectores.



## EJE 3 (E3). NORMATIVO Y COLABORATIVO

El instrumento legal que permite establecer colaboraciones con otras entidades privadas o públicas externas al ámbito de la Consejería Sanidad/SERMAS/Gerencia Atención Primaria son los Convenios cuya regulación legal viene establecida en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y el Decreto 48/2019, de 10 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la actividad convencional de la Comunidad de Madrid.



### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 3 DE LA ESC\_AP\_CM:

Integrar los marcos normativos y colaborativos autonómicos sobre las bases de estrategias de desarrollo a favor de la triple IC<sup>99</sup> desde los CS de AP con otros sectores de la comunidad.

### Meta interna/ externa

Potenciar la triple IC<sup>99</sup>, y la abogacía de la salud comunitaria.



### ACCIONES OD\_ EJE 3 ESC\_AP\_CM:

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de establecer acciones conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 3 ESC\_AP\_CM:** Participar de la promoción y homogenización de los servicios comunes de Salud Comunitaria de Atención Primaria y sus indicadores de medida, tal y como se establece en el Anexo II, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización en coordinación interautonómica a través del grupo de trabajo de Salud Comunitaria<sup>100</sup> Nacional constituido para tal efecto y con el que también se desarrollaran las siguientes dos acciones:

**A1. 1 OD\_ EJE 3 ESC\_AP\_CM:** Trabajar los mecanismos de coordinación en promoción de la salud, prevención y salud comunitaria, de forma coordinada con

<sup>99</sup> Vientos de triple IC, de intervención comunitaria, resultado de la suma de la triple I (interdisciplinar, intersectorial e interoperabilidad) y de la triple C (coordinación, colaboración y compromiso de cooperación intersectorial).

<sup>100</sup> A nivel estatal se ha creado un Grupo de Salud Comunitaria con participantes de los Comités Institucional y Técnico del Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria y de la Ponencia de Promoción de la Salud

otros grupos y estrategias relacionados con la promoción de la salud y la salud comunitaria y dentro del marco y orientación técnica de la DGSP.

**A1. 2 OD\_ EJE 3 ESC\_AP\_CM:** Colaborar en la actualización de la web del Ministerio de Sanidad de manera que sirva como espacio de visibilización del trabajo en salud comunitaria y materiales y recursos de interés de las autonomías.

**A2 OD\_ EJE 3 ESC\_AP\_CM:** Promover que Atención Primaria sea el nivel de implantación de atención sanitaria de acciones de colaboración en los convenios que la Consejería de Sanidad adquiera con otros sectores que también contribuyen en la SC de la población atendida en los centros de salud.

**A3 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Establecimiento de acuerdos de coordinación intersectorial para la potenciación del enfoque comunitario con otros niveles de atención sanitaria ofrecida en el Servicio Madrileño de Salud.

**A4 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Alineación de la ESC\_AP-CM con las estrategias y programas de la DGSP como marco de referencia de la acción comunitaria global, y de otros planes estratégicos que presentan enfoque comunitario en la CM y han sido descritos en el marco estratégico autonómico de este mismo documento.

**A5 OD\_ EJE 2 ESC\_AP\_CM:** Potenciar la presencia y participación de Atención Primaria en foros internacionales, nacionales y autonómicos relacionados con atención con enfoque comunitario y fortalecer la colaboración interautonómica en materia de establecer metas comunes para promover la creación un órgano permanente que vele por la Atención Primaria con enfoque comunitario.

## EJE 4 (E4). CENTROS DE SALUD CON ENFOQUE COMUNITARIO

En este eje, se marca la ruta para potenciar y garantizar que se implantan en los centros de salud las acciones marcadas en las recomendaciones, guías, programas comunitarios de salud y en los proyectos educativos sujetos a los planes estratégicos de salud descritos en el punto 3 del marco estratégico de este mismo documento y se establecen las líneas actuación para la activación de la prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario de abordaje biopsicosocial, desde las consultas individuales, la atención educativa grupal y la participación comunitaria que realizamos en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Se establecen 5 líneas comunes de atención a los grupos estratificados, uno con un horizonte de actuación a corto plazo, donde se sistematizará la priorización anualmente de los grupos de interés a trabajar, en base a la mejor evidencia científica, buenas prácticas y según análisis de situación de la población por informe de salud y evidencia epidemiológica y otro grupo, con un horizonte continuo y permanente en el tiempo, donde



se establecen los 5 grupos por etapas vitales y vulnerabilidad y los contenidos a trabajar en estas líneas irán integrados a los planes de salud autonómicos, nacionales e internacionales.

**Metas:**

Favorecer la vida saludable de los individuos, grupos y colectivos a lo largo de las distintas etapas de la vida.

Asegurar la equidad de acceso al servicio de atención comunitaria a todas las personas atendidas en los centros de salud.

**OD\_ESC**  
**Eje 4**  
CENTROS DE SALUD CON ENFOQUE COMUNITARIO



**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 4 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar que la población atendida en AP tenga los mismos derechos a recibir prevención y promoción de Vida Saludable en los tres niveles de atención: individual, grupal y comunitaria y en base a los planes, programas y proyectos educativos según establece el punto 3 del marco estratégico de este mismo documento.

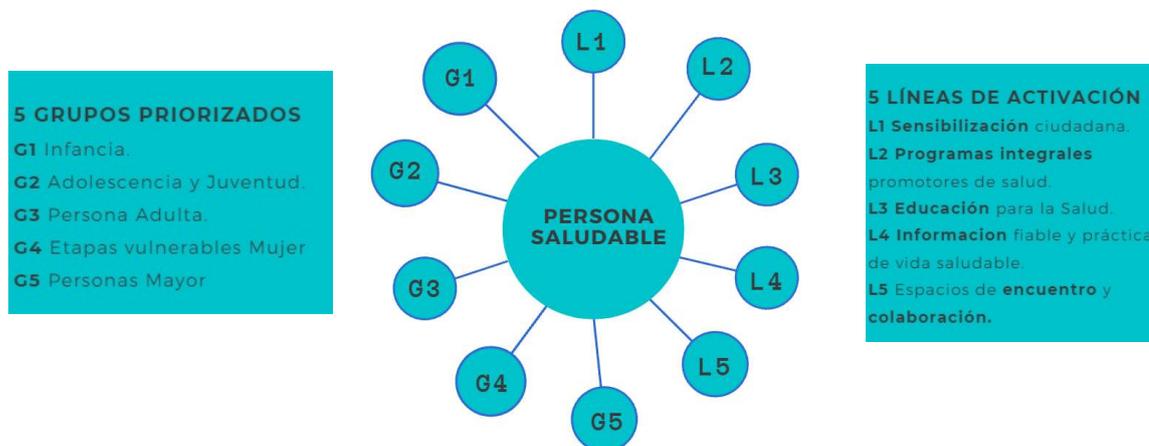
**Meta 1:** Activar la prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario desde los tres niveles de intervención: individual, grupal y colectiva y asegurar el acceso a los grupos de interés priorizados anualmente.



Mapa de líneas de activación (LA) por grupo priorizado anualmente (2022). ESC\_ AP. Comunidad de Madrid.



**Meta 2:** Activar la prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario desde los tres niveles de intervención: individual, grupal y colectiva según las líneas de activación a realizar de forma continua en el tiempo a los grupos por etapas de vida y vulnerabilidad según los planes de salud establecidos en el marco autonómico, nacional y / o internacional.



Mapa de líneas de activación por etapa vital y vulnerabilidad continuas en el tiempo. ESC\_AP. Comunidad de Madrid.



**ACCIONES OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:**

A continuación, se muestran las 5 líneas de activación propuestas para la consecución del objetivo de activar la prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario desde los tres niveles de intervención: individual, grupal y colectiva conforme a la ESC\_AP\_CM.

**LA1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM: Sensibilización ciudadana.**

En esta línea se describen las iniciativas a realizar para poder desarrollar intervenciones comunitarias puntuales con distintos agentes de la comunidad dirigidos a informar y sensibilizar a la comunidad en el cuidado de su salud, bienestar social y/o calidad de vida de los grupos de personas.

**LA1.1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Participación en el diseño de Programas Comunitarios de conmemoración de días Mundiales y Europeos de la Salud a implantar en los centros de salud.

**LA1.2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Conmemoración de los días Mundiales y Europeos de la Salud priorizados a celebrar con los grupos de interés.

**LA1.3 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Cultura digital a los grupos de interés.



**LA2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Influir en la organización de los servicios ofrecidos a las personas.

En esta línea se describe la iniciativa a realizar para poder desarrollar una intervención comunitaria estable en el tiempo con distintos grupos de la comunidad dirigida a influir en la organización de los servicios ofrecidos a las personas que atendemos en el primer nivel asistencial, con el fin de mejorar la gestión de los recursos que se les ofrece para el abordaje de sus problemas de salud en diferentes ámbitos de atención (sanitario, educativo, social, etc.).

**LA2.1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Participar en el diseño de programas integrales promotores de salud.

**LA2.2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Colaborar desde el centro de salud en los procesos de dinamización, mapeo de activos para la salud y en la integración digital de los recursos comunitarios identificados.

**LA2.3 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Promover la implantación, seguimiento y evaluación de la intervención comunitaria de reorientación de servicios "Sumando con la Comunidad".

### **LA3 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM: Educación para la Salud y Cultura Saludable.**

En esta línea se describen las iniciativas a realizar para ofrecer educación para la salud sincrónica y/o asincrónica a las personas de los grupos de interés. Entendiendo sincrónica aquella que requiere de interacción simultánea entre profesional sanitario y persona que ofrece el servicio y asincrónica, es toda educación para la salud que se le puede prescribir o recomendar al ciudadano y no requiere de una interacción simultánea entre dos partes, y la persona gestiona su propio proceso de aprendizaje.

**LA3.1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Revisión del enfoque de determinantes sociales de la salud de los proyectos educativos validados y actuaciones a desarrollar conforme a los principios rectores de la ESC\_AP\_CM y clasificación de la ruta de actuación: ruta A (pueden implantarse sin necesidad de cambios metodológicos ni digitales), ruta B (pueden implantarse sin necesidad de cambios metodológicos, pero sí digitales) y ruta C (precisan cambios metodológicos y digitales previos a la implantación).

**LA3.2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Adaptaciones tecnológicas de los proyectos educativos catalogados con ruta B.

**LA3.3 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Diseño de nuevos proyectos educativos para la ejecución de la ruta C.

**LA3.4 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Planificación anual de talleres de Educación para la salud grupal sincrónica y preinscripción y oferta de plazas a los grupos de personas en modalidad sincrónica presencial, online y/ o mixta.



**LA3.5 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Promover la identificación y elaboración de materiales de apoyo para la alfabetización digital y para las actividades de educación para la salud grupal con enfoque de determinantes sociales, por parte de los profesionales de AP y de la DGSP, en colaboración con las asociaciones de pacientes y de vecinos, la Escuela Madrileña de Salud y otros profesionales expertos en las áreas temáticas identificadas.

**LA3.6 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Recomendar y prescribir en todos los niveles del enfoque comunitario los accesos digitales de educación para la salud asincrónica fiable y segura específica para cada persona, grupo y colectivo de la que disponemos en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, bien ubicada dentro de la plataforma web de la Escuela Madrileña de Salud, en el Canal YouTube Salud Madrid y en otros organismos oficiales: cursos virtuales y video píldoras de cultura saludable, prevención y promoción de la salud.

**LA3.7 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Conocer y aprovechar los espacios de participación existentes en el territorio al que se ofrece cobertura asistencial, y promover la implicación de los profesionales de AP en dichos espacios.

#### **LA4 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM: Información fiable y segura digitalizada.**

**LA4.1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Recomendar y prescribir el acceso a los paquetes de información fiable y práctica según las necesidades específicas de salud del individuo, grupo y/o colectivo que es propia de la web autonómica de Atención Primaria y de la web de DGSP además de otras webs oficiales del ámbito nacional de Salud Pública y/o sectores.

**LA4.2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Desarrollar contenidos web acorde a las FAQ en consulta por grupo de población y temática e incluir la visión del ciudadano.

**LA5 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Generar espacios de encuentro y colaboración intersectorial e interdisciplinar que permitan compartir y debatir de temas de interés ciudadano y que impactan en su salud.

- Las siguientes acciones no están dentro de las líneas transversales de activación:

**L6 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Potenciar la participación y representación de los centros de salud en los espacios formales de participación de las zonas básicas de salud (Consejos, comisiones y mesas de salud).

**L7 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Facilitar la coordinación entre los centros de salud y otras entidades (centros educativos, ayuntamientos, asociaciones de vecinos...)



**L8 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Extender el abordaje biopsicosocial, el uso de modelo de salud y recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la práctica habitual de los profesionales de AP, tanto en la promoción de la salud como en el abordaje de la enfermedad, especialmente en personas con problemas de salud crónicos o en situación de vulnerabilidad, facilitando el trabajo multidisciplinar e intersectorial.

**L8.1 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Desarrollar protocolos que guíen y sistematicen la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.

**L8.2 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Desarrollar un visor de activos en salud que facilite a los profesionales de Atención Primaria la prescripción de activos de salud en la consulta individual, familiar, grupal y/ o colectiva.

**L8.3 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Integrar las prescripciones y recomendaciones de activos en la historia clínica electrónica de la población que les permita tener un seguimiento de las mismas.

**L9 OD\_ EJE 4 ESC\_AP\_CM:** Adecuar la planificación de las agendas de los profesionales a la actividad derivada del enfoque comunitario en sus tres niveles.

## EJE 5 (E5). SALUD DIGITAL E INNOVACIÓN

En este eje se pretende contribuir al mantenimiento de un buen nivel de Salud Comunitaria de la población atendida desde los centros de salud a través de la integración de desarrollos digitales innovadores que faciliten la atención ofrecida por los profesionales de AP a la población de forma individual, familiar, grupal y colectiva a otros sectores de la comunidad.

Resaltando que, durante el desarrollo de las acciones establecidas de este eje, se tendrá en cuenta en todo momento y de forma continua, una alta sensibilidad sobre la "brecha digital" como determinante social de la salud, y de este modo, prevenir que las nuevas tecnologías repliquen las desigualdades que afectan a los más vulnerables en distintas condiciones, dependiendo de factores como localización geográfica de los hogares, nivel de ingresos y edad.



### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 5 DE LA ESC\_AP\_CM:

Crear un ecosistema digital sólido e innovador en materia de prevención y promoción de la salud ofrecido desde el primer nivel asistencial a favor de garantizar la aplicación de la triple IC99 con las personas, grupos y colectivos, y adecuar la atención a las exigencias de la sociedad actual, aplicando desarrollos de innovación orientados a las 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).



**Meta interna:**

Maximizar el valor de los procesos de prevención y promoción de la salud para un mejor desempeño y rendimiento desde los centros de salud, apoyando el trabajo de los y las profesionales y facilitando la comunicación interna entre CS, con otros niveles asistenciales y otros sectores que aseguren que realizamos una atención personalizada y participativa.

**Meta externa:**

Implicar y capacitar a las personas, grupos y colectivos en el control de su enfermedad y cuidado de su salud y facilitar su relación con los centros de salud promoviendo su participación y fomentando su corresponsabilidad.

**ACCIONES OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:**

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de establecer acciones transformadoras de las tecnologías digitales dirigidas a las personas, profesionales de los CS, y a otros sectores conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Acciones orientados a la dotación de soportes tecnológicos y de la adecuación de las instalaciones para poder desarrollar las líneas de activación de la educación grupal y comunitaria descritas en el eje 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Dotación de dispositivos, sistemas tecnológicos y de servicios de mantenimiento apropiados para hacer prevención y promoción de la salud en formato digital en las áreas comunes de los centros de salud.

**A1.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Dotación de dispositivos, sistemas tecnológicos y de servicios de mantenimiento apropiados para hacer prevención y promoción de la salud en formato digital en las áreas específicas de formación para grupos y colectivos de los centros de salud.

**A2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Acciones orientados a desarrollos innovadores y de mejora en la herramienta de gestión digital de la educación para la salud grupal y comunitaria.

**A2.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Avanzar con el desarrollo de nuevos algoritmos para nutrir el asistente digital de apoyo al profesional.

**A2.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Integración de las bases de datos de otros sectores a las herramientas informáticas de AP para poder aplicar la triple IC con otros sectores (deporte, políticas sociales, asociaciones, juntas municipales...)

**A2.3. OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Trabajar en la integración de la información relativa a la actividad grupal y comunitaria realizada en la HCE de las personas atendidas en los CS.



**A2.4. OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Trabajar en el diseño de espacios digitales que faciliten la coordinación y colaboración entre las personas implicadas en los grupos de trabajo y en los talleres educativos realizados a la población atendida en los CS.

**A3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollo estructural y organizativo para dar el soporte material y humano necesario para el desarrollo de la transformación digital implícita en las 5 líneas de activación de la educación grupal y comunitaria y se pueda mantener a largo plazo.

**A3.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Iniciar procesos de licitación específicos para el desarrollo estructural y organizativo y dar el soporte material y humano necesario para el desarrollo de la transformación digital de las acciones de la ESC\_AP\_CM que lo precisen.

**A3.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Formación específica de desarrollo de habilidades en el manejo de cada una las nuevas herramientas informáticas.

**A3.3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Dotación de los recursos digitales necesarios para lo establecido en L1, L3 y L5 del eje 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A3.4 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Constitución de grupos de trabajo multidisciplinares e intersectoriales, coordinados por la CVS y CiTi de Salud Comunitaria, que buscan la participación ciudadana y de los profesionales de AP en el diseño de los contenidos educativos digitales a incluir en el apartado Cuide su Salud de la web de Atención Primaria.

**A3.5 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Crear un espacio específico de Salud Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria, tanto en la web como en la intranet corporativa de AP.

**A4 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a las 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa) y que incluyan la definición de condicionantes sociales y del entorno familiar en las Historia Clínica Electrónica (HCE).

**A4.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a la prevención de la enfermedad incluyendo los condicionantes sociales.

**A4.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a la predicción de eventos incluyendo los condicionantes sociales y del entorno familiar.

**A4.3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a hacer una atención más personalizada al individuo y a su familia.

**A4.4 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a La participación con vientos de triple IC99 de intervención comunitaria entre sectores.



**A5 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación tecnológica orientados a la triple IC99.

**A5.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Diseño de herramienta de Salud digital que permita integrar a la HCE de las personas, un módulo único de prescripción de activos en salud (MUPA) que facilite la atención personalizada teniendo en cuenta su entorno y los condicionantes sociales de la persona.

**A5.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos digitales necesario para la integración digital de los servicios y recursos de los sectores que se adhieran al compromiso intersectorial de acercar los recursos en salud de forma personalizada al entorno y condicionantes sociales de la persona.

**A5.3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollo digital necesario para visibilizar vía web o vía APP la planificación de oferta de plazas y periodos de preinscripción a talleres educativos grupales impartidos en los centros de salud de la Comunidad de Madrid y puedan inscribirse la población de forma autónoma.

**A6 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de innovación orientados a ayudar al profesional.

**A6.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Generar un banco de contenidos digitales en formato video píldora, Q&A, Podcast y otros.

**A6.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Mejorar los desarrollos del asistente digital EDU, también incluido en A1 de este mismo eje.

**A6.3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollo digital de nuevos canales de comunicación de resolución de incidencias digitales.

**A7 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos tecnológicos e innovadores, orientados a la gestión logística de los materiales educativos y divulgativos a entregar a la población y que tienen que estar en los centros de salud con control y seguimiento.

**A7.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM** Desarrollar el catálogo de petición digital de artículos y materiales de Atención Primaria necesarios para realizar intervenciones educativas y comunitarias.

**A7.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Publicar anualmente el listado de materiales educativos priorizados por grupo de población y ofertar su elaboración de forma certificada y remunerada.



**A8 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos de Salud Digital orientados al acceso directo de la población.

**A8.1 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Desarrollos digitales dirigidos a facilitar la auto preinscripción a los talleres de EpS por la propia persona. Bien sean recomendados desde su centro de salud o enviada invitación automática vía SMS o vía APP y o vía web por cumplir criterios de inclusión y exclusión clínicos y administrativos.

**A8.2 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Integración automática en la HCE del ciudadano de toda la información relacionada con el proceso de educación para la salud recibido tanto a nivel individual, como a nivel grupal y a nivel colectivo.

**A8.3 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Dotación digital dirigida a conocer el grado de satisfacción de la población al finalizar un taller de EpS grupal.

**A8.4 OD\_ EJE 5 ESC\_AP\_CM:** Integrar en "Mi Carpeta Salud" o APP u otro dispositivo de acceso del paciente, un módulo específico de Educación para la Salud personalizado a sus necesidades de salud y condicionantes sociales y familiares, que integre distintas funcionalidad, visores y canales de comunicación bidireccional con su centro de salud.

## EJE 6 (E6). FORMACIÓN Y CULTURA

En este eje se pretende contribuir al desarrollo de habilidades y capacidades para aplicar con la máxima calidad el enfoque comunitario en los tres niveles: individual, grupal y colectivo.



### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 6 DE LA ESC\_AP\_CM:

Garantizar que el mayor número de profesionales estén formados sobre el abordaje biopsicosocial desde la aplicación del enfoque comunitario a nivel individual, grupal y comunitario.

**Acciones OD\_ESC****Eje 6**

FORMACIÓN Y CULTURA

**ACCIONES OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:**

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de establecer planes formativos dirigidos a los profesionales de los CS conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Oferta de plan formativo anual que incluya cursos que aborden el enfoque comunitario en los tres niveles conforme establece la ESC\_ AP\_ CM en sus ejes 4 (centros de salud con enfoque comunitario) y 7 (investigación).

**A2 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Oferta de formación específica de competencias y habilidades en el manejo de las herramientas y desarrollos digitales conforme lo establecido en la ESC\_ AP\_ CM en su eje 5 (salud digital e innovación).

**A3 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Oferta de curso de formador de formadores de centros de salud con enfoque comunitario. Dirigido a los Responsables de Salud Comunitaria de los centros de salud.

**A4 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Difusión y fomento de la realización de los cursos formativos ofrecidos desde el Ministerio sobre abordaje biopsicosocial desde la consulta y educación para la salud grupal.

**A5 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Difusión y fomento de la realización de cursos formativos ofrecidos desde otras entidades y organización que aborden el enfoque comunitario que realizamos desde Atención Primaria.

**A6 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Desarrollar un foro comparte en red de asesoramiento en materia de implantación de la ESC\_AP\_CM.

**A7 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Ofertar formación específica del enfoque comunitario a implantar en los centros de salud conforme a lo establecido en la ESC\_AP\_CM a tutores y tutoras de grado de enfermería y a tutores y tutoras de residentes de medicina y enfermería de familia y comunitaria.

**A8 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Digitalización formativa normalizada, de los contenidos del enfoque comunitario, a implantar desde los centros de salud conforme a lo establecido en la ESC\_AP\_CM para uso formativo desde los centros de salud y desde las unidades docentes de Atención Primaria.

**A9 OD\_ EJE 6 ESC\_AP\_CM:** Oferta de inscripciones a conferencias informativas y formativas de los temas abordados y pilares que sustentan la ESC\_AP\_CM.



## EJE 7 (E7). INVESTIGACIÓN

La investigación en salud comunitaria comprende tanto a aquellas investigaciones que abordan el papel de la comunidad y de los contextos como determinante de la salud de los individuos, así como las investigaciones sobre procesos comunitarios, sus metodologías y marcos teóricos y la investigación orientada a resultados en salud. Promover esta investigación puede tener un papel relevante en el futuro desarrollo e implementación de políticas cuya finalidad sea mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud<sup>101 102</sup>.



### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 7 DE LA ESC\_AP\_CM:

Promover la investigación en salud comunitaria desde la atención primaria mediante estudios de investigación con metodologías mixtas que ayuden a mejorar la atención que se ofrece a la ciudadanía incorporando para ello la participación de la Comunidad.

#### Meta

Impulsar la investigación y la innovación en salud comunitaria desde Atención Primaria.



### ACCIONES OD\_ EJE 7 ESC\_AP\_CM:

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de promover la investigación en salud comunitaria desde la atención primaria, conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 7 ESC\_AP\_CM:** Incorporar la salud comunitaria como una de las líneas estratégicas de investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

**A2 OD\_ EJE 7 ESC\_AP\_CM:** Promover y apoyar el desarrollo proyectos con metodologías mixtas y con metodologías de investigación participación acción.

**A3 OD\_ EJE 7 ESC\_AP\_CM:** Incorporar la participación de la ciudadanía en algunos proyectos de investigación, fomentando que sea tanto en la priorización de las preguntas como en el codiseño de las propuestas, así como en las diferentes fases de desarrollo de la investigación.

**A4 OD\_ EJE 7 ESC\_AP\_CM:** Impulsar la evaluación del impacto en salud de los programas comunitarios y proyectos educativos implementados desde los centros de salud.

<sup>101</sup> S. March MS. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria RESUMEN Informe final [Internet]. 2008. Available from: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/resumen-finalpacap1.pdf>

<sup>102</sup> March S, Bauzá ML, Ruiz-Giménez JL, Soler M RM. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Comunidad. 2010;(12):6-10.



## EJE 8 (E8). FINANCIACIÓN

Una de las principales ventajas para poder dar respuesta a los ejes de la ESC\_ AP de la CM es contar con una buena estrategia financiera que faciliten la consecución de los objetivos de construir una estructura organizativa de Salud Comunitaria en AP y de integrar un nuevo ecosistema digital educativo y comunitario en los centros de salud y poder aplicar el enfoque comunitario a los tres niveles: individual, grupal y colectivo.

Este eje estratégico de financiación será determinante para mantener la accesibilidad a los centros de salud con enfoque comunitario y adaptarse a las necesidades y expectativas actuales de la población.

La ESC, está sujeta al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y a la financiación de la Unión Europea (Next Generation EU), aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021.



### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 8 DE LA ESC\_AP\_CM:

Garantizar una vigorosa estrategia financiera donde se pueda dar respuesta a los objetivos de construir una estructura organizativa de Salud Comunitaria en AP, de integrar un nuevo ecosistema digital educativo y comunitario en los centros de salud y poder aplicar el enfoque comunitario a los tres niveles: individual, grupal y colectivo.

### Meta

Garantizar que desde los CS se puede realizar prevención y promoción de la salud en los tres niveles del enfoque comunitario.



### ACCIONES OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de establecer una óptima gestión presupuestaria conforme a la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:** Desglosar y garantizar que la cuantía específica para el desarrollo de las iniciativas de los ejes que tienen presupuesto específico confirmado del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y a la financiación de la Unión Europea (Next Generativos EU).

**A1.1 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:** Dotar de presupuesto específico necesario para fomentar y apoyar el plan de comunicación y difusión científica, publicaciones y estudios de investigación conforme al EJE 1 y 7 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.2 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:** Dotar de presupuesto específico necesario para conformar estructuralmente el área de Salud Comunitaria de Atención Primaria conforme al EJE 2 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.3 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:** Dotar de presupuesto específico necesario para desarrollar el ecosistema digital necesario conforme al EJE 5 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.4 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM:** Dotar de presupuesto específico necesario para desarrollar los planes de formación continuada conforme al EJE 6 de la ESC\_AP\_CM.

**A2 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM** Desglosar y garantizar que la cuantía del posicionamiento económico específico para el desarrollo de las iniciativas de los ejes que tienen presupuesto específico solicitado sin confirmar dentro del Presupuesto específico de Atención Primaria.

**A3 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM** Incluir objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión de cada equipo de AP sobre los tres niveles de orientación comunitaria descritos en el EJE 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A4 OD\_ EJE 8 ESC\_AP\_CM** Establecer criterios de incentivación económica y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.

## EJE 9 (E9). EVALUACIÓN.

A la evaluación propia que característica cualquier fase de evaluación de una estrategia, le vamos a añadir la evaluación del impacto en salud, que comienza a ganar protagonismo, y es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas para analizar una norma, plan, programa o proyecto, en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos<sup>103</sup>, de modo que se minimicen los impactos negativos y se maximicen los positivos, a la vez que se fomenten las acciones que tengan un impacto positivo en salud y se minimicen las que se asocian a un impacto negativo.

En este eje se pretende contribuir a hacer seguimiento y monitorización de las metas marcadas, de forma anual para los indicadores de estructura y ciertos procesos, y de forma bianual para los indicadores de resultados en impacto de salud, puesto que aún hay mucho que hacer.

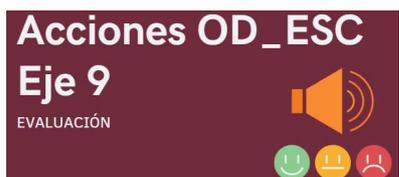
<sup>103</sup> 10 European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. 1999. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels.





### OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 9 DE LA ESC\_AP\_CM:

Garantizar el control, seguimiento, implantación y mejora del desarrollo de todos los ejes de la ESC\_AP\_CM en tiempo y cumpliendo los requerimientos de transparencia del uso de los fondos europeos.



### ACCIONES OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:

A continuación, se muestran las acciones propuestas para la consecución del objetivo de establecer una evaluación sistemática de las acciones propuestas en todos los ejes de la ESC\_AP\_CM.

**A1 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Desarrollar un cuadro de mando específico digital para la evaluación de las acciones de los ejes de la ESC\_AP\_CM.

**A1.1 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Cuadro de mando específico digital diseñado con distintos perfiles de visualización para los profesionales y conocer el grado de enfoque comunitario aplicado a nivel personal y global desde los centros de salud de la CM.

**A1.2 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Diseño e incorporación de indicadores de medida conforme a lo establecido en la ESC\_AP\_CM.

**A1.3 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Incorporación en todos los CME (cuadros de mando específico) las intervenciones comunitarias (IC) de sensibilización ciudadana/alfabetización en salud realizadas a nivel de CIPA (Código de Identificación Personal Autonómico) conforme a lo establecido en el eje 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.4 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Incorporación en todos los CME las intervenciones de EpS realizadas a nivel de CIPA conforme a lo establecido en el eje 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A1.5 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Incorporación en todos los CME el CIPA que ha recibido prescripción de activo de salud conforme a lo establecido en el eje 4 de la ESC\_AP\_CM.

**A2 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Compromiso de publicación de los resultados de la ESC\_AP\_CM.

**A2.1 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Diseño web del espacio de seguimiento y monitorización de la ESC\_AP\_CM.

**A2.2 OD\_ EJE 9 ESC\_AP\_CM:** Cronograma de la publicación de evaluaciones.



**ANEXO I. PROPUESTA DE INDICADORES COMUNES**

En la siguiente tabla se muestra la propuesta de indicadores comunes establecidos en el grupo de trabajo de Salud Comunitaria establecido dentro del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y la evaluación de las Estrategias de Salud Comunitaria a nivel nacional y autonómico<sup>104</sup>.

**Relación de códigos:**

Tipo E: serán los indicadores de estructura.

Tipo P: serán los indicadores de proceso.

Tipo R: serán los indicadores de resultado.

LÍNEA DE ACCIÓN	APARTADO	INDICADOR	TIPO	ÁMBITO
<b>Planificación</b>	Planificación	Porcentaje de CS que han realizado reversión de la ESC desarrollada una Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria en línea con el documento "recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico"	E	Nacional-Plan de Acción AP
		Publicación de la orden ministerial por la que se actualice la cartera de servicios comunes de atención primaria del SNS	E	Nacional-Plan de Acción AP
<b>Medidas organizativas</b>	Cartera	Porcentaje de CCAA que tienen implantada la cartera de servicios autonómica de atención comunitaria	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Evaluación anual del cumplimiento del Servicio Común de Atención Comunitaria tras la publicación de la orden	R	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Grupos de Coordinación en Salud Comunitaria a nivel autonómico constituidos y activos	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
	Coordinación	Porcentaje de centros de salud por CCAA que participan en consejos de salud/comisión de salud comunitaria de la zona básica de salud, barrio u otra delimitación territorial de cercanía/u otras estructuras de coordinación.	E	Nacional-Plan de Acción AP

104

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones\\_estrategia\\_salud\\_comunitaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf)



		Porcentaje de centros de salud por CCAA en los que hay designada una persona de referencia en salud comunitaria para la coordinación de las funciones de los tres niveles de la orientación comunitaria en el equipo de AP, con tiempo explicitado para este trabajo.	E	Nacional-Plan de Acción AP
<b>Niveles de orientación comunitaria</b>	Nivel 1. Individual y familiar	Porcentaje de Equipos de AP que disponen de herramientas (protocolos y mapas) que orienten la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios	P	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
	Nivel 2. Grupal	Porcentaje de Equipos de AP que planifican y ofrecen talleres de educación para la salud grupal con enfoque de determinantes sociales de la salud	R	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
	Nivel 3. Colectivo	Porcentaje de CCAA que cuentan con regulación, mediante normativa, de los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o la comisión de salud comunitaria de la zona básica de salud, o barrio u otra delimitación territorial de cercanía	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Porcentaje de Equipos de AP con profesionales participando en acciones comunitarias	R	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
<b>Recursos y herramientas</b>	Formación	Porcentaje de profesionales y por categoría profesionales de los equipos de AP que realiza la formación online en abordaje biopsicosocial	P	Nacional-Plan de Acción AP
		Porcentaje de profesionales y por categoría de los equipos de AP que realiza formación en acción comunitaria	P	Nacional-Plan de Acción AP
		Guía Didáctica en Acción Comunitaria publicada	P	Nacional-Plan de Acción AP
		Porcentaje de CCAA que realizan formación de formadores en acción comunitaria incluyendo una parte de formación práctica en competencias y habilidades.	P	Nacional-Plan de Acción AP
	Agenda	Porcentaje de Equipos de AP que han modificado las agendas para incluir las actividades de la estrategia de salud comunitaria.	R	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Porcentaje de CCAA que enlazan a mapas o herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos	E	Nacional-Plan de Acción AP



	Historia digital	comunitarios desde la Historia de Salud Digital, así como los desarrollos tecnológicos necesarios.		
		Documento elaborado de consenso sobre definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.	P	Nacional-Plan de Acción AP
		Desarrollos aplicativos realizados para incluir en la historia de salud digital el registro de los condicionantes sociales y del contexto familiar y comunitario consensuados	P	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
	Investigación	Porcentaje de CCAA con mecanismos de promoción y difusión de la investigación en salud comunitaria, con la participación de la ciudadanía y convocatorias específicas	P	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
<b>Presupuesto específico</b>	Presupuesto	Total de presupuesto anual asignado a la Estrategia de Salud Comunitaria en la CCAA desglosado por capítulos.	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Total de presupuesto anual asignado a la Orientación a la Salud Comunitaria por Ministerio de Sanidad desglosado por capítulos.	E	Nacional-Plan de Acción AP
		Porcentaje de CCAA que incluyen objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión de cada equipo de AP sobre los tres niveles de orientación comunitaria y sobre participación ciudadana	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria
		Porcentaje de CCAA que establecen incentivos económicos, de horario y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.	E	CCAA-Estrategia de Salud Comunitaria

<sup>1</sup> [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.injuve.es/eu/observatorio/infotecnologia/no-88-juventud-y-nuevos-medios-de-comunicacion>



**ANEXO II. MAPA DE LINEAS DE ACTIVACIÓN GRUPAL**

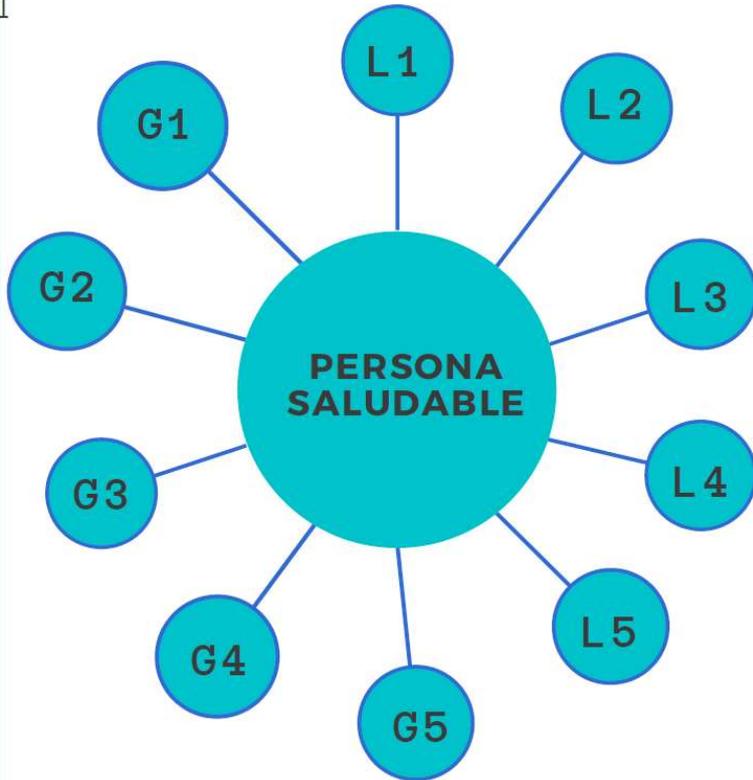
Mapa de Líneas activación grupal comunitaria por etapas vitales y vulnerables.

**5 GRUPOS PRIORIZADOS**

- G1 Infancia.
- G2 Adolescencia y Juventud.
- G3 Persona Adulta.
- G4 Etapas vulnerables
- G5 Personas Mayor

**5 LÍNEAS DE ACTIVACIÓN**

- L1 Sensibilización ciudadana.
- L2 Programas integrales promotores de salud.
- L3 Educación para la Salud.
- L4 Información fiable y práctica de vida saludable.
- L5 Espacios de encuentro y colaboración.



Mapa de Líneas de activación

**5 GRUPOS PRIORIZADOS**

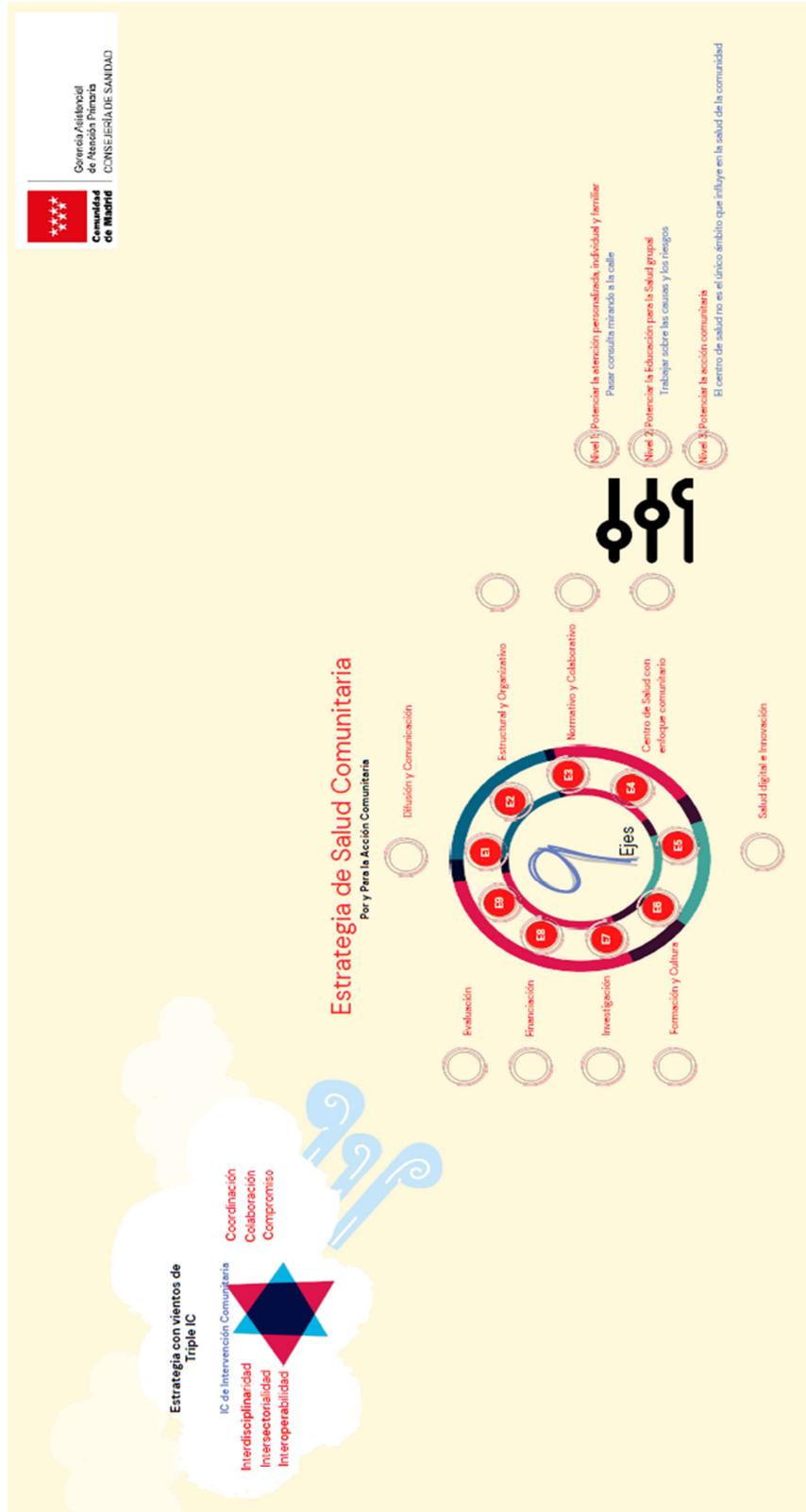
- G1 Personas cuidadoras NIA.
- G2 Personas con DM.
- G3 Personas con EPOC.
- G4 Personas Mayores Frágiles o deterioro funcional.
- G5 Personas con IC/HTA.

**5 LÍNEAS DE ACTIVACIÓN**

- L1 Sensibilización ciudadana.
- L2 Programas integrales promotores de salud.
- L3 Educación para la Salud.
- L4 Información fiable y práctica de vida saludable.
- L5 Espacios de encuentro y colaboración.



ANEXO III. LOS 9 EJES ESTRATÉGICOS





**Comunidad  
de Madrid**