

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

## Madrid



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN  
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



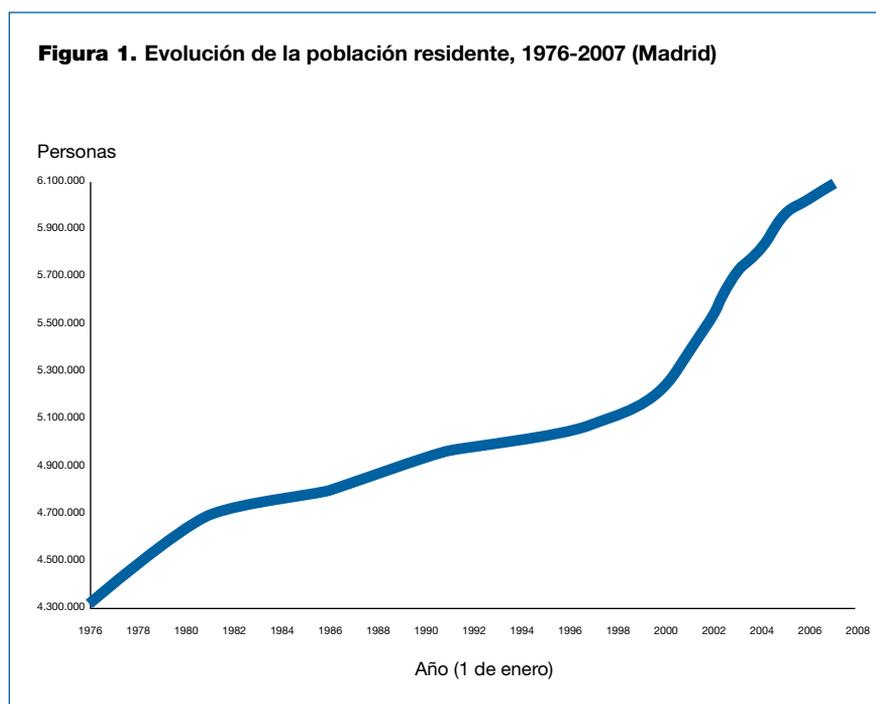
SaludMadrid

 Comunidad de Madrid

# Características socioeconómicas y demográficas de la población

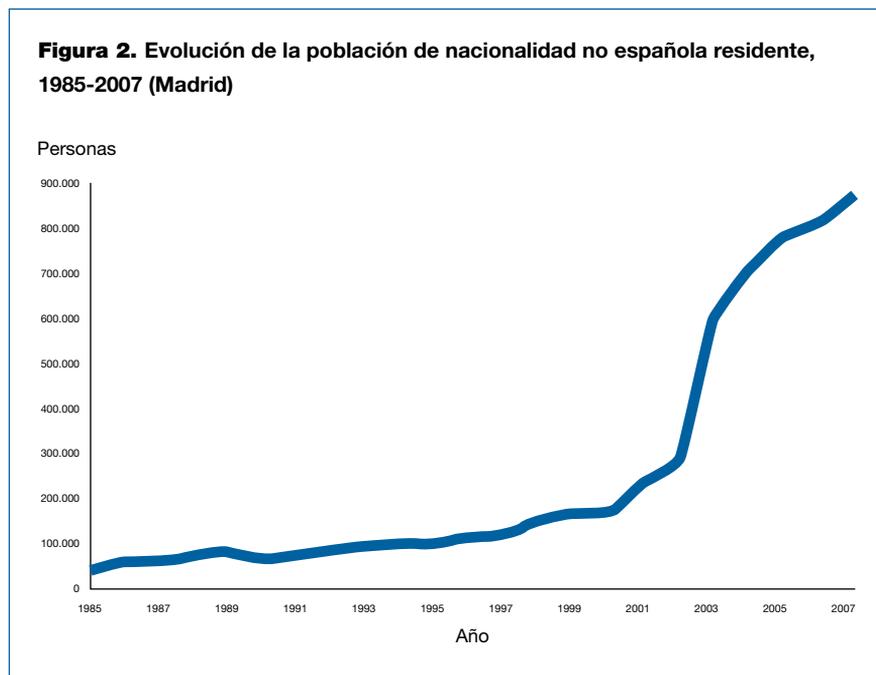
La Comunidad de Madrid contaba, a inicios del año 2007 (últimos datos oficiales del padrón continuo), con 6.081.689 residentes (fig. 1), lo que representa el 13,5 % de la población española. En el último censo de población (1 de noviembre de 2001), la cifra ascendía a 5,4 millones de personas y un millón menos (4,3) en 1975. A lo largo de 2006, la población madrileña creció en 73.500 personas (tasa de crecimiento anual del 1,2 %). En febrero de 2008, el registro de personas con derecho a la asistencia sanitaria pública asciende a 6.510.320 tarjetas sanitarias de residentes en la Comunidad de Madrid.

En 2006, último año disponible en las estadísticas del Movimiento Natural de la Población, nacieron 71.941 niños con residencia en la Comunidad de Madrid (1,37 hijos por mujer). En 1976, antes del inicio de la tendencia al descenso de la fecundidad, habían sido 93.279 (2,9 hijos por mujer) y se



redujeron a 47.006 en 1995 (1,13 hijos por mujer). Al incremento de nacidos vivos (NV) desde la segunda mitad de los años noventa del siglo pasado contribuyen tanto la creciente participación de los NV de madre no española (22,8 % del total en 2006) como el hecho de que actualmente se encuentren muy llenas las cohortes de las generaciones con edades de máxima fecundidad nacidas en los años setenta del siglo pasado. El calendario de la fecundidad de las mujeres madrileñas es muy maduro (media de edad en el momento de la maternidad de 31,93 años en 2006: 32,94 en las madres españolas y 28,94 en las no españolas). Nueve de cada diez NV en 2006 son primeros o segundos hijos, por lo que apenas surgen nuevas familias numerosas.

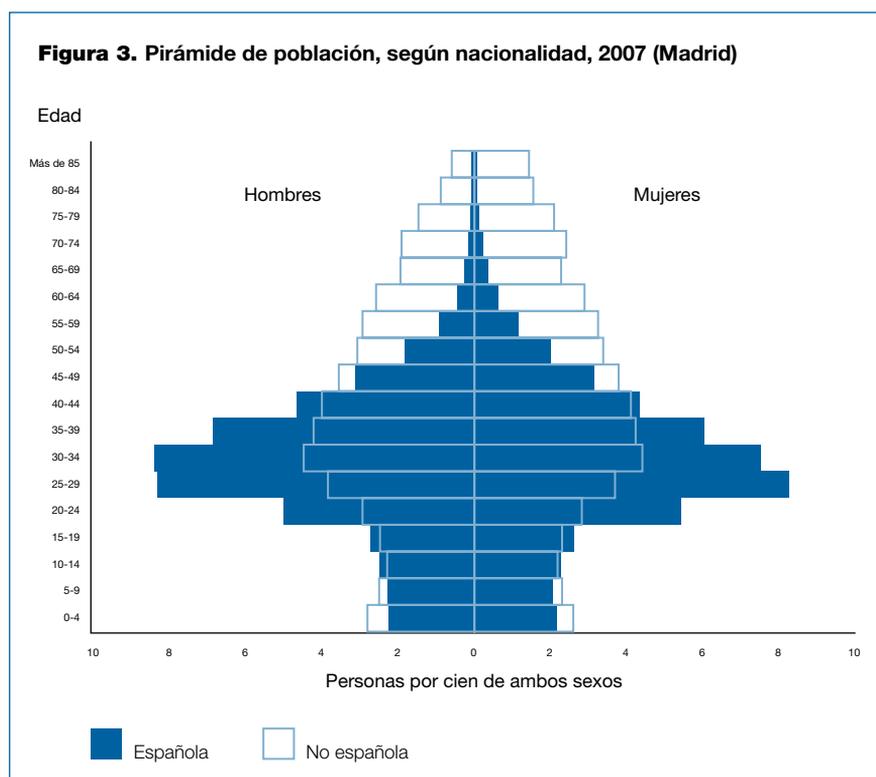
El reciente crecimiento de la población madrileña principalmente se ha debido a la llegada de personas de nacionalidad no española (fig. 2), cuyos flujos aumentaron significativamente desde el cambio de siglo. En el último año disponible (2006), el saldo neto con el extranjero fue de más de 137.000 personas (23.000 más que en el año anterior). El número de residentes no españoles en Madrid representa, a 1 de enero de 2007, el 14,3 % del total de habitantes de la comunidad autónoma (un punto porcentual más que un año antes) y su número absoluto (866.910) la constituyen en la provincia con más población de nacionalidad extranjera. Las procedencias con mayor presencia en Madrid



han variado respecto a 2006: por primera vez en muchos años, no son los ecuatorianos (140.000, 16,2 % de la población extranjera) la primera nacionalidad, sino los rumanos (149.000, 17,2 %), seguidos de marroquíes (7,9 %) y colombianos (7,2 %). Las entradas de ecuatorianos, mayoritarias durante los años 2000-2003, cayeron drásticamente a partir de 2004, pasando a ser la rumana la nacionalidad con mayor número de nuevos residentes en estos 3 últimos años, lo que la ha llevado al primer puesto de la lista por nacionalidades.

Así como el saldo migratorio con el extranjero fue positivo, la diferencia entre entradas y salidas por migración entre la Comunidad de Madrid y otras comunidades autónomas arrojó a lo largo de 2006 un balance negativo de 23.500 personas.

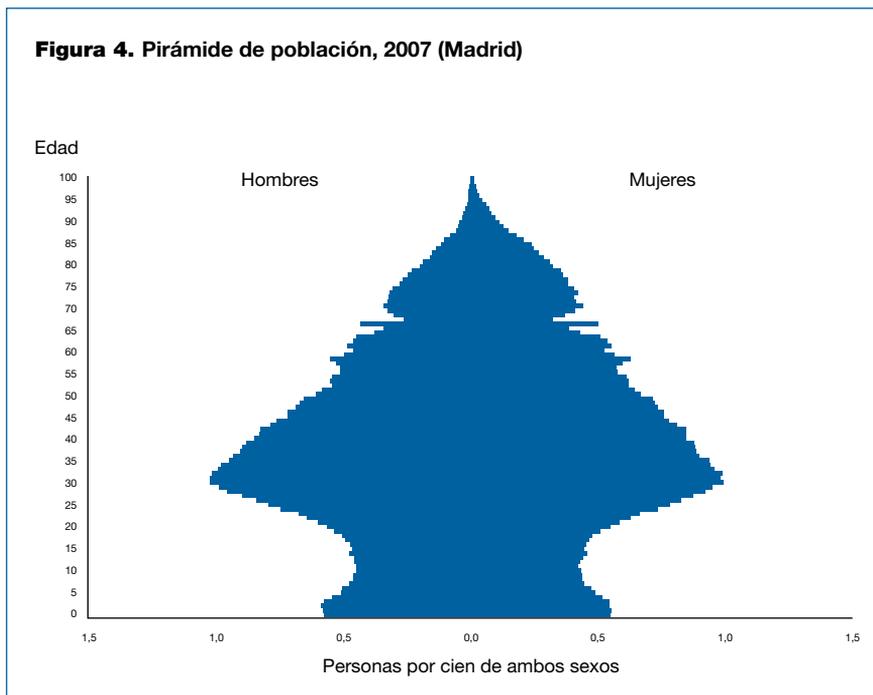
Los extranjeros que llegan a Madrid lo hacen mayoritariamente para trabajar y estudiar. En este sentido, sus características socioeconómicas los diferencian de los residentes no españoles de otras comunidades autónomas y provincias, donde una proporción importante de ellos se compone de jubilados europeos. Por esta misma razón, la estructura por edad es mucho más joven que la de los residentes de nacionalidad española, con el 71,7 % del total con edades comprendidas entre los 20 y los 49 años (fig. 3 y tabla 1).



**TABLA 1. Datos de población por sexo y edad según nacionalidad, 2007 (Madrid)**

Padrón continuo									
Años	Total			Hombres			Mujeres		
	Total	Española	No Española	Total	Española	No Española	Total	Española	No Española
0-4	322.807	283.406	39.401	165.753	145.694	20.059	157.054	137.712	19.342
5-9	287.668	249.153	38.515	147.896	128.113	19.783	139.772	121.040	18.732
10-14	274.853	232.758	42.095	140.792	119.126	21.666	134.061	113.632	20.429
15-19	296.423	249.194	47.229	151.606	127.818	23.788	144.817	121.376	23.441
20-24	390.345	299.042	91.303	196.677	152.879	43.798	193.668	146.163	47.505
25-29	535.894	391.527	144.367	270.764	198.518	72.246	265.130	193.009	72.121
30-34	601.539	462.723	138.816	305.707	232.737	72.970	295.832	229.986	65.846
35-39	551.659	439.064	112.595	277.871	218.260	59.611	273.788	220.804	52.984
40-44	500.220	421.021	79.199	247.699	206.888	40.811	252.521	214.133	38.388
45-49	437.534	382.561	54.973	211.324	184.220	27.104	226.210	198.341	27.869
50-54	369.212	335.179	34.033	174.429	158.477	15.952	194.783	176.702	18.081
55-59	341.592	322.816	18.776	160.810	152.663	8.147	180.782	170.153	10.629
60-64	296.393	286.371	10.022	138.419	134.394	4.025	157.974	151.977	5.997
65-69	226.083	219.713	6.370	103.397	100.859	2.538	122.686	118.854	3.832
70-74	228.225	224.056	4.169	99.431	97.793	1.638	128.794	126.263	2.531
75-79	187.021	184.383	2.638	75.743	74.680	1.063	111.278	109.703	1.575
80-84	129.662	128.251	1.411	46.447	45.951	496	83.215	82.300	915
Más de 85	104.559	103.561	998	29.013	28.723	290	75.546	74.838	708
Total	6.081.689	5.214.779	866.910	2.943.778	2.507.793	435.985	3.137.911	2.706.986	430.925

La distribución por edades de la población madrileña muestra los resultados de una dinámica demográfica caracterizada en las últimas décadas por fuertes cambios. De la pirámide por sexo y edad actual (fig. 4 y tabla 1) debe destacarse: el gran peso relativo de las edades adultas jóvenes (25-39 años), tanto por tratarse de cohortes de nacimiento muy llenas como por ser éstas las edades con mayor proporción de población inmigrante; el reciente ensanchamiento de su base, como consecuencia del cambio de tendencia desde 1998 en la evolución del número de NV, y la tendencia al envejecimiento (la población de 65 años o más es el 14,4 % del total en Madrid, a 1 de enero de 2007), que según las proyecciones vigentes proseguirá y se acelerará en los próximos años.



Tal y como apuntan las proyecciones demográficas oficiales, el proceso de envejecimiento resulta inexorable, incluso a pesar de la atenuación momentánea que representa el aporte de jóvenes por inmigración y del reciente aumento del número de nacimientos. En 1970, el grupo de edad de 65 años o más representaba menos del 8 % del total de la población madrileña mientras que los menores de 15 años sumaban más del 28 %. En 2007, ambos grupos son virtualmente iguales (14,6 % en menores de 15 años y 14,4 % en mayores de 64 años), por lo que el índice de envejecimiento (población de 65 años o más sobre población de 0-14 años) ha pasado del 28 % a casi el 100 %.

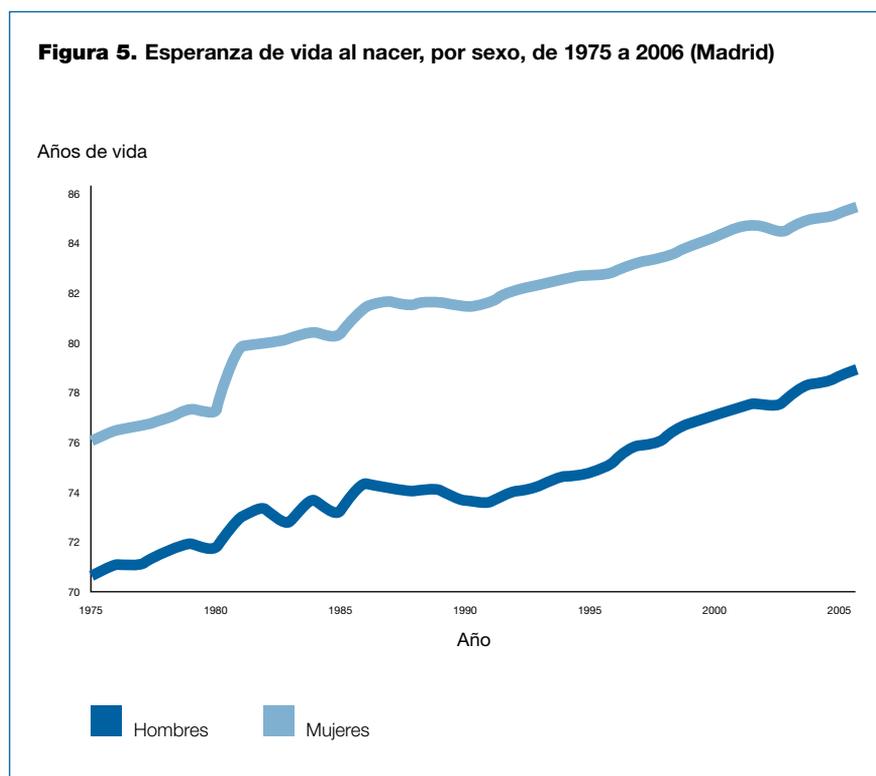
Tras superar por primera vez en la historia en marzo de 2007 la cifra de 3 millones de afiliados a la Seguridad Social, la Comunidad de Madrid se ha mantenido desde entonces por encima de esta cifra (3.049.473 de afiliados en diciembre de 2007, el 2,2 % más que un año antes). De ellos, alrededor del 14 % es de nacionalidad no española. Según los resultados de la Encuesta de Población Activa del último trimestre de 2007, 3.283.100 residentes en la Comunidad de Madrid mayores de 15 años se declaran activos, lo que implica una tasa de actividad del 63,9 % (72,7 % en hombres y 55,8 % en mujeres). De ellos, 209.400 se declaran en paro (tasa de paro del 6,4 %: 5,4 % en hom-

bres y 7,6 % en mujeres). La tasa de actividad de la Comunidad de Madrid se sitúa 4,78 puntos por encima de la de España y la de paro 2,22 puntos por debajo de la nacional. En diciembre de 2007, el Inem (Instituto Nacional de Empleo) tenía registradas 229.150 personas en búsqueda de empleo (18.000 más que en la misma fecha el año anterior).

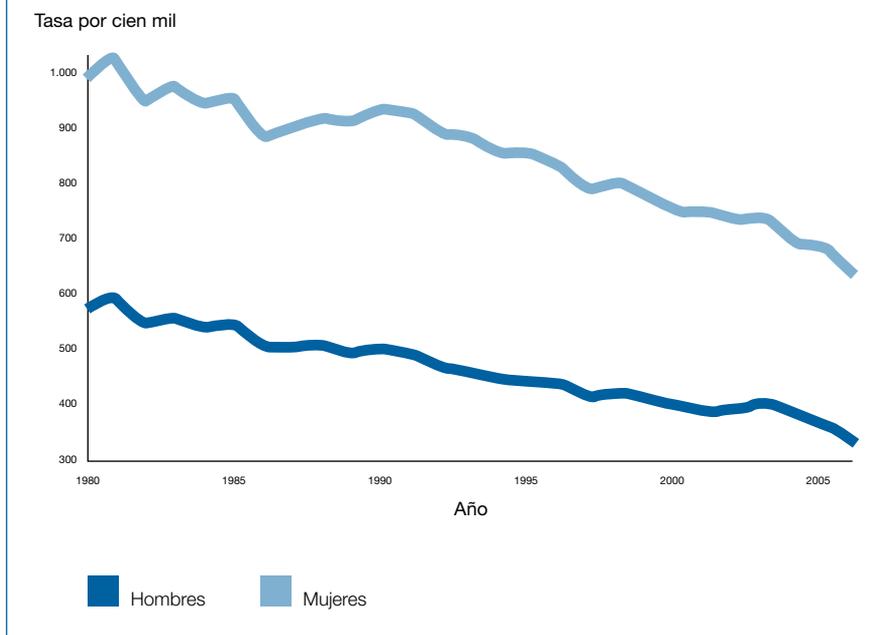
# Seguimiento del estado de salud de la población

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid era, en 2006 (cifras provisionales), de 82,34 años (85,45 para las mujeres y 78,87 para los hombres). En los últimos 25 años ha mostrado una clara tendencia ascendente (fig. 5) en consonancia con la evolución de notable mejora que ha seguido la mortalidad, como muestra la serie de tasas estandarizadas de mortalidad general (población estándar europea), que ha pasado de 736,8 por 100.000 en 1980 (979,2 en hombres y 569,3 en mujeres) a 460,3 por 100.000 en 2006 (632,3 en hombres y 334,7 en mujeres) (fig. 6).

La mortalidad infantil, con una tasa de 3,04 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006, sitúa a la Comunidad de Madrid entre las comunidades autónomas con mejores niveles de supervivencia en el primer año de vida.



**Figura 6. Tasas estandarizadas de mortalidad, por sexo (población estándar europea), de 1980 a 2006 (Madrid)**



Las primeras causas específicas de mortalidad en Madrid son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de pulmón. Entre las tres suman el 22,8 % del total de las defunciones en 2005. Si se compara la mortalidad y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), como indicador de la carga de enfermedad, las posiciones cambian (tabla 2) de forma que enfermedades que causan mucha discapacidad pasan a ocupar los primeros puestos: enfermedades neuropsiquiátricas, como la depresión (10,2 % del total de AVAD), las demencias (4,5 %) o el abuso de alcohol (4,7 %). Algunas enfermedades que apenas se certifican como causa de defunción, como las enfermedades de los órganos de los sentidos (5,5 % del total de AVAD) o las enfermedades osteomioarticulares (4,9 %) también cobran importancia desde la perspectiva de la carga de enfermedad.

**TABLA 2. Principales causas de mortalidad y carga de enfermedad. Proporciones sobre el total de defunciones y sobre el total de años de vida ajustados por discapacidad, 2005 (Madrid)**

Mortalidad	Porcentaje	AVAD	Porcentaje
Enfermedad CVC isquémica	9,8	Depresión unipolar	10,2
Enfermedad CVC cerebrovascular	6,9	Abuso de alcohol	4,7
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,1	Degeneración cerebral, demencia	4,5
Degeneración cerebral, demencia	4,8	Pérdida de audición	4,2
EPOC	4,6	Enfermedad CVC isquémica	3,8
Infecciones de las vías respiratorias bajas	4,4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3,4
Tumor maligno colon/recto	4,0	Artrosis	2,6
Tumor maligno de mama	1,9	EPOC	2,3
Tumor maligno de estómago	1,8	Enfermedad CVC cerebrovascular	2,3
Nefritis, nefrosis	1,7	Tumor maligno de colon/recto	2,0

AVAD, años de vida ajustados por discapacidad; CVC, cardiovascular; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La distribución por causa de defunción de la población de nacionalidad no española que vive en la Comunidad de Madrid difiere en alguna medida de la de los residentes de nacionalidad española (tabla 3). Para el quinquenio 2001-2005, junto con los tumores y las enfermedades circulatorias, aparecen en los extranjeros dos grupos de causas que entre los españoles tienen mucho menor proporción sobre el total de defunciones: las causas externas (23 % del total en no españoles por 3,4 % en españoles) y las mal definidas (8,6 % frente al 3,5 %, respectivamente). Es significativo que la primera causa de muerte de la lista reducida de la CIE-10 en hombres de nacionalidad no española sea justamente el paro cardíaco (una causa mal definida) y que las tres siguientes sean los accidentes de tráfico, la categoría de “otros accidentes” y los homicidios. Ajustando por edad, las causas externas son el único capítulo de la CIE (clasificación internacional de las enfermedades) en que la mortalidad de los no españoles es mayor que la de los españoles. Las tasas estandarizadas de mortalidad general (ajustadas con la población europea) de los extranjeros residentes en Madrid (2,99 por 1.000) son claramente menores que las de los españoles (5,22 por 1.000).

**TABLA 3. Principales causas de mortalidad según nacionalidad, entre 2001 y 2005 (Madrid)**

	Población no española (%)		Población española (%)
Tumores	23,6	Circulatorias	30,2
Causas externas	23,0	Tumores	28,7
Circulatorias	20,4	Respiratorias	13,8
Mal definidas	8,6	Digestivas	5,5

Durante 2007 se produjeron, según el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, 962.822 altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid (420.000 en hombres y casi 543.000 en mujeres). Las primeras causas de frecuentación hospitalaria fueron las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (capítulo de la clasificación internacional de enfermedades [CIE], que pese a su título incluye el parto sin complicaciones) con el 12 % y los tumores con el 11,8 %. Le siguieron las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (10,6 %), las enfermedades del aparato digestivo (10,0 %), las enfermedades del aparato circulatorio (8,7 %) y las enfermedades del sistema respiratorio (8,1 %).

Del total de personas registradas en la base de datos de tarjeta sanitaria individual de la Comunidad de Madrid a finales de 2006, el 66,4 % acudió a los centros de atención primaria al menos una vez durante dicho año (60,3 en hombres y 71,9 en mujeres). Las causas de consulta son diferentes según la nacionalidad: las más frecuentes en españoles son las infecciones respiratorias agudas de vías altas, la hipertensión no complicada, el colesterol elevado o las infecciones intestinales inespecíficas. En los extranjeros, junto con las citadas, aparecen como igualmente frecuentes los episodios de signos y síntomas lumbares, la cistitis e infecciones urinarias, las laceraciones y heridas incisivas y la contracepción oral.

Se presentan a continuación algunas cifras referidas a la Comunidad de Madrid obtenidas de la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2003 (ESCM-2003), de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES-1999), de la serie 1995-2006 del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (Sivfrent) y de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores 2006 (ECV-2006) elaborada por el Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2007, el 74,7 % de la población (78,9 en hombres y 70,8 en mujeres) declaró tener buena o

muy buena salud. El 57,4 % de los encuestados (16 años o más) declaró padecer alguna enfermedad crónica (51,5 en hombres y 62,8 en mujeres). Las más prevalentes fueron la hipertensión arterial, artrosis-artritis-reumatismos, alergias, ciática-lumbago-dolores de espalda, colesterol elevado y dolor cervical (tabla 4).

**TABLA 4. Principales enfermedades crónicas de larga duración diagnosticadas por el médico, 2007 (Madrid)**

	Porcentaje sobre la población de 16 años y más
Hipertensión arterial	13,9
Artrosis, artritis y reumatismos	13,8
Alergia	12,9
Ciática, lumbago y dolores de espalda	11,1
Colesterol elevado	10,8
Dolor cervical	6,0

De la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2007 (ESCM-2007).

La prevalencia de obesidad, con un índice de masa corporal de 27 o superior, en población adulta (16-64 años) aumentó del 20,5 al 29,8 % en hombres y del 14,9 al 17,1 % en mujeres entre 1995 y 2006 (Sivfrent). En ese mismo período de tiempo, la proporción de adultos fumadores descendió del 45,9 al 35,1 % en hombres y del 39,1 al 31,4 % en mujeres, y se mantuvo estable la proporción de bebedores habituales (alrededor del 68 % en hombres y del 41 % en mujeres). Los consumidores de riesgo de alcohol (50 ml/día o más en hombres y 30 ml/día o más en mujeres) disminuyeron en términos relativos.

# Desarrollo normativo e institucional

En la tabla 5 se especifica la legislación en materia de salud aprobada en 2007.

<b>TABLA 5. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2007 (Madrid)</b>		
Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado
Ley 7/2007, de 2 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas	02/12/2007	En su artículo 14 se crea la Unidad Central de Radiodiagnóstico como empresa pública con forma de entidad de derecho público, dependiente de la Consejería de Sanidad. Tiene por objeto la gestión y explotación de los servicios de diagnóstico y tratamiento que conlleven la aplicación de la alta tecnología sanitaria de las siguientes empresas públicas: Hospital del Norte, Hospital de Vallecas, Hospital del Sur, Hospital del Henares, Hospital del Sureste y Hospital del Tajo si bien la Consejería podrá asignarle la gestión de estos servicios en otros hospitales y centros
Decreto 8/2007, de 1 de febrero, por el que se regula el proceso voluntario de integración en el régimen estatutario del personal laboral y funcionario que presta servicios en las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid	01/02/2007	Con objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de los centros, servicios e instituciones de salud y en aplicación de lo dispuesto en la disposición adicional 5 del Estatuto Marco del Personal Estatutario, se establece el proceso voluntario de integración del personal laboral y funcionario en el régimen estatutario
Decreto 10/2007, de 22 de febrero, por el que se regulan los centros que utilizan aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioleta en la Comunidad de Madrid	22/02/2007	Regula los requisitos para su declaración, aquéllos en materia de seguridad y prevención, las condiciones higiénico-sanitarias, la información que se debe facilitar a los usuarios y la autorización de los organismos de control y la formación del personal que manipule los aparatos
Decreto 12/2007, de 8 de marzo, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid	08/03/2007	El Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid es un ente de derecho público que tiene por finalidad el desarrollo de programas que contribuyan a preservar el buen estado de salud de la población y prevenir la aparición de trastornos en el comportamiento alimentario y otras enfermedades relacionadas con la alimentación a través de la investigación científica, el asesoramiento, la promoción y la educación en materia de alimentación y nutrición
Decreto 111/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Sur, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital del Sur

Decreto 112/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Norte, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital del Norte
Decreto 113/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Sureste, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital del Sureste
Decreto 114/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Henares, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital del Henares
Decreto 115/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Tajo, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital del Tajo
Decreto 116/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital de Vallecas, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre	02/08/2007	Por los que se regirá la empresa pública que llevará a cabo la gestión y administración del Hospital de Vallecas
Decreto 135/2007, de 18 de octubre, por el que se autoriza la constitución de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Carlos III	18/10/2007	La Ley 1/1998, de 2 de marzo, de Fundaciones de la Comunidad de Madrid exige que el ejercicio de la competencia referida a la capacidad de fundar por la propia comunidad sea autorizada por Decreto del Consejo de Gobierno, que determinará las condiciones que debe cumplir la creación de la personalidad jurídica fundacional. La fundación supone un instrumento para canalizar y enriquecer el campo de investigación como objetivo prioritario de interés sanitario
Decreto 136/2007, de 18 de octubre, por el que se autoriza la constitución de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Niño Jesús	18/10/2007	La Ley 1/1998, de 2 de marzo, de Fundaciones de la Comunidad de Madrid exige que el ejercicio de la competencia referida a la capacidad de fundar por la propia comunidad sea autorizada por Decreto del Consejo de Gobierno, que determinará las condiciones que debe cumplir la creación de la personalidad jurídica fundacional. La fundación supone un instrumento para canalizar y enriquecer el campo de investigación como objetivo prioritario de interés sanitario
Orden 49/2007, de 15 de enero, por la que se regula la Comisión Asesora del Programa Regional de Prevención y Control del Asma de la Comunidad de Madrid	15/01/2007	La comisión nace para dar apoyo científico-técnico al programa de vigilancia epidemiológica del asma. Esta orden regula su dependencia orgánica, la composición y funciones de la comisión, derogando la anterior disposición que la regulaba

Orden 74/2007, de 22 de enero, por la que se modifica la Orden 9/1997, de 15 de enero, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las situaciones epidémicas y brotes, y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana	22/01/2007	La enfermedad neumocócica invasora se incluye en el listado de enfermedades de declaración obligatoria
Orden 226/2007, de 23 de febrero, por la que se disponen diversas medidas en orden a garantizar el normal suministro de medicamentos a los pacientes en las Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Madrid	23/02/2007	Para evitar la posible disminución de las cantidades almacenadas de medicamentos por debajo de los niveles de seguridad como consecuencia de la entrada en vigor de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo 3.997/2006, de 28 de diciembre, que implicaba una rebaja en el precio hasta el 30 % en 717 especialidades, se autorizó a las oficinas de farmacia que tuvieran medicamentos afectados por la medida, que puedan dispensarlos entre el 1 y el 15 de marzo a sus antiguos precios
Orden 556/2007, de 30 de marzo, por la que se aprueba el Plan Integral de Inspección de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid para el año 2007	30/03/2007	El Plan Integral de Inspección, de carácter anual, tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos y la salvaguarda de los derechos de los usuarios en las materias del ámbito competencial de la Consejería
Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración	19/04/2007	Regula el otorgamiento de instrucciones previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración
Orden 800/2007, de 16 de mayo, por la que se regula el contenido y los requisitos docentes de los cursos de formación del personal encargado del funcionamiento y vigilancia de los aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioletas	26/05/2007	Regulación del contenido y requisitos docentes: programa, prueba de evaluación y certificado de los cursos de formación del personal encargado del funcionamiento y vigilancia de los aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioleta, así como la ficha personalizada de los usuarios
Orden 842/2007, de 23 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba la estrategia de cooperación sanitaria al desarrollo de la Consejería de Sanidad y Consumo	23/05/2007	Se dicta en el marco de la Ley 13/1999, de 29 de abril, de Cooperación para el desarrollo de la Comunidad de Madrid, entendiéndose ésta como el conjunto de recursos y capacidades puesta al servicio de países en vías de desarrollo con el fin de contribuir al desarrollo humano, económico y social, siendo el sector de la salud uno de los sectores prioritarios de actuación de la ayuda madrileña
Orden 2135/2007, de 4 de octubre, por la que se crea la Comisión para la valoración de la adecuación de la formación de los facultativos responsables de las Unidades Asistenciales de Genética	04/10/2007	Órgano interdisciplinario de carácter técnico adscrito a la Dirección General, competente en materia de autorizaciones sanitarias, que determinará si la formación que acredita un facultativo es adecuada para ser responsable de una unidad asistencial de genética es suficiente y adecuada a efectos de la autorización de apertura y funcionamiento de centros de diagnóstico analítico

# Planificación y programas sanitarios

En la tabla 6 se recoge información sucinta acerca de planificación sanitaria en la Comunidad de Madrid en 2007.

<b>TABLA 6. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2007 (Madrid)</b>				
	Denominación	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de salud	Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009	Sí	Febrero de 2006	
	Plan de Reducción de Listas de Espera	Sí		
	Plan Integral de Alimentación y Nutrición	Sí		
	Plan Integral de Inspección de Sanidad 2007	Sí		
	Plan Estratégico de la Agencia Antidroga 2006-2009	Sí		
	Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo 2005-2007	Sí		
	Plan de Riesgos Sanitarios	Sí		
	Plan de Atención al Mayor Polimedicado	Sí		
	Plan de actuaciones frente al VIH-sida	Sí		
	Plan Integral contra la Gripe	Sí		Incluye la gripe aviar
	Plan de Mejora de Asistencia Neonatal	Sí		
	Plan de Atención Sanitaria de la Sexualidad Juvenil	Sí		
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí		

<b>Cáncer de cuello uterino</b>	Programa de cribado poblacional	Sí		
<b>Cáncer</b>	Plan Integral de Control del Cáncer Programa Integral de Detección y Asesoramiento del Cáncer Familiar 2007-2008	Sí		
<b>Cardiopatía isquémica</b>	Plan Integral de Cardiopatía Isquémica	Sí		Con la participación de las consejerías de Educación, Deportes, Familia y Asuntos Sociales, y las sociedades científicas se llevarían a cabo las acciones en el entorno de la atención primaria, las empresas, como en la población general
<b>Cuidados paliativos</b>	Plan Integral de Cuidados Paliativos	Sí	Junio de 2006	
<b>Diabetes</b>	Actuaciones en prevención, promoción y vigilancia epidemiológica, tanto en población general como en colectivos de riesgo	Sí		Las actividades se realizarán a lo largo del año 2008
<b>Salud mental</b>	Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008	Sí		
<b>Atención al parto normal</b>		Sí		
<b>Violencia de género</b>	Plan de acción	Sí		Es un plan interinstitucional, que cuenta con una comisión técnica cuya dirección y secretaría ha recaído en Salud Pública. Actualmente se está diseñando la estrategia de prevención primaria y la guía para atención especializada. Continúan llevándose a cabo las actividades de formación y continúa distribuyéndose en atención primaria la guía para el abordaje de la violencia de pareja
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí		

# Equidad

En la tabla 7 se recoge información sucinta sobre equidad en la Comunidad de Madrid en 2007.

<b>TABLA 7. Equidad, 2007 (Comunidad de Madrid)</b>	
	Tipo de medida
Género	Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género
Etnia	Plan de Integración 2006-2008
Discapacidad	Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008
Otras	Plan de Apoyo a la Familia 2005-2008 Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia 2005-2008 Plan contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid 2002-2006

Durante el año 2007, la Comunidad de Madrid ha continuado el desarrollo de los planes ya iniciados y que tienen que ver con la atención a los grupos de población y las personas en situación de mayor vulnerabilidad. Para ello, la Consejería de Sanidad ha seguido contando con el trabajo realizado por las comisiones técnicas sanitarias para cada uno de los diferentes planes encargados de llevar a cabo aquellas actividades complejas que requieren la intervención de organismos dependientes de varias consejerías de la Comunidad de Madrid. De este modo, se ha conseguido cumplir el objetivo de hacer más eficientes sus esfuerzos por avanzar en los logros conseguidos en el abordaje de los problemas sanitarios de los grupos de población y las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, la Comisión Interna de Coordinación y Seguimiento, constituida por los titulares de los centros directivos y organismos adscritos a la Consejería de Sanidad, ha cumplido con sus objetivos fundamentales, que consistían en asegurar la participación coordinada de la Consejería de Sanidad en la elaboración y seguimiento de los instrumentos estratégicos y de planificación de las diferentes consejerías de la Administración regional y de los órganos de otras Administraciones Públicas, elaborar propuestas de la Consejería de Sanidad en los órganos de planificación y seguimiento en que participa y centralizar la información sobre las actuaciones realizadas por los centros directivos de la Consejería de Sanidad y

Consumo en el desarrollo y seguimiento de los instrumentos estratégicos y de planificación.

A continuación se muestran algunos de los logros más destacados en materia de sanidad en relación con dichos planes.

## Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008

Se trata de una apuesta, a través de la Agencia Laín Entralgo, por la formación de los profesionales, con el impulso de cursos que contribuyan al mayor conocimiento y sensibilización de los profesionales de la sanidad en el campo de la discapacidad.

Se ha llevado a cabo la potenciación y difusión de servicios específicos para personas con discapacidad, como:

- La Unidad de Atención Dental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para personas con discapacidad mayores de 18 años.
- La Unidad de Salud Bucodental del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús para personas con discapacidad hasta 18 años.
- La Unidad de Salud Mental para Personas Sordas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Se ha desarrollado el Plan de Detección Precoz de la Hipoacusia en Recién Nacidos, que representa la integración de los 10 hospitales del sistema sanitario público madrileño con maternidad: Hospital Clínico San Carlos, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Doce de Octubre, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Hospital de El Escorial, Hospital de Móstoles, Fundación Hospital de Alcorcón, Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada y Hospital de Valdemoro.

Se ha impulsado la creación de la Comisión de Coordinación de Atención Temprana del Municipio de Getafe, que conlleva la integración de la actividad de todos los servicios relacionados con la atención temprana en el citado municipio.

Se ha llevado a cabo la mejora de la accesibilidad para las personas con discapacidad en los centros del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid mediante el cumplimiento de todas las normas de accesibilidad en los edificios correspondientes a los nuevos hospitales y a los nuevos centros de salud y de las numerosas reformas llevadas a cabo en gran parte de los edificios construidos previamente a la existencia de la actual normativa, especialmente en los centros de atención primaria.

## Plan de Apoyo a la Familia 2005-2008

Los objetivos generales de este plan son los siguientes:

- Mejorar el bienestar y la calidad de vida de las familias madrileñas, en especial de aquellas que tienen mayores necesidades.
- Impulsar la cohesión social, fomentando el desarrollo de la familia como institución social básica transmisora de valores de convivencia, solidaridad, respeto mutuo y tolerancia.
- Favorecer la solidaridad intergeneracional para que las familias puedan afrontar con garantías los cambios sociales, laborales y demográficos.

Estos objetivos se configuran en las siguientes áreas de actuación:

- a. Apoyo a la maternidad y paternidad.
- b. Atención a familias con necesidades específicas.
- c. Conciliación de la vida familiar, profesional y personal y atención a menores y personas en situación de dependencia.
- d. Resolución de conflictos.
- e. Violencia familiar.
- f. Educación y formación.
- g. Política de vivienda.
- h. Política fiscal y de rentas.
- i. Cultura, deporte, ocio y tiempo libre.
- j. Medios de comunicación y tecnologías de la información.
- k. Cooperación, relaciones institucionales y participación social.

## Plan contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid 2002-2006

Se trata de un documento acreditativo para la Atención Sanitaria de las personas en exclusión social: en marzo de 2007 se aprobó la Resolución, por la que se regulan las características, requisitos y procedimientos para la emisión del documento de atención sanitaria (DAS) a personas en situación de exclusión social con necesidad de atención médica continuada e imposibilidad de obtención de tarjeta sanitaria normalizada. La entrada en vigor de esta resolución durante el año 2007 ha comportado el reconocimiento del derecho a recibir atención en el sistema sanitario público madrileño a más de 100 personas y la normalización de la situación de muchas otras que, por desconocimiento, no se habían acogido a las fórmulas destinadas a las personas sin recursos.

Respecto al equipo de intervención en población excluida, puede afirmarse que durante el mes de enero de 2007 tuvo lugar la puesta en marcha del denominado “equipo móvil de intervención en población excluida” (EIPE), en el área sanitaria I, como proyecto piloto en Las Barranquillas y Cañada Real, con profesionales de atención primaria, para hacer accesibles los servicios sanitarios a personas que viven en situaciones de extremo riesgo y desigualdad, principalmente población de asentamientos marginales y personas sin hogar. El equipo esta formado por una médica de familia, un enfermero y un conductor.

Respecto al equipo de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar, puede afirmarse que este dispositivo, destinado a mejorar la cobertura de las necesidades de la población excluida con problemas de salud mental en el municipio de Madrid, atiende a personas de más de 18 años con diagnóstico de trastorno mental, con o sin “patología dual” (consumo de tóxicos asociado).

## Plan de Integración 2006-2008

Se ha llevado a cabo lo siguiente:

1. Elaboración y distribución de folletos informativos y divulgativos en los idiomas más utilizados (hasta un total de ocho idiomas) por la población inmigrante de la Comunidad de Madrid.
2. Programas de mediación sociosanitaria.
3. Programas específicos de vacunación para población inmigrante.
4. Programas de promoción de la salud de la mujer y del recién nacido.
5. Cursos, jornadas y guías para la formación, sensibilización y apoyo asistencial de los profesionales sanitarios en relación con las necesidades de la población inmigrante.

## Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género

Se ha llevado a cabo lo siguiente:

1. Amplio despliegue de cursos de formación sobre violencia de género para los profesionales sanitarios, con más de 2.000 participantes en ellos.
2. Elaboración de los protocolos de actuación para abordar la violencia de género en atención primaria y en atención especializada.
3. Creación de las comisiones hospitalarias contra la violencia, dedicadas a las cuestiones relacionadas con la violencia contra las mu-

jeros, los niños y los ancianos con la intención de integrar toda la atención que necesiten estas personas cuando están sometidas a una situación de violencia.

4. Desarrollo del programa Atiende, específicamente dirigido a las mujeres víctimas de la violencia de género y a sus hijos, con 213 mujeres y 98 menores atendidos de modo integral.

## Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia 2005-2008

Durante el año 2007 se ha realizado un amplio desarrollo de los Consejos Locales de Atención a la Infancia, mediante la designación de todos los representantes, pertenecientes al medio asistencial de atención primaria, atención especializada y salud mental de varias localidades de la Comunidad de Madrid y de los veintidós distritos correspondientes al municipio de Madrid. Estos consejos han continuado realizando sus actividades de coordinación de la atención y organización a los aspectos relacionados con las necesidades de los menores de sus áreas de influencia.

Otros aspectos destacables relacionados con el plan en que se está trabajando son el relativo a la atención temprana, sobre el cual se ha comentado al tratar del Plan de Acción para Personas con Discapacidad, y el referente a la adopción.

# Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

En las tablas 8-11 se recoge información sucinta acerca de planificación y desarrollo de recursos humanos, número de profesionales en atención primaria, número de profesionales en atención especializada y número de profesionales por especialidades médicas en la Comunidad de Madrid en 2007.

**TABLA 8. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2007 (Madrid)**

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	Agencia Laín Entralgo	Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) 2001	Empresa pública

**TABLA 9. Número de profesionales en atención primaria, 2007 (Madrid)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	1.395	2.506	110	2.889	902	3.901
Pediatría	236	604	28	498	314	840
Enfermería	624	3.400	515	2.022	1.487	4.024
Farmacía	6	24	1	28	1	30
Psicología clínica	7	49	0	19	37	56
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	270	1.399	119	931	619	1.669
Otros profesionales no sanitarios	792	3.458	146	2.955	1.149	4.250

**TABLA 10. Número de profesionales en atención especializada, 2007 (Madrid)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina	4.611	3.999	37	4.853	3.720	8.610
Enfermería	1.902	13.060	3.362	7.646	3.954	14.962
Auxiliar de enfermería	326	10.829	1.222	5.700	4.233	11.155
Farmacia	23	106	9	99	21	129
Otro personal sanitario	741	3.228	608	2.675	686	3.969
Personal no sanitario vinculado	5.119	11.176	853	9.317	6.125	16.295

**TABLA 11. Número de profesionales por especialidades médicas, 2007 (Madrid)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Alergología	25	57	1	57	24	82
Análisis clínicos	48	200	2	82	164	248
Anatomía patológica	78	89	1	86	80	167
Anestesiología y reanimación	331	427	1	466	291	758
Angiología y cirugía vascular	36	21	0	38	19	57
Aparato digestivo	140	117	0	127	130	257
Bioquímica clínica	24	48	1	22	49	72
Cardiología	190	94	2	137	145	284
Cirugía cardiovascular	59	5	0	32	32	64
Cirugía general y del aparato digestivo	338	91	1	188	240	429
Cirugía maxilofacial	51	13	0	37	27	64
Cirugía pediátrica	47	17	0	26	38	64
Cirugía torácica	28	5	0	18	15	33
Cirugía plástica y reparadora	45	23	0	38	30	68
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	70	87	1	100	56	157

Endocrinología y nutrición	65	90	0	77	78	155
Estomatología	5	3	4	2	2	8
Farmacología clínica	15	30	5	32	8	45
Geriatría	28	38	0	57	9	66
Hematología y hemoterapia	64	108	0	85	87	172
Inmunología	24	17	0	18	23	41
Medicina del trabajo	11	17	0	21	7	28
Medicina intensiva	100	56	0	78	78	156
Medicina interna	267	150	0	256	161	417
Medicina legal y forense	1	0	0	1	0	1
Medicina nuclear	30	25	0	17	38	55
Medicina preventiva y salud pública	22	30	0	39	13	52
Microbiología y parasitología	47	84	1	63	67	131
Nefrología	61	52	0	55	58	113
Neumología	90	81	0	102	69	171
Neurocirugía	62	13	0	34	41	75
Neurofisiología clínica	20	39	0	26	33	59
Neurología	106	73	0	115	64	179
Obstetricia y ginecología	245	305	1	297	252	550
Oftalmología	149	192	1	193	147	341
Oncología médica	59	46	1	74	30	105
Oncología radioterápica	25	35	0	40	20	60
Otorrinolaringología	146	85	0	108	123	231
Psiquiatría	154	181	2	222	111	335
Radiodiagnóstico	243	255	1	288	209	498
Rehabilitación	52	90	0	56	86	142
Reumatología	52	55	0	74	33	107
Traumatología y cirugía ortopédica	413	62	1	253	221	475
Urología	192	16	0	106	102	208
Otras especialidades	345	491	20	546	270	836

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

## Jornada de trabajo

En la Comunidad de Madrid, la jornada ordinaria de trabajo está establecida en 35 horas semanales, lo que implica la realización de 1.533 horas anuales.

Desde la entrada en vigor del Estatuto Marco, los centros de atención primaria y atención especializada han organizado los servicios de tal manera que ello no incida en el cumplimiento del cómputo de horas establecido en dicha norma, así como el régimen de descansos contemplados en ésta, toda vez que las 48 horas son, en todo caso, trabajo efectivo en el centro y un promedio en cómputo semestral.

La posibilidad de superar el número de horas anuales establecido en el Estatuto Marco pasa por realizar más de 6,5 guardias al mes, por lo que en realidad el problema sólo se podría llegar a plantear en aquellos centros cuyas plantillas tengan puntualmente un déficit de médicos o en aquellas especialidades que no cuentan con efectivos suficientes.

## Modelo de incentivos

Por lo que se refiere a los incentivos, se aplican conforme a los pactos suscritos por el Insalud en el año 2001. No obstante, la Comunidad de Madrid está trabajando en un documento que aborde aquellos aspectos relativos a las retribuciones variables ligadas a la consecución de objetivos conforme a estándares y calidad, que se constituya en un documento de incentivación propio de la Comunidad de Madrid.

## Política de permisos

En cuanto a la regulación de permisos, licencias y vacaciones, se ha prorrogado el pacto del Insalud, de 1 de junio de 1993, sobre permisos, licencias y vacaciones, salvo en lo que se refiere a los permisos por maternidad, para los cuales la Consejería ha firmado un Acuerdo el 18 de febrero de 2005 sobre la reducción de jornada, permisos por maternidad, guarda legal, etc., en el cual se contemplan, entre otros, el disfrute de un permiso retribuido a partir del día primero de la 37.<sup>a</sup> semana de gestación y hasta la fecha del parto; el aumento del permiso retribuido de maternidad a 122 días; la hora de lactancia hasta los 12 meses del menor; con posibilidad de acumulación, otorgando en este caso 30 días naturales, además de la posibilidad de solicitar reducción de jornada por cuidado de hijo hasta que el menor cumpla 12 años. Asimismo, se ha aplicado en la Comunidad de Madrid lo contemplado

en el Artículo 48.2. del Estatuto Básico del Empleado Público referente al disfrute de dos días adicionales al cumplir el sexto trienio, incrementándose en un día adicional por cada trienio cumplido a partir del octavo.

## Sustituciones

En cuanto a las sustituciones de personal estatutario, la Comunidad de Madrid aplica lo contemplado en el Artículo 9.4 del Estatuto Marco, expidiéndose nombramientos de sustitución cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

## Diseño de los planes anuales de formación

La planificación de acciones formativas, en una realidad tan cambiante como el sistema sanitario, requiere un continuo proceso de investigación, para detectar las necesidades del sistema, mejorar su calidad y analizar las demandas de los profesionales, mejorar sus competencias profesionales y aumentar su satisfacción laboral y personal.

El diseño de los planes anuales de formación continuada corresponde a la Agencia Laín Entralgo en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos. El Plan de Formación Continuada comienza a diseñarse en el mes de abril del año previo, buscando gran implicación de los órganos de representación, directivos de los centros sanitarios y profesionales. La metodología de trabajo que emplea la Agencia Laín Entralgo consiste en implicar y hacer partícipes a todas las instituciones sanitarias (direcciones generales y gerencias de atención primaria, atención especializada y Summa 122 [Servicio de urgencia médica de la Comunidad de Madrid]), particularmente a los responsables de formación continuada de cada centro/unidad y a las organizaciones sindicales. A tal fin, se oferta a todos los responsables de formación continuada su incorporación a distintos grupos de trabajo que analizan las fortalezas y debilidades de la metodología empleada en el año previo. Fruto del trabajo de dichos grupos, en que participan más de 100 profesionales, es la *Guía para la elaboración del Plan de Formación Continuada* que cada año es revisada y aprobada por los distintos comités de formación continuada.

Esta fase de detección de necesidades es una etapa crucial del proceso de planificación y la guía es la herramienta que posibilita a la Agencia Laín Entralgo ofrecer un Plan de Formación Continuada basado en las necesida-

des reales y demandas formativas sentidas por los profesionales, así como en las necesidades detectadas por los niveles directivos en respuesta a los objetivos estratégicos de la institución y que permite diseñar unas actividades formativas acordes a dichas necesidades.

Los responsables de formación de cada dirección general/gerencia de atención primaria y hospitales, en el seno de sus respectivas comisiones de formación continuada, son los encargados de llevar a cabo la detección de necesidades con la metodología adecuada y posible en cada contexto institucional (reuniones, grupos de expertos, entrevistas, grupos focales, encuestas, etc.). La Agencia Laín Entralgo se encarga de orientar y asesorar a los responsables de los centros en aspectos metodológicos y técnicos.

Una vez que se ha aprobado la propuesta de programa por parte de la Comisión de Formación Continuada de cada centro, ésta es remitida a la Agencia Laín Entralgo, que integra las propuestas de los distintos centros y las somete a la valoración del Comité de Formación Continuada, subcomités de formación continuada de atención primaria y atención especializada y a la mesa técnica de las organizaciones sindicales antes de su aprobación definitiva por parte del Consejo de Administración de la Agencia Laín Entralgo.

## Planes de formación continuada 2003-2008

La ordenación de la formación continuada de carácter sanitario se articula en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid mediante planes anuales de formación continuada. En la tabla 12 se resume la evolución de la oferta formativa contemplada en los planes anuales de formación continuada 2003-2008.

**TABLA 12. Resumen de la evolución de la oferta de formación continuada en el período 2003-2008 (Madrid)**

	Plan FC 2003	Plan FC 2004	Plan FC 2005	Plan FC 2006	Plan FC 2007	Plan FC 2008
Financiación (euros)	3.712.622	3.849.513	4.071.573	4.275.470	4.474.248	4.619.773
Número de ediciones	2.225	2.276	2.439	2.604	3.357	3.488
Número de horas	34.805	37.152	40.959	45.384	63.790	63.921
Número de plazas	47.331	50.351	60.718	81.827	86.067	88.937

FC, formación continuada.

Durante este período se ha producido un incremento de 907.151 euros en la financiación del Plan de Formación Continuada (24,4 %), se ha incrementado en 1.263 cursos la oferta anual de cursos (56,8 %), se ha incrementado el número de horas lectivas anuales en 29.116 horas (83,7 %) y se ha incrementado la oferta anual de plazas en 41.606 (87,9 %).

Dichos planes se han estado sustentando en dos pilares:

- a) Oferta formativa centralizada (programa formativo organizado por la Agencia Lain Entralgo en colaboración con las direcciones generales y que mayoritariamente es impartido en las propias instalaciones de la Agencia y que responde a determinadas áreas estratégicas: atención al usuario, gestión sanitaria, calidad, bioética y derecho sanitario, investigación, salud pública, salud mental, drogodependencias, cuidados paliativos, envejecimiento, farmacia y productos sanitarios, etc.).
- b) Oferta formativa descentralizada (programa formativo que la Agencia aprueba para cada una de las direcciones generales, gerencias y organizaciones sindicales y de los cuales, una vez que han sido aprobados por cada institución, se encarga de su provisión y gestión).

Los indicadores más importantes del Plan de Formación Continuada desarrollado en 2007 se presentan en la tabla 13.

**TABLA 13. Resumen de la memoria del Plan de Formación Continuada, 2007 (Madrid)**

	Total financiación planificada (euros)	Total ejecutado (euros)	Porcentaje de ejecución	Número de cursos	Número de horas	Número de participantes	Media de la evaluación	Número de cursos subsidiarios de acreditación	Número de cursos acreditados	Porcentaje de cursos acreditados	Porcentaje de cursos subsidiarios de acreditación
Agencia Lain Entralgo en colaboración con Direcciones Generales	1.286.797	1.215.784	94,5	641	12.018	16.215	8,1	464	449	70,0	96,8
Atención primaria	695.113	669.687	96,3	1.208	24.131	25.894	8,2	580	452	37,4	77,9
Summa 112	207.043	207.199	100,1	109	1.793	2.767	8,5	68	65	59,6	95,6
Atención especializada	1.562.727	1.435.398	91,9	1.043	16.015	27.847	8,3	759	617	59,2	81,3
Organizaciones sindicales	722.288	716.360	99,2	173	4.917	3.577	No consta	125	90	52,0	72,2
<b>Totales</b>	<b>4.473.968</b>	<b>4.244.427</b>	<b>94,9</b>	<b>3.174</b>	<b>58.874</b>	<b>76.300</b>	<b>8,3</b>	<b>1.996</b>	<b>1.673</b>	<b>52,7</b>	<b>83,8</b>

Adicionalmente debe destacarse durante 2007 el desarrollo de una oferta formativa *on-line*. En colaboración con la Ex Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios durante 2007 se ha consolidado la experiencia de formación *on-line* iniciada en 2006 y se han virtualizado siete cursos e impartido siete ediciones de éstos.

## Satisfacción del alumnado

La reacción del alumnado y su satisfacción son evaluadas sistemáticamente tras la realización de las actividades formativas y en la tabla 14 se presentan los principales ítems evaluados en el ejercicio de 2007.

<b>TABLA 14. Indicadores de satisfacción del alumnado con las actividades del Plan de Formación Continuada 2007 (Comunidad de Madrid)</b>			
Dimensión		Media (escala 0-10)	Desviación típica
Contenidos del curso	Contenidos teóricos	8,1	1,5
	Contenidos de los casos prácticos		
	Adecuación de la metodología empleada		
Aprovechamiento del curso	Utilidad para su trabajo habitual	8,2	1,5
	Grado de aprendizaje conseguido en el curso		
	Interés despertado por los temas del curso		
	Respuesta a expectativas previas		
Documentación y soporte pedagógico	Adecuación y calidad de la documentación entregada	7,9	1,8
	Utilidad de la documentación para su trabajo		
	Adecuación y calidad de los medios técnicos utilizados		
	Adecuación de los locales empleados		
Organización del curso	Información previa sobre el curso	7,5	1,5
	Adecuación del horario		
Duración del curso		71,33 %, adecuada	
		4,67 %, insuficiente	
		26 %, suficiente	
Valoración global del curso		8,3	1,3

## Incorporación de la perspectiva de género

Durante 2007 se han realizado 76 actividades formativas que han incorporado la perspectiva de género en el diseño de la actividad, con un coste de 135.572 euros y en las cuales se han impartido 1.054 horas docentes. Se han formado a 2098 profesionales, 1.733 mujeres (83 %) y 365 hombres (17 %). A su vez, de los 2.098 profesionales formados, 856 (41 %) son profesionales de medicina, 1.053 (50 %) de enfermería y 189 (9 %) de las otras categorías profesionales.

# Farmacia

En la tabla 15 se recoge información sucinta sobre datos de dispensación farmacéutica extrahospitalaria en la Comunidad de Madrid en 2007.

<b>TABLA 15. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2007 (Madrid)</b>			
		Datos de 2007	Observaciones
Número de envases dispensados	Número total de envases	94.438.694	
	Porcentaje de envases de genéricos/total de envases	25,21	
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	93.732.477	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	25,29	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total previo	1.224.259.277,62	
	Porcentaje del gasto en genéricos previo/gasto farmacéutico total previo	10,36	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	<b>A02BC:</b> 6.105.109 <b>N02BE:</b> 5.345.598 <b>N05BA:</b> 4.707.989	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones (antiúlcera) <b>N02BE:</b> anilidas (analgésicos) <b>N05BA:</b> derivados de las benzodiazepinas (ansiolíticos)
	En el total de recetas de genéricos dispensadas	<b>A02BC:</b> 4.720.299 <b>N02BE:</b> 2.120.773 <b>C10AA:</b> 2.104.933	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones (antiúlcera) <b>N02BE:</b> anilidas (analgésicos) <b>C10AA:</b> inhibidores de la HMG-CoA-reductasa
	En el total de envases dispensados	<b>A02BC:</b> 6.105.116 <b>N02BE:</b> 5.345.605 <b>N05BA:</b> 4.707.997	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones (antiúlcera) <b>N02BE:</b> anilidas (analgésicos) <b>N05BA:</b> derivados de las benzodiazepinas (ansiolíticos)
	En el total de envases de genéricos dispensados	<b>A02BC:</b> 4.720.305 <b>N02BE:</b> 2.120.780 <b>C10AA:</b> 2.104.934	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones (antiúlcera) <b>N02BE:</b> anilidas (analgésicos) <b>C10AA:</b> inhibidores de la HMG-CoA-reductasa

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. \*Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. \*\*Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponde con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa.

Durante 2007 se ha continuado trabajando en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios acerca de la racionalización en la utilización de los medicamentos, con especial énfasis en los aspectos relacionados con la seguridad de éstos.

En este sentido, se ha potenciado la notificación de errores de medicación mediante la puesta en marcha de un portal destinado a la seguridad y que permite entre otros servicios la notificación *on-line* de errores de medicación y reacciones adversas a medicamentos (<https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>).

También se ha pactado con las gerencias el seguimiento de indicadores de calidad relacionados con la seguridad de medicamentos, entre los cuales se encuentra el grado de utilización de fármacos considerados potencialmente inadecuados en población anciana (criterios de Beers). Las diversas actividades puestas en marcha en relación con el Programa de atención al mayor polimedicado han considerado disminuir el 10 % el número de pacientes que utiliza estos medicamentos potencialmente inadecuados en este grupo de población.

Aparte de ello, durante 2007, un total de 55.804 pacientes se han beneficiado de las actividades del Programa de atención al mayor polimedicado.

# Investigación

En la tabla 16 se recoge información sucinta acerca de investigación en la Comunidad de Madrid en 2007.

**TABLA 16. Investigación, 2007 (Madrid)**

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa
Agencia de evaluación de tecnologías	Sí	Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS)	Empresa pública
Organismo de investigación en ciencias de la salud	Sí	Agencia Láin Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios	Empresa pública
	Sí/no	Número	Observaciones
Comités éticos de investigación clínica (CEIC)	Sí	18	12 de referencia, 5 institucionales y 1 regional
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	174	Nuevos proyectos de investigación financiados por el FIS en el año 2007
Proyectos de investigación financiados por fondos europeos	Sí	29	Período 2002-2007
Proyectos de investigación financiados en convocatorias regionales	Sí	7	Proyectos en el área de enfermedades neurodegenerativas y financiados por la Agencia Láin Entralgo
Ensayos clínicos patrocinados por la industria	Sí	200 (estimado)	

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

## Convocatoria de proyectos de investigación y planes de formación investigadora

La Comunidad de Madrid articula su política científico-técnica a través del IV Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica (IV PRICIT) y en la Consejería de Educación que realiza convocatorias con el fin de fomentar las actividades de investigación en diferentes líneas, entre

las cuales se encuentran las ciencias de la salud como las ayudas para la realización de programas de actividades de I+D entre grupos de investigación de la Comunidad de Madrid (biociencias); premio de investigación de la Comunidad de Madrid-investigadores destacados; becas de formación de personal investigador; contratos posdoctorales y contratos de investigadores de apoyo.

La Consejería de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Laín Entralgo, convoca ayudas para el fomento y apoyo de la actividad investigadora de los centros sanitarios: becas Jorge Martínez Tello para estancias en España y en el extranjero; ayudas para intensificación de la actividad investigadora en atención primaria y enfermería, ayudas para proyectos de investigación en enfermedades neurodegenerativas y becas de formación en técnicas de investigación (Finnova).

## Centros de investigación

No existen centros específicos cuya única actividad sea la investigación dentro del ámbito sanitario.

## Investigación aplicada a la práctica en hospitales, atención primaria, salud pública y en las políticas y programas

En los hospitales se desarrollan líneas de investigación en la fase preclínica y clínica que redundan directamente en la práctica clínica. En el ámbito de la atención primaria, existe una línea de investigación activa en investigación clínica y en servicios sanitarios y en salud pública fundamentalmente se realizan estudios epidemiológicos, de estilos de vida y hábitos alimentarios.

En general, en el ámbito sanitario, las políticas y programas fomentan la investigación transnacional.

## Unidades de apoyo a la investigación

En el ámbito sanitario, la mayoría de los hospitales cuentan con fundaciones de investigación biomédica como instrumentos de gestión de la investigación. En paralelo, en dichos centros también cuentan con estructuras de apoyo para la investigación experimental (animalario, equipamiento, infraestructuras, etc.) y para el apoyo de diseño y metodología de la investigación.

Los centros de atención primaria reciben apoyo metodológico y de gestión de la investigación desde la Agencia Laín Entralgo.

## Aspectos de equidad y de género en líneas de investigación y en el acceso a los recursos de investigación y a la carrera investigadora

En el diseño de contenidos y en el proceso de la gestión de las diferentes convocatorias del ámbito sanitario se cumple con los criterios de equidad y de género en particular.

## Balance de la investigación

Los grupos de investigación biomédica del Servicio Madrileño de Salud cuentan con una larga trayectoria investigadora y el grado de éxito en las convocatorias de cualquier ámbito, nacional, europeo y regional demuestra su alta calidad científico-técnica. En el ámbito nacional específicamente en la convocatoria ya hay 30 grupos de investigación del servicio regional adscritos a los diferentes Ciber (Centros de Investigación Biomédica en Red) y concretamente en 2007 la dirección científica del Ciber de Salud Mental correspondió a un investigador de excelencia del Hospital Gregorio Marañón.

En relación con las convocatorias de los programas de recursos humanos para investigación, la tasa de éxito en la convocatoria de contratos post-MIR ha sido del 49 %; en los contratos de apoyo, del 37%, y en la de contratos de investigadores del SNS ha sido del 35 %. Respecto a las convocatorias de proyectos de investigación, la tasa de éxito ha sido del 41 % con 132 proyectos financiados más 42 proyectos financiados en la convocatoria de investigación de servicios sanitarios.

## Ensayos clínicos

El número de ensayos clínicos activos en la Comunidad de Madrid es creciente: el 98 % de éstos se realiza en los grandes hospitales y la tendencia a la realización de ensayos clínicos en atención primaria también es creciente.

## Difusión de resultados de la investigación

Se desarrollan acciones en Madrid por la Ciencia y la Semana de la ciencia en la cual participan todos los departamentos y una buena representación de la empresa madrileña. La Agencia Laín Entralgo cofinancia y participa en estas actividades.

## Mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica

Desde la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo se realizan informes de evaluación de tecnologías, usando criterios de eficacia, seguridad y eficiencia, no sólo para equipos y/o dispositivos médicos nuevos, sino también para los procedimientos médicoquirúrgicos que se pretende adoptar. En el caso de tecnologías ya adoptadas, se evalúa el uso apropiado de éstas utilizando, entre otras, la metodología RAM (evaluación de los parámetros Fiabilidad, Mantenibilidad y Disponibilidad). Además, se realizan estudios de investigación de servicios sanitarios que permiten conocer la situación actual y abordar mejoras con la elaboración de protocolos/guías de práctica clínica para procedimientos prioritarios bien por su magnitud, por su alto consumo de recursos y/o por la variabilidad detectada en su uso entre centros.

## Evolución temporal del número de publicaciones en salud

El total de artículos publicados (sólo se incluyen artículos originales y revisiones en revistas indizadas en el *Journal Citation Reports* del Institute for Scientific Information [ISI]) durante los 2 últimos años estudiados en los centros sanitarios es de 3.086. Teniendo en cuenta que en un mismo artículo pueden participar dos centros sanitarios o más, la suma de las publicaciones de cada centro es de 3.700, 1.863 en 2005 y de 1.837 en 2006.

En el período 2005-2006 destacan cinco centros por su producción científica: el Hospital Universitario Ramón y Cajal, el Hospital Universitario Doce de Octubre, el Hospital Universitario La Paz, el Hospital Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Clínico San Carlos, con un factor de impacto creciente en todos los casos.

# Sistemas de información sanitaria

En la tabla 17 se recoge información sucinta acerca de sistemas de información sanitaria en la Comunidad de Madrid en 2007.

<b>TABLA 17. Sistemas de información sanitaria, 2007 (Madrid)</b>				
	Sí/no	Observaciones		
Instituto de información o estadísticas sanitarias	No	Se relacionan a continuación los sistemas de información de la Consejería		
Denominación	Referencia legislativa	Observaciones		
<b>SIAP</b> (Sistema de Información de Atención Primaria)	No tiene	Información mensual de actividad de atención primaria		
<b>SIAE</b> (Sistema de Información de Atención Especializada)	No tiene	Información mensual de recursos y actividad de los hospitales de la red		
<b>CMBD</b> (Conjunto mínimo básico de datos)	Decreto 89/1999, de 10 junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	Información trimestral de las altas de todos los centros de atención especializada		
<b>Sicyt</b> (Sistema de Información de Consultas y Técnicas Diagnósticas)	No tiene	Información semanal de pacientes pendientes de la actividad realizada de primeras consultas y técnicas diagnósticas		
<b>RULEQ</b> (Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica)	Decreto 62/2004, de 15 abril, de creación del RULEQ	Gestión y control de los pacientes en lista de espera quirúrgica		
<b>SICAR</b> (Sistema de Información de Cartera de Atención Especializada)	No tiene	Identificación de los procedimientos, técnicas y prestaciones realizadas en los centros hospitalarios de la red		
<b>EESRI</b> (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado)	Real Decreto 1.126/2000, de 16 junio, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional	Información de recursos, actividad y financiación de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid		
<b>Catálogo de hospitales</b>	No tiene	Relación de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid		
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción de un estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%)	
			Hombres	Mujeres
<b>Encuestas de salud</b>	Sí	2007	78,9	70,8

Se ha potenciado la integración entre atención primaria y atención especializada mediante la implantación en todas las áreas sanitarias de la telecita, que posibilita la citación directa desde los centros de atención primaria a las agendas de consultas especializadas y técnicas diagnósticas.

Asimismo, se ha desarrollado la historia clínica informatizada y centralizada en los nuevos centros hospitalarios, accesible en breve tanto para los especialistas hospitalarios como para aquéllos de atención primaria.

En el ámbito de la atención primaria, se ha desarrollado e iniciado la implantación del nuevo sistema de información que posibilitará servicios directos al usuario, así como la receta electrónica.

# Calidad

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud (Sermas) ha continuado trabajando en el desarrollo de la acreditación y en la fijación de objetivos institucionales de calidad, incluidos en los contratos realizados con los centros sanitarios, mediante los cuales se pretende reflejar el compromiso y la importancia estratégica de la calidad asistencial en la organización.

Los objetivos se agrupan en líneas diferenciadas por nivel de atención. Así, en atención primaria, estos objetivos abordan los siguientes aspectos: acogida, trato personalizado e información adecuada, satisfacción de los ciudadanos, seguridad de los pacientes, gestión de la calidad y participación de los profesionales en calidad. En atención especializada, se agrupan en cuatro apartados: mejora en la atención sanitaria del ciudadano, en los procesos asistenciales, en la gestión de la organización y en las personas de la organización.

En este año, podemos destacar la implantación del modelo de autoevaluación del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid como uno de los objetivos del área de gestión de la organización. Así, se ha realizado una amplia autoevaluación de nuestras organizaciones sanitarias públicas y 33 gerencias han llevado a cabo esta fase y de éstas, el 97 % ha priorizado y definido sus planes de acción, con un modelo y unas herramientas comunes. El seguimiento y evaluación de estos planes de acción contribuirá en años sucesivos a consolidar el modelo de autoevaluación y mejora en la Comunidad de Madrid.

En 2007 se desarrollaron las actividades previstas en el Plan de Riesgos Sanitarios, aprobado por el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, progresando según las previsiones en la implantación de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid. Entre las actuaciones de este año caben destacar las siguientes: se han realizado actividades para mejorar la cultura y la formación en gestión de riesgos y seguridad del paciente, se han realizado jornadas, cursos y, como medidas de apoyo, se han elaborado y difundido diferentes recomendaciones en forma de carteles, una hoja de acogida y un espacio específico en la intranet corporativa.

Se han consolidado las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (37 unidades constituidas: 12 en atención primaria-Summa y 25 en atención especializada) con objetivos, calendario de reuniones y actividades específicas.

Finalmente, se ha continuado trabajando en reducir la infección nosocomial y se ha puesto en marcha un portal específico para el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios.

# Participación

En la tabla 18 se recoge información sucinta acerca de participación en la Comunidad de Madrid en 2007.

<b>TABLA 18. Participación, 2007 (Madrid)</b>			
	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí		Elaborado el anteproyecto del Decreto, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid
Segunda opinión	Sí		Elaborado el borrador del Decreto. Aprobado el 12 de abril de 2007 y posterior remisión al Consejo de Estado
Acceso a la historia clínica	Sí		Elaborado el anteproyecto de Ley, por el que se regulan los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica. En trámites para su aprobación
Consentimiento informado	Sí		Elaborado el anteproyecto de Ley, por el que se regulan los derechos y deberes de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid en relación con la salud. En trámites para su aprobación
Instrucciones previas/ últimas voluntades	Sí	Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente (BOE 10/11/2005); Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid (BOCM 28/11/2006); Orden 2.191/2006, de 18 de noviembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales (BOCM 20/12/2006); Orden 228/2007, de 26 de febrero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crean dos ficheros de datos de carácter personal para el desarrollo del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid; Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las instrucciones previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración	

Guía o carta de servicios	Sí		La guía de servicios se actualiza periódicamente y se encuentra disponible en el portal <i>web</i> de la Consejería de Sanidad y Consumo
Información en el Sistema Nacional de Salud*	Sí		La información se proporciona a través del Centro de Información Telemática de la Dirección General de Atención al Paciente y los servicios de atención al paciente/usuario de los centros sanitarios. La información que se facilita es de carácter sanitario-administrativo general y especializada, por las vías presencial, telemática (mediante el correo electrónico y los correspondientes formularios de la página <i>web</i> Portal Salud) y telefónica a través de un centro de llamadas al cual se puede acceder desde el teléfono de información general de la Comunidad de Madrid (012) o desde el teléfono de información de la Consejería de Sanidad y Consumo (914 000 000). Asimismo, en el año 2007 se ha continuado actualizando y difundiendo la guía del informador sanitario, editada por primera vez en 2006
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad	Sí		

	Sí/no	Cuantía dedicada en 2007 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2007	Referencia normativa de la convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí	80.780	19	Orden 1.317/2006, de 27 de junio	Celebración de congresos y seminarios
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí	305.000	142	Orden 2.269/2006, de 27 de diciembre	Programas de ayuda mutua y autocuidados a enfermos crónicos

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. \*Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc. BOCM, Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid; BOE, Boletín Oficial del Estado.

En el ámbito de los derechos de los pacientes se han realizado las actuaciones que a continuación se describen.

Se ha continuado con el desarrollo de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, mediante la publicación de las Órdenes 228/2007, de 26 de febrero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crean dos ficheros de datos de carácter personal para el desarrollo del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.

Igualmente se han elaborado los borradores de los anteproyectos relacionados con la segunda opinión médica, el acceso a la historia clínica y los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.

En relación con la información, la guía de servicios se actualiza de forma continuada y se encuentra disponible en el Portal Salud de la Comunidad de Madrid. Asimismo, para facilitar el acceso a la información, está operativo un centro de información telemático de la Consejería de Sanidad y se editó y se continúa actualizando la guía del informador con el objetivo de proporcionar una información homogénea y de calidad.

# Descripción de experiencias innovadoras

## Programas de promoción y prevención de la salud

### Evaluación de la efectividad de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente en la Comunidad de Madrid en el período 2008-2010

#### Justificación

La Comunidad de Madrid ha incluido la vacuna conjugada heptavalente en el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles (Orden 1.869/2006, de 10 de octubre) con dosis a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. Este calendario entró en vigor el día 1 de noviembre de 2006. Además, para reforzar la vigilancia de la enfermedad se ha incluido la enfermedad neumocócica invasora en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Orden 74/2007, de 22 de enero) en febrero de 2007. Desde Salud Pública es necesario valorar el impacto poblacional de los programas de vacunación.

#### Población diana

Son los niños pertenecientes a las cohortes incluidas en la recomendación de la vacunación (nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004).

#### Características principales de su desarrollo

Los serotipos incluidos en la vacuna conjugada heptavalente (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F) cubren el 65-80 % de los serotipos asociados con la enfermedad neumocócica invasora en niños de los países occidentales industrializados. En España se estimó que esta vacuna en el año 2001 cubría el 80 % de las cepas causantes de enfermedad invasora en niños menores de 5 años. La determinación de los serotipos vinculados con la morbilidad no es una práctica rutinaria, por lo que ha sido necesario establecer circuitos de derivación al laboratorio regional de referencia para la confirmación microbiológica, incluido el serotipo causante.

#### Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Una preocupación desde el comienzo del uso de esta vacuna era el posible efecto sobre los serotipos no cubiertos por la vacuna. Por ello, hay que destacar el esfuerzo en la vigilancia epidemiológica con una definición muy específica de caso y la incorporación esencial de los datos sobre el serotipo y el estado vacunal.

Metodología para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

Entre los diferentes diseños de estudios para analizar la efectividad vacunal, el método de detección proporciona una forma rápida y sencilla de estimarla. Esta metodología se ha utilizado para determinar la efectividad vacunal de las primeras vacunas conjugadas introducidas en los calendarios de vacunación.

Para cada año del estudio, los datos se agruparán por edad (menos de 1 año, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años, 5 años y más de 5 años) y para cada categoría se calculará el número total de casos declarados ( $N_i$ ), los casos vacunados ( $V_i$ ) y la cobertura vacunal (PPVi). La estimación de la efectividad vacunal se calculará utilizando datos estratificados por edad con un modelo de regresión logística binomial, en los cuales la variable dependiente es el número de casos vacunados (datos binomiales con  $V_i$  de numerador y  $N_i$  de denominador), y como variable *offset* se utiliza el *logit* de PVi. El modelo estima directamente el riesgo de enfermedad en niños vacunados frente a no vacunados (OR) y la EV es calculada posteriormente ( $EV = 1 - OR$ ) con sus correspondientes intervalos de confianza al 95 %.

Resultados más destacables, con especial relevancia en las repercusiones en la salud y calidad de vida de los ciudadanos

Actualmente, la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid está recibiendo notificaciones de casos de enfermedad neumocócica invasora a partir de los médicos asistenciales que atienden a los pacientes y, además, los laboratorios de microbiología están enviando al laboratorio regional de salud pública las cepas de neumococo identificadas. Durante 2007 se han detectado 113 casos presentados en niños menores de 5 años, se dispone de serotipificación en el 82,3 % de los casos. El 69,9 % de los menores de 5 años presentan el antecedente de vacunación con vacuna conjugada heptavalente. No se ha detectado ningún caso de fracaso vacunal de dicha vacuna. La proporción de serotipos incluidos en la vacuna conjugada heptavalente ha sido del 10,8 %.

Con los datos disponibles hasta el momento sobre incidencia y serotipos predominantes, todavía no se han podido realizar estimaciones sobre efectividad vacunal ni extraer conclusiones.

## Gestión de los servicios sanitarios

### Cartera de servicios estandarizados

#### Justificación

La cartera de servicios de atención primaria responde al catálogo de prestaciones a los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud en función de los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población. En ella se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y tributarios de ser atendidos por el primer nivel asistencial.

Desde su implantación, la cartera de servicios ha conseguido realizar una oferta homogénea de servicios con indicadores de cobertura, criterios de inclusión y criterios explícitos de buena atención, dar claridad a la oferta preferente de servicios a los ciudadanos, contribuir al desarrollo de cultura de evaluación y ser útil como herramienta de calidad mediante el ciclo evaluativo (evaluación - implantación de medidas de mejora de la calidad - reevaluación).

Sin embargo, la cartera de servicios adolecía de algunos aspectos, como la falta de su actualización a un ritmo adecuado, tanto en la adaptación a las necesidades y demandas como en la revisión de criterios de buena atención, comportar una carga de trabajo importante en el proceso evaluativo sin adecuación a la aplicación informática implantada en los centros de salud y limitación como herramienta de calidad ya que sólo se evaluaban de forma sistemática las coberturas, reflejándose sólo éstas en el índice sintético de resultados de evaluación.

Para fortalecer los logros y disminuir las debilidades, en 2004 el Grupo Clínico-Asesor de Atención Primaria de la extinta Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud decidió impulsar una revisión y actualización de la cartera de servicios, tanto en la estructura de la oferta de servicios como en los componentes de cada uno de ellos (cobertura y criterios de buena atención) con el fin de elevar a la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud una propuesta de cartera de servicios de atención primaria para la Comunidad de Madrid.

Por el Decreto 14/2005, de 27 de enero, se integró el Servicio Madrileño de Salud con el Instituto Madrileño de la Salud y se estableció su régimen jurídico y de funcionamiento.

El Servicio Madrileño de Salud, como responsable de la coordinación del Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009, establece como prioridad la revisión y actualización de la cartera de servicios, que en mayo de

2007 conllevó la definición de la cartera de servicios estandarizados de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

#### Población diana

Es la totalidad de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid tributarios de ser atendidos en el nivel de atención primaria por el Servicio Madrileño de Salud.

#### Características principales de su desarrollo

La nueva cartera está orientada a servicios de especial seguimiento y se establecen estándares de calidad, tanto para los indicadores de cobertura como para los criterios de buena atención. Por ello, se denomina cartera de servicios estandarizados de atención primaria. Asimismo, por primera vez se han establecido servicios y criterios “llave” de tal manera que el cumplimiento de ciertos servicios o criterios están condicionados al cumplimiento de otros.

La cartera de servicios estandarizados de atención primaria de la Comunidad de Madrid se define como “la oferta de prestaciones y servicios a los ciudadanos de especial seguimiento, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña, que son susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”.

Se define servicio estandarizado como “conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de atención primaria para prevenir o atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”.

Los servicios que constituyen la cartera están definidos cuantitativa y cualitativamente:

- Cuantitativamente mediante un indicador de cobertura cuyo numerador es el criterio de inclusión en dicho servicio y el denominador, la población diana claramente especificada. Si no se dispone de un método fiable de cuantificar la población diana, la cobertura se establece mediante un ratio en que el denominador es el número de profesionales tributarios de realizar la actividad.
- Cualitativamente mediante criterios de buena atención que cumplan los siguientes requisitos: ser objetivables, ser fácilmente medibles, gozar de evidencia científica o, al menos, de consenso científico, poderse utilizar para una evaluación retrospectiva y ser verificables. Los criterios de buena atención pueden hacer referencia a una sola actividad o estar desglosados en varias.

El establecimiento de estándares para los indicadores de cobertura y para los criterios de buena atención es un paso muy relevante en el desarrollo de la cartera, pues potencia su utilización como herramienta de calidad y de gestión.

Aspectos destacables de su implantación

La metodología de trabajo para la actualización se ha basado en la participación y consenso de los profesionales de atención primaria, mediante representación tanto de los profesionales asistenciales como de los gestores y sociedades científicas de atención primaria.

Con este fin, se constituyeron grupos nominales de 6 a 8 personas para la realización de propuestas de un grupo de servicios similares. Las personas designadas fueron representativas de los profesionales involucrados en el desarrollo de las actuaciones.

En este sentido, se planteó la constitución de grupos de trabajo formados por:

- Responsables de cartera de servicios de las gerencias de atención primaria.
- Miembros del Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria o profesionales designados por las sociedades científicas representadas en dicho grupo.
- Profesionales del Servicio de Programas Asistenciales de la Dirección General del extinto Instituto Madrileño de la Salud y, actualmente, Dirección General del Servicio Madrileño de Salud.
- Profesionales que formaron parte del Grupo de Trabajo de Cartera de Servicios del extinto Insalud (Instituto Nacional de la Salud).
- En los servicios en que se estimó pertinente, se incorporaron profesionales de la Dirección General de Salud Pública.

Los grupos hicieron una propuesta de cada servicio en los siguientes términos:

- *Indicador cuantitativo:* en los servicios de base poblacional se definió el indicador de cobertura en función de la población tributaria de ser incluida en el servicio según edad y sexo y de los criterios de inclusión; en los servicios de base profesional se definió los profesionales involucrados en la realización de la actividad. La propuesta se argumentó por la efectividad demostrada o, en su defecto, por el consenso científico de los expertos, especificando la bibliografía y documentación científica consultada.
- *Criterios de buena atención:* según los requisitos comentados anteriormente. La propuesta se argumentó por la efectividad demostrada o, en su defecto, por el consenso científico de los expertos, especificando la bibliografía y documentación científica consultadas.

Tras la revisión y valoración de la comisión científico-técnica, formada por los representantes de las sociedades científicas y asociaciones de atención primaria y colegios profesionales, se definieron 42 servicios, que están en consonancia con la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre):

- Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables.
- Seguimiento del Desarrollo en la Infancia.
- Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia.
- Detección Precoz de Problemas en la Infancia.
- Atención a Niños con Asma Activa.
- Atención a Niños con Obesidad.
- Atención Dental en la Infancia.
- Promoción de la Salud en la Adolescencia.
- Atención a la Mujer Embarazada.
- Preparación para el Parto y la Maternidad.
- Visita Puerperal.
- Información de Métodos Anticonceptivos.
- Seguimiento de Métodos Anticonceptivos Hormonales.
- Atención a la Mujer en el Climaterio.
- Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino.
- Detección Precoz de Cáncer de Mama.
- Vacunación Antigripal.
- Vacunaciones en el Adulto.
- Promoción de Estilos de Vida Saludables en el Adulto.
- Detección de Problemas de Salud Prevalentes en el Adulto.
- Valoración de Riesgo Cardiovascular en el Adulto.
- Atención a Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial.
- Atención a Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus.
- Atención a Pacientes Adultos con Hipercolesterolemia.
- Atención a Pacientes Adultos con Obesidad.
- Atención a Pacientes Adultos con Cardiopatía Isquémica.
- Atención a Pacientes Adultos con Insuficiencia Cardíaca.
- Seguimiento de Pacientes Adultos con Anticoagulación Oral.
- Atención a Pacientes Adultos con Asma.
- Atención a Pacientes Adultos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Atención al Consumo de Tabaco en el Adulto.
- Atención al Consumo de Alcohol en el Adulto.
- Prevención y Detección de Problemas en Personas Mayores.
- Atención a la Persona Mayor Frágil.
- Atención al Paciente con Demencia.
- Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados.

- Atención en Cuidados Paliativos.
- Educación para la Salud en Centros Educativos.
- Educación para la Salud con Grupos.
- Cirugía Menor.
- Fisioterapia.
- Detección de Riesgo de Maltrato Familiar.

Metodología de evaluación. Indicadores desarrollados

La cartera de servicios, como herramienta de calidad, además de continuar fomentando el ciclo evaluativo, da un paso más, estableciendo estándares tanto en los indicadores cuantitativos como en el cumplimiento de criterios de buena atención de cada servicio.

Para ello se han establecido tres niveles de estándares ponderados:

- Estándar mínimo.
- Estándar aceptable.
- Estándar óptimo.

Los estándares son aplicables tanto a la cobertura (COB) como a los criterios de buena atención (CBA) de cada uno de los servicios.

Los resultados posibles y conclusiones de la evaluación:

- COB y CBA en el mismo estrato: servicio en dicho estrato.
- COB y CBA en diferente estrato: servicio en el estrato inferior.
- COB y/o CBA no alcanzan el estrato mínimo: servicio con oferta inferior al mínimo definido.
- COB y CBA alcanzan el estrato óptimo: servicio acreditado.

Para el establecimiento de estándares en CBA para cada servicio se han seguido los siguientes pasos:

- En cada servicio, para cada uno de los CBA y los ítems en que se desglosan se definen los 3 niveles (mínimo, aceptable y óptimo) en función de los criterios seleccionados.
- La asignación del estrato se iniciará, por tanto, en el máximo nivel de desagregación de cada CBA, procediendo a consolidar de forma ascendente el resultado de la evaluación del CBA. Ejemplos:
  - Servicios con un solo CBA no desglosado en ítems: el estrato asignado será el del propio CBA.
  - Servicios con varios CBA no desglosados en ítems: se calculará la media aritmética de las puntuaciones (de 0 a 5) de cada CBA y el resultado de dicha media será el estrato alcanzado para el conjunto de los CBA del servicio, de la siguiente forma:
    - CBA inferior a 1: servicio con oferta inferior al mínimo definido.
    - CBA entre 1 o inferior a 1 e inferior a 3: servicio en estrato mínimo.

- CBA entre 3 o inferior a 3 e inferior a 5: servicio en estrato aceptable.
- CBA de 5: servicio óptimo.
- Servicios con uno o más CBA desglosados en ítems: se calculará la media aritmética de las puntuaciones (de 0 a 5) de cada ítem, y el resultado de dicha media será el estrato alcanzado por el CBA, de la misma forma que la especificada en el punto anterior. Seguidamente, se procederá con el mismo método que debe consolidar la evaluación de los diferentes CBA para obtener el resultado global del servicio.

Con el fin de estandarizar el procedimiento de evaluación, se prefijan los 3 estratos en 60, 75 y 90, y se aplica un factor de corrección (positivo o negativo) en función de los siguientes criterios:

- Número de intervenciones al año necesarias para cumplir el criterio de cobertura o de buena atención.
- Magnitud de la población objeto del servicio.
- Tiempo dedicado a la actividad unitaria.
- Profesionales implicados en la consecución del objetivo (uno o más estamentos).
- Percepción de los profesionales sobre la aceptabilidad de la acción por el usuario.
- Disponibilidad de recursos (propios de atención primaria o necesidad del concurso de atención especializada).

Además, como factor de corrección de la cobertura, se tiene en cuenta el tiempo de implantación del servicio, es decir, el nivel de exigencia de la cobertura será menor en el caso de servicios nuevos.

La asignación de la puntuación de cada factor se realizó por consenso en los grupos de trabajo definidos para tal fin.

Una excepción a esta metodología la constituye la estandarización de la cobertura de los servicios en que su expresión no es porcentual. En dichos casos, en cada evaluación se calcula las medidas de centralización y dispersión (media y desviación típica) obtenidas, considerando el área de salud como unidad (dentro de cada área se deberá considerar cada equipo de atención primaria como unidad para valorar resultados y desviaciones). Los estándares mínimo, aceptable y óptimo se establecen en función de los resultados de centralización y dispersión.

Para determinar el valor del estándar de cada ítem/criterio se procedió de la siguiente forma:

- Obtención del sumatorio de puntuaciones de cada factor.
- Cálculo del valor porcentual obtenido respecto al máximo posible (5 puntos  $\times$  6 factores = 30).

- Obtención del valor de cada estrato, multiplicando dicho valor porcentual por:
  - 0,60 para el mínimo.
  - 0,75 para el aceptable.
  - 0,90 para el óptimo.

Respecto a los servicios y criterios “llave”, se han definido servicios y criterios “llave”, por lo que si en estos servicios y criterios no se logra el estándar mínimo, no se pueden dar por cumplidos otros servicios o criterios que son secuenciales y su cumplimiento está condicionado por el cumplimiento de los previos. Por tanto, son requisitos para considerarlos como “llave”:

- Que formen parte una secuencia lógica y encadenada de actividades.
- Que no sean el último paso de dicha secuencia.

De este modo, si no se alcanza el nivel mínimo prefijado en el servicio o criterio llave, los que le siguen en la secuencia se considerarían, asimismo, por debajo del mínimo (valor 0). Los criterios que siguen secuencialmente al criterio llave nunca podrán alcanzar valores superiores a éste.

En la tabla 19 se exponen los servicios como “llave” para la evaluación.

**TABLA 19. Servicios llave en la cartera de servicios estandarizados, 2007 (Madrid)**

Servicio llave	Del Servicio
Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto: CBA 1 (consumo de tabaco)	Atención al consumo de tabaco en el adulto
Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto: CBA 2 (consumo de alcohol)	Atención al consumo de alcohol en el adulto
Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto: CBA 4 (tensión arterial)	Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial
Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto: CBA 5 (índice de masa corporal)	Atención a pacientes adultos con obesidad
Prevención y detección de problemas en las personas mayores	Atención a la persona mayor frágil

CBA, criterios de buena atención.

En los contratos de gestión de atención primaria se consideran los objetivos que deben alcanzarse en actividad, calidad y financiación de las gerencias de atención primaria, además de otros factores que se consideran oportunos. La cartera de servicios es un elemento relevante tanto desde el punto de

vista de actividad como de calidad. Por ello, es necesario definir un índice sintético de compromiso y de cumplimiento que englobe tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos.

El cálculo del índice sintético se realiza de acuerdo con el factor de ponderación (FP) que se establece para los servicios en cada estrato de calidad:

- $FP_1$  = ponderación de los servicios en estándar mínimo.
- $FP_2$  = ponderación de los servicios en estándar aceptable.
- $FP_3$  = ponderación de los servicios en estándar óptimo.
- M = servicio con estándar mínimo.
- A = servicio con estándar aceptable.
- O = servicio con estándar óptimo.

El cálculo del índice sintético se realiza de la siguiente manera:  $(FP_1 * \Sigma M) + (FP_2 * \Sigma A) + (FP_3 * \Sigma O) / \text{máximo alcanzable}$ .

Siguiendo la misma valoración para los estratos de los estándares, la ponderación para los servicios con estándar mínimo es 1, para los servicios con estándar aceptable es 3 y para los servicios con estándar óptimo es 5.

Por ejemplo, si un área o unidad funcional ha alcanzado el estándar mínimo en 20 servicios, el estándar aceptable en 18 y el estándar óptimo en 4, su índice sintético será:

$$\text{Índice sintético} = (1*20) + (3*18) + (5*4) / (5*42) = 94 / 210 = 44,76 \%$$

En octubre de 2008 se realizará la primera evaluación con la citada metodología.

## Equidad de género en la atención a la salud

### Estrategia regional de acciones en salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres

#### Justificación

Existe consenso en reconocer que la violencia de pareja hacia las mujeres provoca graves problemas de salud en este grupo de población y requiere atención desde el sistema sanitario.

La Consejería de Sanidad y Consumo mantiene varias líneas de trabajo en relación con el problema de la violencia hacia las mujeres desde el año 1999, cada una de las cuales ha generado el desarrollo de diferentes acciones. Estas acciones se han basado en las necesidades detectadas a través de las distintas investigaciones y la experiencia del trabajo previo, y actualmente se encuadran en el marco legislativo vigente tanto a nivel estatal (Ley Orgá-

nica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género) como regional (Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid).

La violencia de pareja hacia las mujeres produce graves consecuencias en su salud, la de sus hijas e hijos y la de otras personas que dependen de ellas. El resultado más visible, aunque no el más frecuente, es la muerte. En España, en los últimos años se está recogiendo información sobre el número de mujeres asesinadas como consecuencia de la violencia de género. En el año 2006<sup>1</sup>, 93 mujeres murieron por esta causa, 70 de ellas a manos de su pareja o ex pareja. En el año 2007, hasta la fecha, 23 de las 26 mujeres asesinadas lo han sido por su pareja o ex pareja. En la *Comunidad de Madrid son 5 las mujeres asesinadas en los 4 primeros meses del año*.

El objeto que justifica este informe es dar a conocer la *Estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de la pareja hacia las mujeres*, puesta en marcha en la Comunidad de Madrid desde la Consejería de Sanidad y Consumo, que se sustenta en una estructura estable de coordinación sanitaria denominada Comisión Técnica de Coordinación de las Acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria orientadas a la Prevención, Detección Precoz y Atención a la Salud de las Mujeres Víctimas de la Violencia de Pareja (comisión técnica) de la cual forman parte representantes de cuatro direcciones generales de la Consejería de Sanidad (Salud Pública y Alimentación, Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica, Servicio Madrileño de Salud y Agencia Laín Entralgo) y la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Empleo y Mujer. Con esta Comisión se pretende fortalecer el compromiso de afrontamiento de la violencia de pareja hacia las mujeres en todos los niveles de la institución sanitaria.

### Población diana

La Estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres se dirige a diferentes poblaciones diana:

- Mujeres de la población general.
- Mujeres maltratadas.
- Profesionales de todos los niveles de atención y ámbitos del sistema sanitario, cuyas actividades puedan estar implicadas en el afrontamiento de la violencia hacia las mujeres, incluidos los equipos directivos.
- Profesorado de las escuelas universitarias de enfermería de la comunidad autónoma.
- Otros trabajadores del sistema sanitario.

1 Fuente: red feminista ([www.redfeminista.org](http://www.redfeminista.org)).

## Características principales de su desarrollo

Todas las acciones que actualmente se desarrollan desde el sistema sanitario para el afrontamiento de la violencia hacia las mujeres se constituyen bajo la Estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres. Esta estrategia recoge y amplía las líneas de trabajo previamente iniciadas por la Consejería y que se resumen a continuación:

- 1) *Coordinación institucional.* Está fomentada por la Comisión Técnica que depende de la Comisión de Dirección del Consejero de Sanidad y Consumo. La presidencia la ostenta el director general de Salud Pública y Alimentación y tiene por funciones dinamizar, desarrollar y coordinar las acciones que afectan el conjunto de la Consejería en el afrontamiento de los problemas de salud derivados de la violencia.
- 2) *Sistemas de información y registro.* Se ha realizado un análisis de situación de los registros clínico-administrativos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid a partir de aquel que la Dirección General de Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica ha elaborado un informe. Con este punto de partida se pretende optimizar la recogida de información y su codificación en los registros existentes tanto de atención primaria como de atención especializada y en aquellos que se creen en el futuro.
- 3) *Vigilancia epidemiológica.* Se pretende obtener y monitorizar la información sobre frecuencia, tendencia, costes e impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres en la comunidad autónoma. Durante el año 2004 se llevó a cabo la primera encuesta transversal realizada en población general con mujeres de 18 a 70 años cuyos resultados han permitido conocer los factores sociodemográficos y de salud asociados con la violencia hacia las mujeres, así como sus repercusiones en el sistema sanitario.
- 4) *Investigación.* Para profundizar en el conocimiento de la violencia en la región, hasta el momento actual se han realizado dos investigaciones. La investigación La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud, de carácter estratégico, ha permitido orientar las intervenciones sanitarias mientras que la investigación denominada Los costes sanitarios de la violencia ha permitido estimar los costes atribuibles a la atención sanitaria a las mujeres maltratadas, así como la magnitud del problema.
- 5) *Asistencia sanitaria.* Esta línea estratégica pretende implementar las estrategias de intervención en atención primaria y en atención especializada y dotar a esta última de elementos organizativos que mejoren la asistencia a las mujeres que sufren violencia:

- Se constituyeron dos grupos de trabajo uno de atención primaria y otro de atención especializada con el objeto de elaborar instrumentos de apoyo para las y los profesionales sanitarios.
  - En cuanto al desarrollo de los aspectos de estructura y organización hospitalaria contempla la constitución obligatoria en los hospitales de determinadas comisiones clínicas, así como también la creación de aquellas que se consideren oportunas. Éste es el caso de la Comisión contra la Violencia que, siguiendo dicha estructura y organización, se ha constituido en junio de 2006 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, dependiendo de la Comisión Central de Garantía de Calidad. Su misión es servir de órgano de asesoramiento de la junta técnico-asistencial y de la dirección médica o asistencial de cada centro, al igual que otras comisiones clínicas.
  - La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, en coordinación con la Dirección General de la Mujer, diseñó el Programa Atiende, como un recurso específico para dar cumplimiento a las medidas de asistencia establecidas en la Ley 27/2003, de 31 de julio, y en el Decreto 256/2003, de 27 de noviembre, para las mujeres afectadas por la violencia de género y sus hijos e hijas. Este programa inició su actividad el 15 de marzo de 2005 y tiene como objetivo general valorar la salud mental de las mujeres con orden de protección y de sus hijos e hijas con el fin de emitir el correspondiente informe clínico con anticipación de uso legal, así como la atención y seguimiento de los casos que lo precisen y la derivación al recurso más adecuado.
- 6) *Formación y sensibilización.* La Consejería de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Laín Entralgo, ha desarrollado un programa formativo, integrado dentro del Plan Anual de Formación Continua, dirigido a los distintos profesionales de la salud que participan en cualquiera de las etapas de asistencia a las mujeres víctimas de la violencia de género, con una valoración global de las actividades por los alumnos de 8,1. Durante 2006 se ha dado un salto cualitativo importante al enmarcarse la estrategia de formación en el trabajo de la Comisión Técnica contra la violencia de género de la Consejería de Sanidad y Consumo y ser asumida por la Agencia Laín Entralgo y la Dirección General de Salud Pública, así como por el Servicio Madrileño de Salud, lo que a su vez está en estrecha relación con la incorporación de protocolos de actuación en materia de violencia de pareja hacia las mujeres en ambos niveles asistenciales.
- 7) *Promoción de la salud/prevencción primaria.* En esta línea se está trabajando para la integración progresiva de acciones de prevención

primaria de la violencia en los instrumentos de planificación intra e intersectorial promovidos por la Consejería de Sanidad y Consumo. Para ello se ha constituido un grupo de profesionales que están trabajando con el objetivo de “definir criterios clave para orientar la prevención primaria de la violencia de pareja hacia las mujeres con perspectiva de género”.

- 8) *Evaluación.* Se está trabajando en la planificación del diseño de evaluación de la efectividad de la Estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres. Con ello se pretende contribuir a la mejora del diseño de los procesos y de los resultados de la estrategia regional.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

En lo referente a la implantación de la estrategia, uno de los aspectos más destacables por su trascendencia es la existencia de órganos de coordinación intra e interinstitucionales ya que permiten avanzar de forma paralela en distintos ámbitos y niveles de intervención y facilitar así la efectividad de las acciones implementadas.

Otro aspecto relevante para la implementación de la estrategia es la necesidad de formación de los profesionales para afrontar un problema relativamente nuevo para el sistema sanitario. Sólo en los últimos años se habla de la violencia hacia las mujeres como un problema de salud. Los profesionales no conocían este problema y no habían recibido formación específica para abordarlo. Por ello, una de las prioridades de la estrategia es la línea de formación y sensibilización. Las acciones formativas cumplen, además, otros objetivos secundarios, como la contribución a amplificar el discurso social de nula tolerancia ante la violencia hacia las mujeres y de la necesidad de llegar a la igualdad real entre hombres y mujeres, en una sociedad que no discrimine a las mujeres por el hecho de serlo.

Es, asimismo, muy importante considerar las dificultades que los sistemas de información existentes plantean a la hora de monitorizar la información sobre este tipo de violencia y la necesidad de establecer métodos específicos con tal objeto.

También se debe señalar la importancia de la implementación de la propia estrategia como instrumento que contribuirá a la reorientación de los servicios sanitarios hacia los nuevos problemas de salud que afectan a una sociedad sometida a procesos de transformación.

La presencia de profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas y áreas de conocimiento ha permitido visualizar el problema desde diferentes perspectivas y contribuir así a la búsqueda de soluciones más efectivas ante un problema tan complejo.

La integración en el diseño de las acciones de los destinatarios de éstas facilita la aceptación y el mantenimiento en el tiempo de las intervenciones.

## Metodología

La metodología principalmente está basada en lo siguiente:

### 1) *Coordinación intra e interinstitucional:*

- Comisión Técnica de Coordinación de las Acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria orientadas a la Prevención, Detección Precoz y Atención a la Salud de las Mujeres Víctimas de la Violencia de Pareja; en su seno, además de coordinar y agilizar las acciones en salud, mantiene reuniones de periodicidad mensual en las cuales se realiza el seguimiento de las acciones programadas, se priorizan las intervenciones y se toman las medidas necesarias para su implementación. La comisión elabora un plan de trabajo y un informe que anualmente resume las actividades realizadas y su grado de desarrollo.
- Coordinación de acciones a través de las comisiones hospitalarias frente a la violencia que se encargarán del seguimiento de los casos de violencia de pareja hacia las mujeres detectados en el hospital.
- Coordinación con el nivel estatal: la Comunidad Autónoma de Madrid a través de su representante en la Comisión Técnica del Consejo Interterritorial informa sobre la evolución de las acciones de violencia programadas por la Consejería de Sanidad y Consumo, tal y como se recoge en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

### 2) *Creación de grupos de trabajo delegados de la comisión técnica, encargados de realizar diferentes instrumentos específicos de apoyo a los profesionales de la salud entre los cuales cabe destacar:*

- Grupo de trabajo para la elaboración de un documento técnico de actuación en violencia de pareja hacia las mujeres, dirigido a profesionales de atención primaria de salud que facilite la intervención de los profesionales en consulta en materia de violencia de pareja hacia las mujeres.
- Grupo de trabajo para la elaboración del documento técnico de actuación en violencia de pareja hacia las mujeres, dirigido a profesionales de atención especializada, que facilite la intervención de los profesionales en materia de violencia de pareja hacia las mujeres.

- Grupo de trabajo para la elaboración del documento Definición de los criterios básicos para el diseño de acciones formativas relativas a la violencia hacia las mujeres.
- Grupo de trabajo para la elaboración del documento Prevención primaria de la violencia de pareja hacia las mujeres desde la perspectiva de género, para apoyo de los profesionales que realizan acciones de prevención primaria en esta materia.
- Grupo de trabajo para la incorporación de la perspectiva de género y de la problemática de la violencia contra las mujeres en los estudios de grado y posgrado en ciencias de la salud.

3) *Participación en acciones y grupos de trabajo:*

- Participación en las acciones demandadas por la Comisión Técnica de Violencia de Género del CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) y elaboración de informes semestrales.
- Participación en el grupo de trabajo para la elaboración del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, de la Comisión de Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Participación en el grupo de trabajo de aspectos éticos y legales que se convoca en el marco de la Comisión Técnica de Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con reuniones periódicas.
- Participación en el seguimiento y evaluación del Plan de Acciones contra la Violencia de Género desarrollado por la DGM (Dirección General de la Mujer) e informes anuales.
- Colaboración permanente con el Consejo de la Mujer como órgano consultivo para la planificación de actividades de promoción de salud de las mujeres y reuniones semestrales.

4) *Elaboración de informes y documentos técnicos destinados a difundir el conocimiento:*

- La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documento técnico de Salud Pública n.º 86. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; Madrid, 2003.
- La violencia de pareja hacia las mujeres y los servicios de salud. Documento técnico de Salud Pública n.º 92. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

### 5) *Interdisciplinariedad:*

Todos los grupos de trabajo están formados por profesionales de diversas áreas de conocimiento, hecho que permite tener una visión más global del problema de la violencia y facilita la sostenibilidad de las acciones.

#### Resultados más destacables

Los resultados de que disponemos hasta el momento son resultados intermedios entre los cuales cabe destacar:

- Resultados de la investigación señalada anteriormente que aportan información sobre la demanda de las mujeres maltratadas al sistema sanitario y la respuesta que obtienen. Esta investigación se ha publicado en forma de documento técnico<sup>2</sup> del cual se han distribuido 2.500 ejemplares. Asimismo, se dispone de resultados de prevalencia<sup>3</sup>, factores de salud asociados con este tipo de violencia y una estimación del coste sanitario de la violencia de pareja hacia las mujeres.<sup>4</sup>
- Amplia variedad de actividades formativas que se imparten anualmente y elevado número de profesionales que participan en ellas. En el período comprendido entre el 30 de junio de 2005 y el 31 de diciembre de 2006 se ha desarrollado un conjunto de 34 acciones formativas, 685 horas lectivas con 1.503 participantes (información facilitada para el Informe del Sistema Nacional de Salud sobre violencia de género del año 2006). En 2007 se ha realizado un curso de formación de formadores
- Elaboración de diversos instrumentos de apoyo a los profesionales para la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia (citados en el apartado de metodología del presente informe).

Los órganos de coordinación y en concreto la Comisión Técnica ha brindado las oportunidades para:

- *Mejorar* la identificación de las necesidades y el proceso de toma de decisiones informadas.
- *Agilidad en la toma de decisiones.*

2 Documento técnico: *La violencia de pareja hacia las mujeres y los servicios de salud*. Documento técnico de Salud Pública n.º 92. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. [www.publicaciones-isp.org](http://www.publicaciones-isp.org)

3 *Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid 2004*. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, 2005.

4 Pendiente de publicación.

- *Potenciar la credibilidad y confianza* en la estructura de coordinación.
- *Facilitar la cohesión y coherencia de las acciones*: permite tomar decisiones consensuadas y elevar las propuestas que se consideren pertinentes al presidente de la comisión.
- *Mantener una estructura estable de coordinación* que favorezca la sostenibilidad de las acciones.

Tal y como se ha indicado al hablar de evaluación en el tercer apartado de este documento, se está trabajando en el diseño de la evaluación de la estrategia, por lo que en relación con la repercusión sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres, objeto último de la estrategia, es difícil valorarla en el momento actual. Sin embargo, es preciso señalar que las acciones de promoción de la salud siempre mejoran la calidad.

## Atención a la salud de los inmigrantes

### Proyecto multidisciplinario de intervención para personas que ejercen la prostitución (PEP) mayoritariamente inmigrantes, en el área 9 del Sermas

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Los datos epidemiológicos en el municipio de Fuenlabrada indicaban un aumento considerable de las enfermedades de transmisión sexual y, sorprendentemente, en población de mínimo riesgo (adolescentes y jóvenes). Desde el Servicio de Dermatología del Hospital de Fuenlabrada se alertaba del importante incremento de casos de gonococia, sífilis y condilomas acuminados en chicos y chicas menores de 25 años. La posible causa de esta situación, junto con la falta de medidas de protección, podía tener que ver con los contactos de riesgo con mujeres que ejercen la prostitución, en locales o en la calle, en dicho municipio.

En el municipio de Fuenlabrada existía un área de prostitución callejera en un polígono industrial, con una alta concentración de mujeres inmigrantes, que hacía evidente no sólo el problema de salud público ya referido por el contagio/diseminación de las enfermedades de transmisión sexual, sino también un problema social de marginación, explotación y vejación que estas mujeres sufrían.

El Ayuntamiento de Fuenlabrada, a través de la Concejalía de Mujer, había iniciado un programa de prevención y atención a mujeres prostitui-

das, en concierto con la ONG APRAMP (Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida), que contactaba con ellas en la calle y clubes del municipio. También la ONG Cáritas llevaba tiempo acompañando a las mujeres del referido polígono.

A través de un foro de servicios sociales se impulsó una comisión de salud que interviniera en el colectivo, en la cual se participó desde la Gerencia de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública, Policía Local, Policía Nacional, Casa de la Mujer, Cáritas y APRAMP para definir las posibilidades de actuación de cada entidad y elaborar un circuito común.

Ante semejante situación, que excede las competencias de los profesionales de la salud, este grupo de mujeres que ejerce la prostitución podían ser vulnerables a esta intervención y se veía factible realizar actividades de promoción y prevención sobre este colectivo.

Por esta razón, los organismos que tenían competencia/implicación en esta problemática se pusieron de acuerdo y planificaron un plan de intervención con los siguientes objetivos:

- Facilitar la atención de los problemas de salud que presentaran.
- Realizar un abordaje psicosocial.
- Plantear estrategias de salud pública que aminoraran la elevada transmisión de enfermedades de transmisión sexual a colectivos de ciudadanos, tanto de diagnóstico como de tratamiento.
- Promover su integración social y el acceso a los recursos institucionales.

El plan que a continuación se detalla fue realizado conjuntamente por la Gerencia de Atención Primaria de la novena área sanitaria, el Hospital de Fuenlabrada (servicios de Admisión, Atención al Paciente, Urgencias, Ginecología y Dermatología), Ayuntamiento de Fuenlabrada y las ONG que estaban trabajando en el proyecto como mediadoras de esta población y que desempeñaron un papel esencial en la puesta en marcha e implementación de este programa denominado Proyecto PEP (personas que ejercen la prostitución) al constituirse como mediadoras entre las instituciones y el colectivo.

#### Población diana

Se trataba de mujeres que ejercen la prostitución en la calle y en clubes en el municipio de Fuenlabrada, mayoritariamente inmigrantes.

#### Características principales de su desarrollo

Los aspectos más destacables del programa fueron los siguientes:

**Evitar la exclusión social.** Los dispositivos sanitarios (centros de salud o el Servicio de Urgencias del hospital) representaban lugares privilegiados de captación de estas mujeres, por lo que los profesionales que trabajaban allí fueron informados del proyecto con el fin de que facilitasen información a las mujeres de las ayudas sociales que desde el Ayuntamiento se les podían prestar y por tal razón se les remitiese a la Casa de la Mujer del Ayuntamiento de Fuenlabrada.

**Normalizar su situación sanitaria.** Con el fin de que dichas mujeres pudiesen ser titulares de derecho de tarjeta sanitaria, era importante que estuviesen empadronadas y, preferiblemente, no en el lugar donde viven (la mayoría vivía fuera del municipio de Fuenlabrada), sino donde trabajan con el fin de poder asignarlas a alguno de los equipos de atención primaria aledaños a su zona de trabajo. Las negociaciones con el Ayuntamiento para facilitar algún tipo de empadronamiento especial fueron infructuosas. Las situaciones con que nos encontrábamos eran las siguientes:

- Mujeres que reúnen los requisitos recogidos en la Orden 1.285/2006, de 22 de junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual (TSI) en el ámbito de la Comunidad de Madrid, por lo que pueden solicitar la TSI.
- Mujeres que se encuentren en situación de exclusión social y que, por sus especiales circunstancias, no puedan acreditar su personalidad o tengan imposibilidad para empadronarse en Fuenlabrada.
- Mujeres que no pueden incluirse en ninguno de los dos apartados.

Independientemente de su situación regular o no, las mujeres que se incluyen en el programa fueron asignadas a profesionales de medicina y enfermería que voluntariamente quisieron participar en el proyecto, que estuvieran sensibilizados con el problema y que compartieran sus objetivos.

Los circuitos de citación se describen a continuación.

***Circuito para la obtención de la tarjeta sanitaria.*** El procedimiento para la tramitación de la TSI variará en función de la vía que se utilice:

- Aquellas mujeres que tengan TSI en vigor y residan en otra área de la Comunidad de Madrid o en otra comunidad autónoma acudirán a la unidad del centro donde vaya a ser atendida para que allí se les emita un documento de asistencia a desplazados. Deben presentar la tarjeta sanitaria en vigor. Este documento tiene validez durante 3 meses y puede ser prorrogado otros 3 meses más.
- Aquellas mujeres, españolas o extranjeras, que tengan establecida su residencia en la Comunidad de Madrid y acrediten carecer de recursos económicos suficientes acudirán a la unidad del centro donde

vayan a ser atendidas para tramitarles la TSI como *ciudadanas sin recursos suficientes*. Deberán aportar la documentación necesaria en estos casos: documento de identificación personal, volante de empadronamiento (Fuenlabrada), fotocopia compulsada de la declaración del IRPF (impuesto sobre la renta de las personas físicas) del último ejercicio y declaración jurada de no tener rentas suficientes (en el centro se les facilita modelo). Esta tarjeta sanitaria es un documento que tiene validez de 1 año. Transcurrido este plazo, haya variado o no su situación económica, deben iniciar de nuevo el trámite.

- A aquellas mujeres en situación de exclusión social y que carecen de documentación acreditativa de su personalidad y/o imposibilidad de empadronarse se les podrá solicitar el *documento para la atención sanitaria* (DAS) en el centro de salud donde vayan a ser atendidas. Para ello deben dirigirse a la trabajadora social del centro correspondiente. La trabajadora social del centro les emitirá un informe social para personas en situación de exclusión social, con el cual no será requerido el certificado de empadronamiento. Este documento debe ir *acompañado de un informe médico* donde se indique claramente la necesidad de seguimiento médico. El período de vigencia será de 6 meses, prorrogable a otros 6 meses, previa solicitud. Dentro de este plazo se trabajaría con la persona con el fin de ir sacándola de la exclusión.

**Circuito para citación en consulta (fig. 7).** Las mujeres, individualmente o a través de los mediadores, solicitaran cita, en el mostrador o por teléfono. Deben identificarse como proyecto *PEP*. Se les asignará una cita programada (3 huecos) con cualquier profesional del centro de salud incluido en el proyecto. La primera cita que se concierte se registrará en OMI como ficha rápida. Se dará una cita forzada en la agenda seleccionada.

**Actividades sanitarias.** Dada las peculiaridades de este tipo de población, se contempló la necesidad de seleccionar determinados centros de salud, y de éstos, a determinados profesionales (de medicina y enfermería) que fuesen referentes para el abordaje de esta población. Dichos profesionales, además, eran referentes y enlaces con las ONG (Cáritas y APRAMP) que trabajaban como mediadoras con esta población.

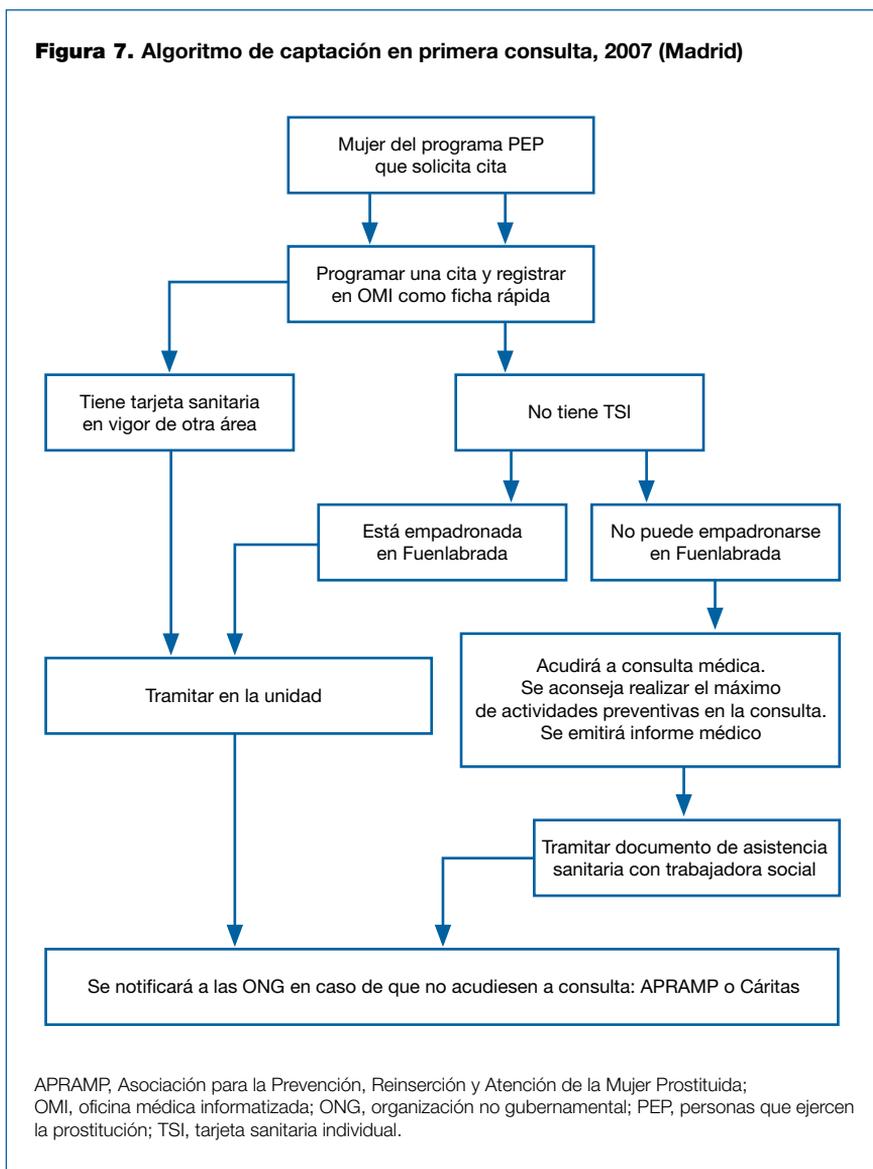
Entre las actividades que deben realizarse se incluyen las siguientes:

**Planificación familiar:**

- Planificación familiar. Posibilidad de gratuidad. Se solicitarán preservativos en la Consejería de Sanidad. Programa de Prevención de VIH (tel.: 912 052 328; [jose.garciaruiz@salud.madrid.org](mailto:jose.garciaruiz@salud.madrid.org)).

- Explicación de los diferentes métodos:
  - Preservativo masculino y femenino: explicaciones y demostración.
  - DIU (dispositivo intrauterino): descartar contraindicaciones. Derivación a Ginecología.

**Figura 7. Algoritmo de captación en primera consulta, 2007 (Madrid)**



- Diafragma: descartar contraindicaciones.
- Anticoncepción hormonal: elegir el preparado de menor dosis.
- Información ante relaciones no protegidas (píldora del día después):
  - Debe valorarse la entrega de las recetas previamente a las mujeres o a las mediadoras.

***Prevención de enfermedades de transmisión sexual:***

- Serología del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) cada 6 meses.
- Hepatitis B: si es negativa, debe vacunarse con pauta corta.
- Lúes.
- Exudado endocervical y vaginal, con síntomas o sin ellos, incluyendo faringe: tres tomas (vaginal, endocervical y faringe) en torundas sin medio. En el momento actual, posiblemente lo más operativo sea derivarla a Ginecología (Hospital de Fuenlabrada) para la realización de exudado y realizarle las serologías en el centro de salud (Hospital de Leganés) cuando se la cite en la consulta de atención primaria.
- Exploración genital.

***Vacunación:***

- Triple vírica.
- Hepatitis B (previa serología).
- *Tetanos difteriae*.

***Actividades preventivas:***

- Citologías anuales.
- Mamografía bienal a partir de los 50 años.
- Determinación de colesterol a partir de los 45 años. Si existe sospecha clínica, debe valorarse la indicación de hemograma para descartar la existencia de anemia. Si existe eosinofilia en personas procedentes de África o Sudamérica, puede hacernos sospechar la existencia de parasitosis.
- Test de Mantoux, sólo si cumplen los tres criterios:
  - Llevan menos de 5 años en España.
  - Tiene menos de 30 años.
  - Existe el convencimiento de que, en los casos indicados, realizará la quimioprofilaxis adecuadamente. Si hay más de 5 mm, se realizará radiografía de tórax. Si ésta es normal, sólo se realizará quimioprofilaxis en caso de que haya más de 10 mm.

### **Seguimiento y revisiones**

Se realizará de forma individualizada en función de las necesidades y los problemas identificados. Se propone:

- Al mes de la primera visita, para entregar resultados de las muestras solicitadas, apoyo en la cumplimentación de los ACH y en las prácticas de riesgo, y, en caso de indicación, poner la segunda dosis de la vacuna de la hepatitis B y de *tetanos difteriae*. Actividades de educación para la salud.
- A los 3 meses, para control de los efectos secundarios, olvidos, etc. Determinación de peso y tensión arterial. Actividades de educación para la salud.
- A los 6 meses, para revisión de lo anterior y nueva valoración de los factores de riesgo. Vacunación de la tercera dosis de hepatitis B, en caso de indicación. Actividades de educación para la salud.
- Al año, actividades de educación para la salud. Tercera dosis de *tetanos difteriae*, en caso indicado.

**Actividades de educación para la salud.** Se considera fundamental complementar la atención individual con actividades de educación para la salud grupal. Por ello, se desarrolla un programa específico de educación en métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual para impartir en el polígono en que se concentraban, aprovechando una cafetería sita allí que solían frecuentar y que se prestó a colaborar. Convo-caron directamente profesionales del Centro de Salud Cuzco (autores del programa) y las mediadoras de las ONG a las mujeres en el polígono, con muy buena respuesta.

Se realizaron dos sesiones de 90 minutos con una asistencia de 18 mujeres a la primera y 14 a la segunda. Impartieron cada una dos profesionales del centro, una de la Casa de la Mujer y una de Cáritas y APRAMP, con traductora de rumano.

En la primera se habló de las enfermedades de transmisión sexual y los recursos sociales a que podían acceder y en la segunda, de métodos anticonceptivos y relajación (esto lo solicitaron ellas en la primera sesión).

Se hizo una evaluación final que reflejó un alto grado de satisfacción en todos los aspectos explorados.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

El proyecto tuvo muchas dificultades de toda índole (organizativas, jurídicas y de gestión) para su realización. Un aspecto básico para su consecución ha sido el hecho de contar con dos ONG que han realizado un perfecto trabajo de calle con estas mujeres y que, en su calidad de mediadoras, han facilitado el circuito de estas mujeres a lo largo de los diferentes itinerarios sanitarios.

El hecho de designar, en los centros de salud seleccionados, profesionales médicos y enfermeras de referencia para el tratamiento/seguimiento de estas mujeres ha sido un aspecto igualmente esencial en la implementación del proyecto.

La coordinación con el Hospital de Fuenlabrada, tanto con los servicios de Ginecología y Dermatología, como con el Servicio de Admisión, Atención al Paciente y Urgencias, posibilitó el hecho de que las derivaciones a ese nivel se realizasen adecuadamente y que las mujeres que acudían a urgencias fuesen convenientemente derivadas a los servicios sociales del Ayuntamiento y a los centros de salud.

Metodología para su seguimiento y evaluación.  
Indicadores desarrollados y/o utilizados

No se han establecido indicadores de proceso ni de resultado. Durante el año de su implantación, hubo reuniones periódicas con los profesionales implicados en los cuales se detectaban problemas y se proponían soluciones a ellos.

Ha sido una experiencia muy interesante de trabajo multidisciplinario e interinstitucional.

Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de los ciudadanos

En el momento actual, debido a la presencia policial en los polígonos, no existe prostitución de calle. Uno de los objetivos del proyecto está parcialmente cumplido ya que las mujeres captadas (unas 60) tienen normalizada su situación sanitaria y están acudiendo al centro de salud a hacerse sus controles, muchas de ellas sin precisar mediadores (al principio, siempre acudían con un mediador de Cáritas o de APRAMP).

Se continúa el acercamiento a mujeres que ejercen en clubes.

Globalmente se cree que fue un avance en el conocimiento del colectivo, que la intervención tuvo impacto y que hemos dejado sentadas unas bases para la atención de esta población especialmente vulnerable y para la continuidad del trabajo.

## Apoyo a la investigación

### Intensificación de la actividad investigadora en el personal de enfermería

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

La Agencia Laín Entralgo tiene, entre sus actividades, el apoyo y fomento de la investigación y durante el año 2007 se ha dado prioridad al apoyo y fomento de la dedicación a la actividad de investigación fundamentalmente a aquellos grupos que tienen más dificultades para el desarrollo de la actividad investigadora, como son los profesionales en medicina de familia y el personal de enfermería.

Población diana

Concretamente, la experiencia que se presenta es la convocatoria de ayudas para la intensificación de la actividad investigadora del personal de enfermería.

Características principales de su desarrollo

La intensificación de la actividad investigadora en el personal de enfermería selecciona entre el personal de enfermería que es investigador principal o colaborador de un proyecto de investigación activo y que pertenece a centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, entre otros requisitos, a los mejores candidatos en función de la dedicación a sus tareas de cuidados, la actividad que pretendan realizar en el marco del/de los proyecto(s) de investigación que tenga activos, para liberarlos parcialmente de su actividad asistencial (cuidados) y ofrecerles la posibilidad de que puedan dedicarse a la realización de su actividad investigadora.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

La acogida entre el personal de enfermería ha sido excelente y durante 2007 se ha intensificado a tres profesionales de enfermería el 50 % de su jornada laboral durante 12 meses. La financiación obtenida se ha destinado para la contratación de un suplente durante el 50 % de su jornada laboral durante 12 meses.

Metodología para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

Este es el primer año de experiencia de las ayudas para la intensificación de la actividad investigadora en el personal de enfermería y se acaban de

recibir los informes finales/memorias de la actividad desarrollada durante éste. Los indicadores desarrollados para la evaluación son esencialmente los de producción científica.

Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de los ciudadanos

Dado que se trata de la primera convocatoria, es razonable esperar el grado de participación en la convocatoria próxima de 2008 y, a continuación, la monitorización del resultado logrado durante los períodos de intensificación. No obstante, es indudable que la investigación genera conocimiento que repercute directamente en la salud y calidad de vida de los ciudadanos.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

[www.mspes.es](http://www.mspes.es)