



**amasap**  
asociación madrileña de salud pública

**Diez propuestas de salud pública  
para la Comunidad de Madrid**

**AMaSaP  
2019 - 2023**



## INTRODUCCIÓN

En el año 2014, varios grupos de trabajo de expertos convocados por la **Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP)** elaboraron una serie de medidas para la Comunidad de Madrid, recogidas en el informe "**La Salud Pública Que Queremos**" (**SPQQ**). Algunas de ellas se pusieron en marcha, como la creación de la Dirección General de Salud Pública, pero la mayoría de las propuestas no prosperaron. Teniendo en cuenta las recomendaciones de dicho informe, consideramos que **en los próximos años** deberían fortalecerse las **funciones esenciales de salud pública de inteligencia sanitaria** (sistemas de información, vigilancia epidemiológica, y alertas sanitarias y respuesta rápida), las estrategias **de intervención** (protección, promoción y prevención) y las **funciones facilitadoras** (de buen gobierno, sostenibilidad, capacitación, abogacía e investigación).

Este año 2019 de elecciones autonómicas y municipales, AMaSaP quiere transmitir la idea de que los poderes públicos tienen una responsabilidad importante en la salud de la población y que la población tiene que considerar su voto en relación con propuestas específicas encaminadas a mejorar el nivel de salud de la comunidad.

Es necesario garantizar la financiación del sistema nacional de salud, con accesibilidad universal, equitativa y de calidad. Sin olvidar la importancia de reforzar la atención primaria y la salud pública como elementos esenciales de todo el sistema sanitario. La salud de la personas no solo depende de la asistencia sanitaria, sino que está determinada de forma importante por las condiciones de vida y los entornos sociales y económicos, por lo que las medidas puntuales de salud deben ir acompañadas de estrategias de reducción de desigualdades sociales (territoriales, de género, clases sociales, etnia, etc.). Es necesario asimismo reorientar e implantar políticas de sanidad ambiental contra el cambio climático, que ya supone una gran amenaza para la salud de la población.

Con estas premisas, e independientemente del gobierno que se forme tras las elecciones, desde AMaSaP proponemos para los próximos años una serie de **medidas prioritarias y factibles** de salud pública que, **basadas en la evidencia científica, mejorarán la salud de la población y de las personas.**

## I. LUCHAR CONTRA LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD

### 1. Instaurar un impuesto a las bebidas azucaradas.

El consumo de bebidas azucaradas es un factor de riesgo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular (ECV). El impuesto a las bebidas azucaradas se ha demostrado efectivo para reducir su consumo, también en Cataluña, donde ha tenido una buena aceptación. Los expertos y la OMS reclaman su aplicación. Los ingresos del impuesto serán destinados a facilitar el acceso a una alimentación saludable, con especial atención a los grupos más vulnerables. Este impuesto debería acompañarse de subvenciones o bajadas de impuestos para alimentos como frutos secos, cereales integrales, frutas y verduras, y de campañas para la promoción del consumo de fruta y verdura en población infantil y juvenil.

### 2. Promover la oferta de productos saludables en máquinas expendedoras de los centros de las administraciones públicas. En los centros escolares, deportivos, sociales y sanitarios no se ofertarán productos no saludables, por coherencia institucional y para garantizar el derecho de menores y pacientes a un entorno alimentario saludable.

La oferta de productos en máquinas expendedoras se asocia con su mayor consumo y con el riesgo de obesidad cuando estos no son saludables. La población infantil y los pacientes tienen derecho a un entorno alimentario saludable. Además, en colegios, centros sociales, deportivos y sanitarios, por coherencia institucional, no se deberían ofertar productos no saludables. Esta medida debería enmarcarse en una política de compra pública alimentaria con criterios de sostenibilidad, salud y desarrollo rural.

### 3. Regular la publicidad de alimentos y bebidas en horario infantil por televisión y en el resto de los medios, aplicando el perfil de la OMS diseñado para tal fin.

La publicidad alimentaria se asocia con hábitos alimentarios menos saludables. Las políticas estatutarias que la regulan se han mostrado efectivas, mientras que la autorregulación no funciona. Los menores constituyen una población especialmente vulnerable que tiene derecho a un entorno libre de publicidad perjudicial para la salud.

### 4. Aumentar al menos a tres horas lectivas la educación física en primaria y secundaria.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, la OMS recomienda que aquellos, entre 5 y 17 años, inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. La actividad física diaria deberá ser, en su mayor parte, aeróbica por lo que convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas. En la actualidad en la Comunidad de Madrid, en Primaria son obligatorias 2,5 h. semanales de educación física y en la ESO y Bachillerato 2 h. semanales.

### 5. Desarrollar campañas, sostenidas en el tiempo, en medios de comunicación social dirigidas a promover la actividad física y combatir el sedentarismo en adolescentes y otros colectivos específicos de alto riesgo (ej. Empleados públicos, conductores, etc.)

Durante la transición a la adolescencia, aparecen diferencias de género en relación con la actividad física. La cantidad de actividad física realizada por las chicas tiende a disminuir de manera importante en comparación con la de los chicos, y la disparidad persiste hasta la edad adulta. La proporción de jóvenes que no practicaron actividad física vigorosa al menos 3 veces a la semana es del 42,2% en las chicas y el 16,1% en los chicos. Hay que mantener los esfuerzos para aumentar la actividad física en la adolescencia y prevenir su reducción en la vida adulta.

### III. LUCHAR CONTRA LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y CAMBIO CLIMÁTICO

#### I. Promover y apoyar las medidas dirigidas a reducir la contaminación atmosférica. Promover el transporte público, reducir el uso del tráfico privado y fomentar el transporte activo (caminar, uso de la bicicleta).

Tanto la reducción de la contaminación atmosférica como la mitigación del cambio climático son medidas muy beneficiosas para la salud de la población. La OMS ha considerado que la contaminación atmosférica es el principal riesgo ambiental contra la salud en 2019. La Comunidad de Madrid sufre una contaminación atmosférica importante por el tráfico de vehículos a motor. La población infantil, los ancianos y las personas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares crónicas son las más sensibles a la contaminación. La reducción de la intensidad del tráfico privado de vehículos por las ciudades propiciará de forma indirecta un aumento de la movilidad activa, principalmente a pie y en bicicleta y, por lo tanto, de la actividad física de los residentes, lo que podría contribuir a reducir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.

Todas las medidas que se utilicen para reducir la contaminación atmosférica también contribuirán a reducir los peligros del cambio climático, cuyas consecuencias sobre la salud de la población a largo plazo pueden ser catastróficas

### III. SEGUIR COMBATIENDO EL TABAQUISMO

#### **1. Financiar la deshabituación tabáquica en el Servicio Madrileño de Salud para promover el abandono del consumo de tabaco usando el criterio de equidad.**

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública de la Comunidad de Madrid. Es importante sensibilizar a los fumadores para que dejen de fumar (consejo sanitario) y ayudar a los que quieran dejar de fumar (seguimiento, tratamiento farmacológico, grupos de ayuda). En 2017, en la Comunidad de Madrid, el 29,1% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (32,6% de hombres y 25,9% de mujeres).

#### **2. Reforzar el control y las inspecciones de las terrazas de hostelería en relación con el consumo de tabaco para garantizar el cumplimiento de la ley.**

La exposición pasiva al humo del tabaco se asocia en adultos a infarto de miocardio y a cáncer de pulmón, y en población infantil a enfermedades respiratorias. La ley establece que no se puede fumar en lugares públicos si cuentan con más de dos paredes, fundamentalmente en terrazas cerradas. Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), en la Comunidad de Madrid la exposición pasiva al tabaco en terrazas, discotecas, bares y cafeterías continúa en niveles elevados y con tendencia al repunte. Así, refieren un ambiente bastante cargado o muy cargado en bares y cafeterías el 8,9% de la población en 2017 frente a un 5,2 en 2011, justo recién estrenada la ley. Un estudio reciente de la Universidad de Alcalá en 200 terrazas de Madrid encontró que el 95,1% incumplía la ley al permitir fumar en ellas y en el 78,2% los hosteleros habían habilitado espacios a la puerta de sus negocios para fumar.

#### **3. Realizar campañas de prevención del inicio de consumo de tabaco en medios de comunicación social, escuela y entornos comunitarios.**

La industria tabacalera realiza una gran inversión publicitaria dedicada a la captación de nuevos fumadores entre la población infantil y adolescente. Es necesario reforzar el mensaje de que lo normal es NO FUMAR desde los primeros años de la vida. Fumar produce adicción y es muy perjudicial para la salud. En 2017, en la comunidad de Madrid, del total de jóvenes de 15-6 años, el 6,9% fumaba diariamente, y el 7,85 alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de 14,7% de fumadores habituales. La prevalencia es similar en chicos y chicas.

## IV. PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

### 1. Intensificar las medidas de inspección y control de la promoción y venta de bebidas alcohólicas para luchar contra el incumplimiento reiterado de la normativa

La exposición a publicidad del alcohol se asocia con un aumento de la probabilidad de que los menores empiecen a beber alcohol o a aumentar su consumo si ya beben. Esto es un efecto importante porque las personas que comienzan a beber pronto son más propensas a convertirse en consumidores de atracones y bebedores de riesgo. Además, el consumo de alcohol en menores de edad se asocia con problemas educativos y comportamiento violento. La relación entre *marketing* y el consumo de alcohol infantil no proporciona directamente evidencia de que limitar la comercialización reducirá el consumo, pero la evidencia es suficiente para apoyar las políticas que reducen la exposición a la publicidad. Valorar la necesidad de legislar sobre publicidad en actos donde accedan menores y evitar colaborar con instituciones que reciban financiación de la industria del alcohol.

En la Comunidad de Madrid, globalmente, el 4,5 % de los jóvenes fueron clasificados como bebedores a riesgo, el 39,3 % como bebedores moderados y el 56,2 % como no bebedores. La proporción de bebedores a riesgo fue notablemente superior en mujeres (6,4 %) que en hombres (2,6%), y un poco inferior a los 15 años (3,5%) comparado con los 16 años (3,8%).

### 2. Difundir en atención primaria el cribado y la intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol

Existe una evidencia adecuada sobre la buena sensibilidad y especificidad de los instrumentos de cribado para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. La prueba AUDIT y su versión reducida el AUDIT-C son los más adecuados para ser utilizados en atención primaria considerando sensibilidad y especificidad, así como carga de trabajo y restricciones de tiempo. Estas pruebas han sido validadas en España y han demostrado una sensibilidad y especificidad similar en la detección de bebedores de riesgo. El cribado, es más costo-efectivo que los marcadores bioquímicos y entrevistas clínicas; así mismo el cribado por sí sólo es efectivo en la reducción del consumo.

En cuanto al consejo o intervención breve, actualmente existe una fuerte evidencia de su efectividad en el contexto de la consulta de atención primaria sobre varios parámetros. La intervención breve en personas que presentan consumo de riesgo de alcohol ha demostrado ser efectiva reduciendo el consumo entre 2 y 5 UBEs (23 – 49g) por semana en adultos entre 18 y 65 años. En nuestro país, hay estudios que aportan datos de reducción del consumo de hasta 16 UBEs semanales al año de la intervención. Por otra parte, la intervención breve reduce otros problemas relacionados con el alcohol como las lesiones, el consumo de recursos asistenciales y la mortalidad. La Organización Mundial de la Salud estima que la intervención breve desde atención primaria sobre el consumo de alcohol evita enfermedades y muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más coste-efectiva, sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco.

## V. SALUD Y MIGRACIÓN

### 1. Garantizar el acceso real universal de la población migrante a la atención sanitaria

Disponer de una asistencia sanitaria universal, accesible y de calidad repercute de manera importante en la salud y en el bienestar de la población. Tras la aprobación del Real Decreto-ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, es necesario restablecer y avanzar en el modelo de un Sistema Nacional de Salud basado en el derecho a la salud como un derecho de ciudadanía, que unifique a todas las personas en su derecho de acceso al sistema sanitario.

Se deberían tomar medidas encaminadas a la entrega inmediata de la tarjeta sanitaria a todas las personas con permiso de residencia; devolver la cobertura sanitaria a las personas de nacionalidad española que salen del territorio español durante más de 90 días; ampliar las formas de acreditación de la residencia efectiva más allá del empadronamiento para obtener el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria; eliminar el requisito de los 90 días de estancia para reconocer la residencia efectiva; terminar con las facturaciones y los compromisos de pago en los servicios de urgencias.

## VI. PREVENIR LAS INFECCIONES POR EL VIH

### 1. Implantar la oferta rutinaria de la prueba de diagnóstico de VIH en atención primaria.

La oferta rutinaria de la prueba de VIH dirigida a la población general en las consultas de atención primaria constituye una estrategia más de prevención, que, junto con las pruebas rápidas en farmacias, centros de infecciones de transmisión sexual y centros comunitarios, o la oferta dirigida a poblaciones vulnerables, contribuyen a disminuir la proporción de personas no diagnosticadas. Estas medidas facilitan el tratamiento precoz, ahorran costes y mejoran la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.

Cada año se diagnostican más de 1000 nuevas infecciones por VIH en la Comunidad de Madrid, la tendencia se mantiene sin observar una disminución clara en su incidencia, al tiempo que se aprecia un aumento en la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual. Una cuarta parte de los diagnósticos se hacen en fase avanzada de la enfermedad. Se observa retraso diagnóstico mayor en personas nacidas fuera de España, a mayor edad de diagnóstico y cuando la vía de transmisión es el uso de drogas inyectadas y las relaciones heterosexuales.



## VII. PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

### **1. Incluir la perspectiva de género en todos los planes y programas de salud pública.**

La incorporación de una perspectiva de género en salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas (OMS).

Las relaciones entre género y salud están avaladas por numerosos estudios en el campo de la salud pública y epidemiología, así como en el ámbito de las ciencias sociales. El enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de la existencia de diferencias y de desigualdades entre hombres y mujeres en relación con la salud. Por ello incluir el enfoque de género, es decir, tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en las políticas sanitarias, planes y programas es fundamental para lograr la equidad en salud.

### **2. Promover en el ámbito educativo de manera transversal en todos los ciclos educativos las relaciones igualitarias y de buen trato**

Para prevenir la violencia entre los más jóvenes, su educación tanto en las familias, como en las escuelas debe estar basada en la igualdad y en el respeto entre los hombres y las mujeres, ya desde la infancia, y no reproducir modelos machistas de relación.

La violencia contra las mujeres constituye un importante problema de salud pública con graves consecuencias sobre su salud, y en la de sus hijas e hijos. Es necesaria la implicación de múltiples sectores para conseguir su erradicación.

Hoy en día, al intolerable número de mujeres asesinadas se suma el hecho de que los jóvenes y adolescentes continúan expuestos, sin saberlo, a factores de riesgo que facilitan y perpetúan relaciones violentas. En el ámbito educativo se siguen reproduciendo modelos donde lo masculino predomina sobre lo femenino y se justifica la resolución de conflictos de manera agresiva. Esto hace que ya desde la infancia se manifieste la desigualdad entre chicos y chicas.

### **3. Potenciar la formación de los profesionales de la salud en materia de desigualdades de género y salud.**

Incorporar la perspectiva de género en la formación, tanto en pregrado como en posgrado, de las y los profesionales de la salud es fundamental para contribuir a eliminar las desigualdades de género en salud y adquirir herramientas que faciliten su trabajo diario tanto en el diseño de programas como en la atención sanitaria directa.

Las desigualdades de género se evidencian al analizar tanto los distintos indicadores de salud de las poblaciones como los referidos a la atención prestada por el sistema sanitario y de atención social. Resulta de especial relevancia para diferentes profesionales sanitarios aprender a analizar e interpretar los determinantes de salud y los problemas de salud de la población teniendo en cuenta esta perspectiva.

## VIII. POR UNA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CONSENSUADA

### **1. Introducir la educación afectivo-sexual como materia curricular transversal durante toda la escolarización obligatoria siguiendo las recomendaciones de la OMS.**

Existe evidencia científica de que la educación afectivo-sexual y reproductiva, el acceso universal a la planificación y la financiación de anticonceptivos son las medidas más eficaces de prevención de embarazos no deseados, interrupciones voluntarias del embarazo e infecciones de transmisión sexual, sobre todo entre jóvenes.

### **2. Mejorar el acceso y valorar la gratuidad de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. Autorizar la prescripción y colocación de implantes anticonceptivos cutáneos (IMPLANON) en atención primaria.**

Más del 50% de las interrupciones voluntarias de embarazo en la Comunidad de Madrid se producen en menores de 30 años. Los métodos anticonceptivos de larga duración son los más eficaces y seguros y son los que tienen mejor relación coste-beneficio. Es una medida que ya se utiliza y se ha evaluado en los centros de planificación familiar juveniles sitios como el Reino Unido; y en nuestro país en Andalucía con buenos resultados en la prevención de embarazos no deseados.

## IX. MEJORAR LA SALUD MENTAL

### 1. Diseñar y desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades y problemas de salud mental más prevalentes.

Un sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental tendría el objetivo de conocer la magnitud de estos problemas para implantar medidas de prevención y control. Según el informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. Los trastornos por ansiedad, depresión y problemas del sueño son los más frecuentes en atención primaria. En los hombres, las mayores tasas de hospitalización las presenta el grupo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los problemas relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominan los trastornos por estado de ánimo.

### 2. Poner en práctica una estrategia de promoción y prevención en el campo de la salud mental.

La OMS en uno de sus últimos informes señala que la salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental. La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, al desempleo, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

## X. OPTIMIZAR LA DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

1. **Crear una Comisión Regional de Evaluación de los programas de detección precoz y prevención de cáncer (mama, colon y recto y cérvix) para vigilar su impacto en la salud de la población, evaluar en profundidad su calidad y aplicar estos resultados en su optimización.**

Hay evidencia científica de que el cribado sistemático de grupos seleccionados a través de programas poblacionales con un buen control de calidad puede reducir la morbilidad por cánceres de cérvix y colorrectal y la mortalidad por cánceres de cérvix, colorrectal y de mama. Estos programas requieren un seguimiento continuo con informes periódicos y de retroalimentación para asegurar que logran los beneficios deseados en la prevención de muertes prematuras por cáncer.

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos y la segunda causa de carga de enfermedad. En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer. El de colon y recto presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer.

**Finalmente**, consideramos que para los próximos años, será necesario seguir exigiendo el desarrollo de una serie de medidas de salud pública de carácter más institucional, que quedaron pendientes, dirigidas a:

- Elaborar un plan/estrategia de salud regional que incluya un plan de salud pública dotado presupuestariamente para llevarse a cabo.
- Aprobar una Ley de Salud Pública moderna e integradora.
- Financiar los servicios y programas de salud pública al nivel que se requiere para poder llevar a cabo adecuadamente las funciones esenciales en promoción de la salud, vigilancia y prevención de las enfermedades no transmisibles, que según la OMS suponen el 43% de la carga mundial de morbilidad. Se calcula que para el año 2020 esta cifra alcanzará el 60% y que esas dolencias serán la causa de un 73% de las muertes. Para ello será necesario recuperar los numerosos recursos humanos y los presupuestos perdidos en los años de la crisis.
- Desarrollo efectivo de una estructura de los servicios de salud pública territorial con presupuestos y recursos suficientes; con enunciado de objetivos, indicadores y evaluación de los resultados.
- Crear un órgano Coordinador Regional de salud pública para todas las administraciones.
- Facilitar y poner en marcha espacios de participación de la población en temas de promoción y prevención (como, por ejemplo, los consejos de salud).

***Por todo lo anterior, los profesionales de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP) instamos a los poderes públicos a apoyar y desarrollar estas medidas específicas que tienen el objetivo de mejorar la salud de la población. Y aprovechamos la ocasión para ofrecernos a colaborar en su valoración e implantación.***

Madrid, abril de 2019