



Informe anual del Sistema Nacional de Salud

2006



MADRID

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La Comunidad de Madrid alcanzó a inicios del año 2006 (últimos datos oficiales del padrón continuo) los seis millones de residentes (6.008.183) (fig. 1), lo que representa el 13,4 % de la población española. Poco más de 4 años antes, a 1 de noviembre de 2001 (fecha del último censo) la cifra ascendía a 5,4 millones de personas, y algo de un millón menos (4,3), en 1975. A febrero de 2007 se contaba con 6.244.384 de tarjetas sanitarias de residentes en la Comunidad de Madrid.

En 2005, último año disponible en las estadísticas del Movimiento Natural de la Población, nacieron 69.364 niños con residencia en la Comunidad de Madrid (1,31 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 desde la segunda mitad de la década de 1990 contribuyen tanto la creciente participación de los nacidos vivos de madre no española (21,2 % del total en 2005) como el hecho de que actualmente se encuentren en las edades de máxima fecundidad las generaciones nacidas en la década de 1970. El calendario de la fecundidad de las mujeres madrileñas es muy maduro (media de edad a la maternidad de 31,84 años en 2005). Y 9 de cada 10 nacidos vivos en 2005 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 (2005), el saldo neto con el extranjero fue de casi 114.000 personas. El número de personas residentes no españolas en Madrid representa a 1 de enero de 2006 el 13,3 % del total de habitantes de la comunidad autónoma y su número absoluto (800.512) la convierte en la provincia con más población de nacionalidad extranjera. Las procedencias con mayor presencia en Madrid son: Ecuador (19 % del total de extranjeros), Rumanía (14,3 %), Marruecos (8,5 %) y Colombia (8,2 %). Las entradas de ciudadanos y ciudadanas ecuatorianos, mayoritarias de los años 2000 a 2003, cayeron drásticamente a partir de 2004 cuando pasó a ser la rumana la nacionalidad con mayor número de nuevos residentes en estos dos últimos años.

Las personas extranjeras que llegan a Madrid lo hacen mayoritariamente para trabajar y estudiar. En este sentido, sus características socioeconómicas las diferencian de los y las 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 70 % del total con edades comprendidas entre los 16 y los 44 años (fig. 3 y tabla 1).

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: a) el gran peso relativo de las edades adultas jóvenes (25-39 años de edad), tanto por tratarse de cohortes de nacimiento muy llenas como por ser éstas las edades con mayor proporción de población inmigrante; b) el reciente ensanchamiento

FIGURA 1. Evolución de la población residente en la Comunidad de Madrid, 1976-2006

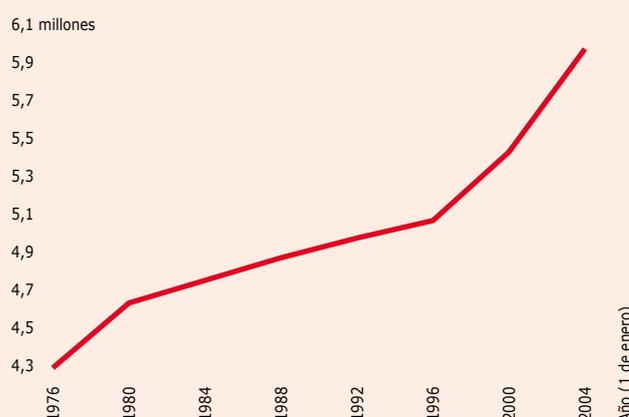


FIGURA 2. Evolución de la población de nacionalidad no española residente en la Comunidad de Madrid, 1985-2006



FIGURA 3. Pirámide de población según nacionalidad, 2006 (Madrid)

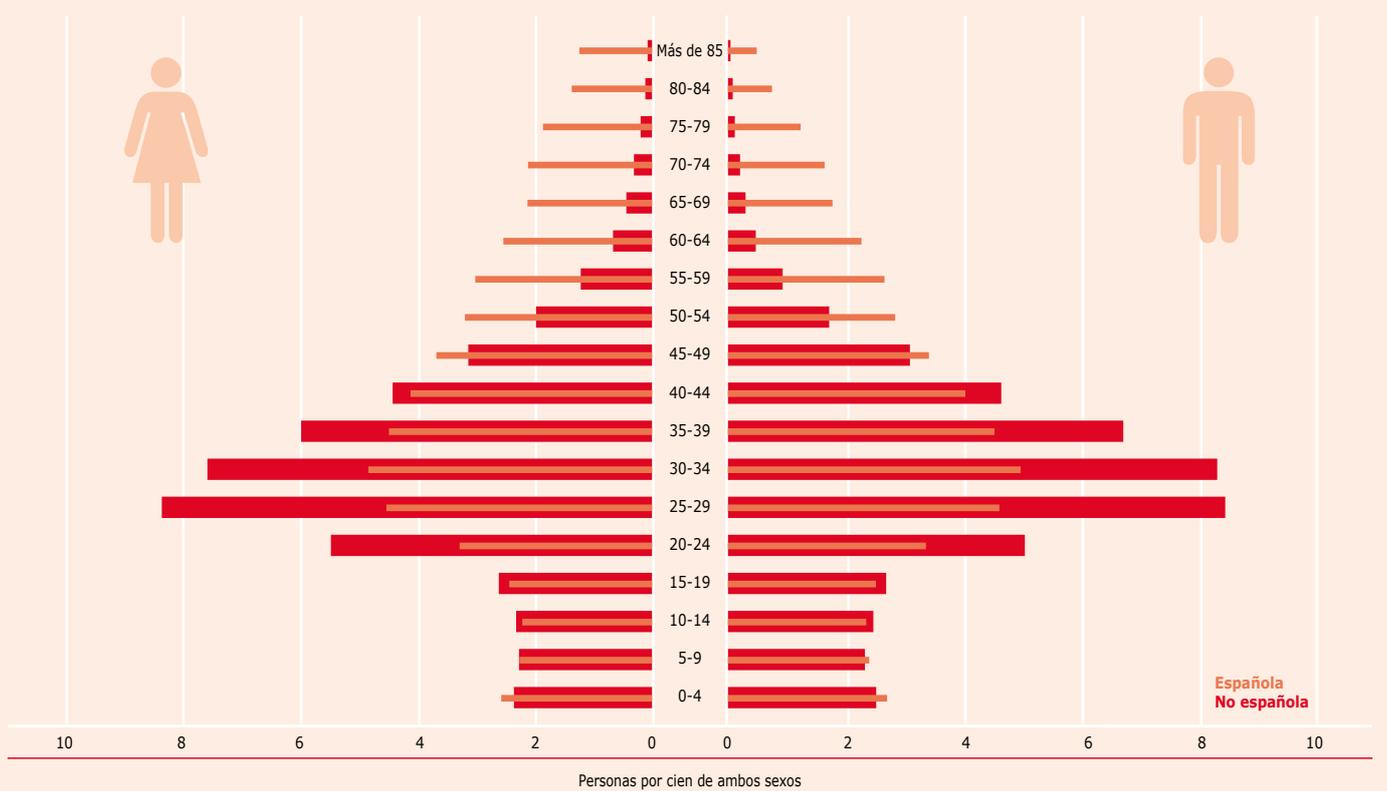


FIGURA 4. Pirámide de población, 2006 (Madrid)

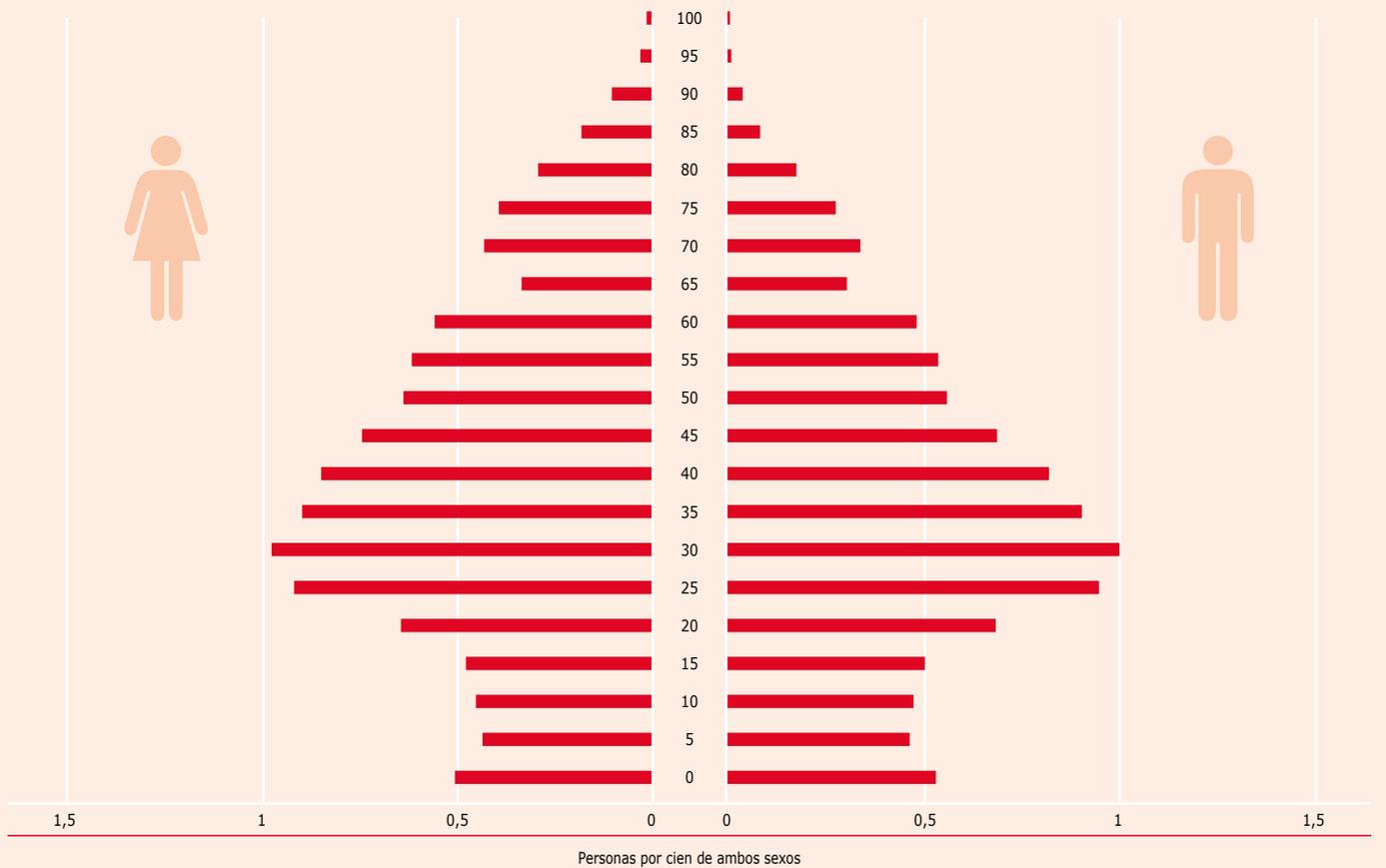


TABLA 1. Datos de población por sexo y edad según nacionalidad, 2006 (Madrid)

Edad	Total			Hombres			Mujeres		
	Total	Española	No española	Total	Española	No española	Total	Española	No española
4	315.792	276.582	39.210	162.166	142.106	20.060	153.626	134.476	19.150
5-9	277.344	240.410	36.934	142.502	123.612	18.890	134.842	116.798	18.044
10-14	273.825	235.239	38.586	140.597	120.729	19.868	133.228	114.510	18.718
20-24	398.531	314.095	84.436	201.132	160.567	40.565	197.399	153.528	43.871
25-29	548.407	413.290	135.117	277.601	209.593	68.008	270.806	203.697	67.109
30-34	589.222	461.728	127.494	299.368	232.422	66.946	289.854	229.306	60.548
35-39	538.619	436.648	101.971	271.404	217.349	54.055	267.215	219.299	47.916
40-44	488.062	415.341	72.721	241.173	203.989	37.184	246.889	211.352	35.537
45-49	426.307	376.422	49.885	205.617	180.982	24.635	220.690	195.440	25.250
50-54	360.566	330.879	29.687	170.636	156.877	13.759	189.930	174.002	15.928
55-59	339.162	322.223	16.939	159.757	152.586	7.171	179.405	169.637	9.768
60-64	284.763	275.526	9.237	133.778	130.162	3.616	150.985	145.364	5.621
65-69	233.465	227.190	6.275	105.899	103.393	2.506	127.566	123.797	3.769
70-74	226.133	221.959	4.174	98.691	97.080	1.611	127.442	124.879	2.563
75-79	183.289	180.640	2.649	73.738	72.691	1.047	109.551	107.949	1.602
80-84	125.339	123.907	1.432	44.639	44.133	506	80.700	79.774	926
Más de 85	101.851	100.848	1.003	27.828	27.507	321	74.023	73.341	682
Total	6.008.183	5.207.671	800.512	2.908.654	2.506.360	402.294	3.099.529	2.701.311	398.218

de su base, como consecuencia del cambio de tendencia desde 1998 en la evolución del número de nacidos vivos, y c) la tendencia al envejecimiento, (la población de 65 años o más es el 14,5 % del total en Madrid, a 1 de enero de 2006), que según las proyecciones vigentes proseguirá y se acelerará en los próximos años.

A pesar del aporte de personas jóvenes que conlleva la inmigración y del reciente aumento del número de nacimientos, el proceso de envejecimiento resulta inexorable. 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 2006, ambos grupos se han igualado y constituyen en ambos casos el 14,5 % de los residentes en Madrid, por lo que el índice de envejecimiento (población de más de 65 sobre población de 0-14 años) ha pasado del 28 al 100 %. Con toda certeza, en los próximos años este indicador continuará aumentando.

Por primera vez en la historia, en marzo de 2007 (último dato disponible) se superó en Madrid la cifra de tres millones de personas afiliadas a la Seguridad Social (3.004.461). De ellas, 426.000 tienen nacionalidad no española. Según los resultados de la Encuesta de Población Activa del último trimestre de 2006, 3.210.500 residentes en la Comunidad de Madrid mayores de 15

años se declaran activos, lo que representa una tasa de actividad del 64,4 % (el 73,6 % en hombres y el 55,9 % en mujeres). De ellos, 210.500 se declaran en paro (tasa de paro del 6,5 %: el 4,6 % en hombres y el 8,8 % en mujeres). En diciembre de 2006, el Inem tenía registradas a 211.558 personas en busca de empleo.

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid era, en el año 2005 (cifras provisionales), de 81,73 años (84,83 para las mujeres y 78,28 años para los hombres). En los últimos 30 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 498,0 en 2005 (680,1 en hombres y 367,0 en mujeres) (fig. 6).

La mortalidad infantil, con una tasa de 3,58 por 1.000 nacidos vivos en 2005, sitúa la Comunidad de Madrid entre las comunidades autónomas con mejores niveles de supervivencia en el primer año de vida.

FIGURA 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo, de 1975 a 2005 (Madrid)

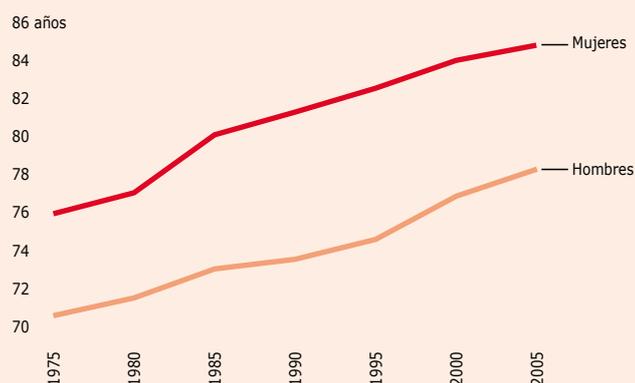


FIGURA 6. Tasas estandarizadas de mortalidad, por sexo (población estándar europea), de 1980 a 2005 (Madrid)

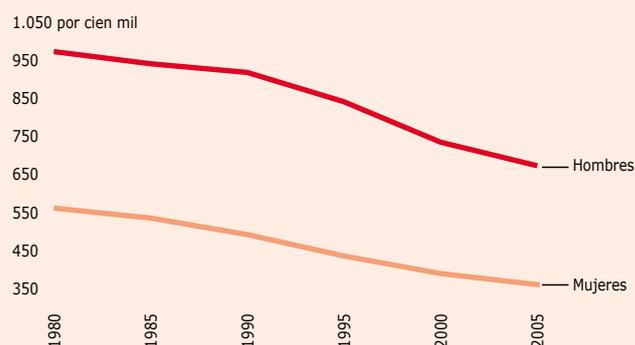


TABLA 2. Principales causas de mortalidad y carga de enfermedad. Proporciones sobre el total de defunciones y sobre el total de años de vida ajustados por discapacidad, 2005 (Madrid)

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 y demencia	4,5
Degeneración cerebral y demencia	4,8	Pérdidas 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 de colon y 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 y nefrosis	1,7	Tumor maligno de colon y recto	2,0

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

TABLA 3. Principales causas de mortalidad según nacionalidad, período 2001-2005 (Madrid)

No española	Porcentaje
Tumores	23,6
Causas externas	23,0
Circulatorias	20,4
Mal definidas	8,6

Española	Porcentaje
Circulatorias	30,2
Tumores	28,7
Respiratorias	13,8
Digestivas	5,5

Las primeras causas específicas de mortalidad en Madrid son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cardiovascular y el cáncer de pulmón. Entre las tres suman el 22,8 % del total de las defunciones en el año 2005. Si comparamos 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 (el 10,2 % del total de AVAD), las demencias (4,5 %) y el abuso de alcohol (4,7 %). Algunas enfermedades que apenas se certifican como causa de defunción, como las enfermedades de 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.

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 las personas 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 una proporción mucho menor sobre el total de

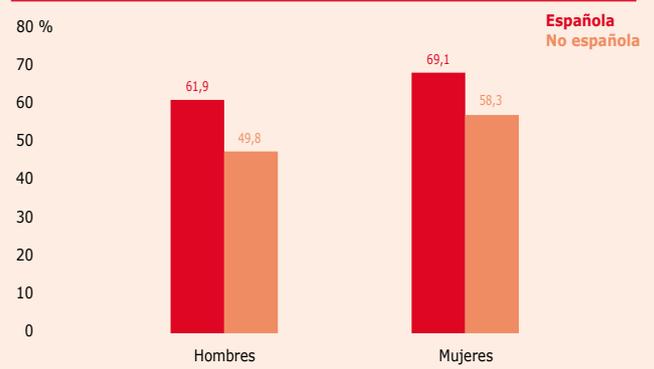
defunciones: las causas externas (el 23 % del total en población no española, por el 3,4 % en españoles) y las mal definidas (el 8,6 % frente al 3,5 %, respectivamente). Es significativo que la primera causa de muerte de la lista reducida de la CIE-10 en hombres de nacionalidad no española sea justamente 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 en que la mortalidad de la población no española es mayor que la de la española. 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).

Durante 2006 se produjeron 871.876 altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid (386.583 en hombres y 484.908 en mujeres). Las primeras causas de frecuentación hospitalaria fueron los tumores y las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (capítulo de la CIE que, pese a su título, incluye el parto sin complicaciones), ambas respectivamente con el 12 % del total. Le siguieron las enfermedades del aparato digestivo (10,1 %), las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (9,9 %), las enfermedades del aparato circulatorio (8,9 %) y las enfermedades del sistema respiratorio (8,0 %).

Del total de personas registradas en la base de datos de tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid a finales de 2005, el 61,2 % acudió a los centros de atención primaria al menos una vez durante 2005. Esta proporción, una vez ajustada por edad, es menor en extranjeros (el 49,8 % en hombres y el 58,3 % en mujeres) que en españoles (el 61,9 % y el 69,1 %, respectivamente) (fig. 7). También algunas causas de consulta son diferentes según la nacionalidad: las más frecuentes en la población española son las infecciones respiratorias agudas de las 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.

A la espera de conocer los resultados de las nuevas encuestas actualmente en elaboración tanto para el conjunto de España (Encuesta Nacional de Salud 2006-2007 y Encuesta de Discapacidades 2007) como en la Comunidad de Madrid (Encuesta de Salud 2007,

FIGURA 7. Proporción de personas que acudieron a atención primaria al menos una vez durante 2005, por sexo y nacionalidad. Tasa estandarizada (población europea; Madrid)



Encuesta de Diabetes y Factores de Riesgo Cardiovascular 2007) a continuación se presentan algunas cifras referidas a la Comunidad de Madrid obtenidas de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENS-2003), de la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades 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 reciente Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores 2006 (ECV-2006) elaborada por el Imerso y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

La esperanza de vida al nacer libre de discapacidad era, en 1999, de 74,6 años en las mujeres y 71,4 en los hombres (EDDES-1999). Según la ECV-2006, Madrid cuenta en 2006 con una proporción de mayores (65 años o más) discapacitados y dependientes menor (26,5 %) que el conjunto de España (31,9 %). Esa proporción es mucho mayor en mujeres (34,4 %) que en hombres (14,4 %), no sólo por su mayor media de edad, sino por una prevalencia más alta de ciertos factores que llevan a esa dependencia. Utilizar el transporte público, ir al médico, hacer gestiones, salir a la calle o desplazarse por ella, bañarse o ducharse y hacer compras son, por este orden, las actividades de la vida cotidiana que con mayor frecuencia no pueden realizar las personas mayores residentes en Madrid. La mitad de ellas (51 %) declara tener buena o muy buena salud, pero esa proporción desciende drásticamente (25 %) entre los mayores dependientes. Siendo mayoritario el cuidado de los mayores dependientes por parte de familiares directos (cónyuge e hijos) (62 %), es significativo que en el caso de Madrid el recurso a personas externas (empleados de hogar, servicios sociales o voluntariado) es mucho mayor (20 %) que en otras comunidades autónomas (p. ej., Andalucía, con el 8 %).

Según la ENS-2003, el 70,64 % de las mujeres madrileñas y el 78,64 % de los hombres declararon tener buena o muy buena salud. La hipertensión arterial, las alergias, el colesterol alto, el asma, la bronquitis crónica o enfisema, las enfermedades del corazón, la diabetes y la depresión son las enfermedades crónicas diagnosticadas por el médico más prevalentes en la población madrileña, según la ENS-2003 (tabla 4).

La prevalencia de obesidad, con un índice de masa corporal de 27 o superior, en población adulta (16-64 años de edad) 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 sobre el 41 % en mujeres). Los consumidores de riesgo de alcohol (50 ml o más al día en hombres y 30 ml o más al día en mujeres) disminuyeron en términos relativos.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

Este apartado se resume en la tabla 5, en la cual se recogen los desarrollos legislativos más relevantes realizados durante 2006.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Plan de actuaciones frente al VIH/Sida 2005-2007

En su elaboración han participado 27 ONG y 7 sociedades científicas (entre ellas, la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida [Seisida], el Grupo Español Interdisciplinario del Sida [Gesida], la Asociación Española de Infectología Pediátrica, la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

Los objetivos generales del plan, en concordancia con las recomendaciones de la Asamblea Mundial, son:

- Prevenir nuevas infecciones por VIH.
- Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia del VIH/Sida.
- Movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por VIH.
- Conocer la evolución, tendencia y características epidemiológicas de la infección por VIH/Sida en la Comunidad de Madrid.

TABLA 4. Principales enfermedades crónicas de larga duración diagnosticadas por el médico, 2003 (Madrid)

	Porcentaje sobre la población total
Hipertensión arterial	10,17
Alergia	9,37
Colesterol elevado	8,29
Asma, bronquitis crónica o enfisema	4,47
Enfermedad del corazón	4,23
Diabetes	3,68
Depresión	2,99

De la Encuesta Nacional de Salud 2003.

Los objetivos específicos del plan y las acciones se han organizado en seis áreas fundamentales de actuación:

- En prevención y promoción de la salud.
- En asistencia sanitaria.
- En vigilancia epidemiológica.
- En el ámbito sociolaboral.
- En participación ciudadana y coordinación institucional.
- En investigación.

Aspectos nuevos que se han incluido en el plan

En relación con la mejora de la captación y la atención en atención primaria a adolescentes y jóvenes, la creación de la "consulta joven", que consiste en el desarrollo de un modelo integral de la atención a la sexualidad juvenil en centros de referencia en colaboración con los servicios municipales de salud.

Se ha desarrollado en colaboración con Cruz Roja una red de unidades móviles que cubre todo el territorio de la Comunidad de Madrid y cuyo objetivo es el control de la adherencia al tratamiento antirretroviral, dirigido a población de riesgo, con especial atención a personas incluidas en programas de mantenimiento con metadona y a personas con factores predictores de mala adherencia al tratamiento. Se realizará dependiendo de las necesidades tratamiento directamente observado o tratamiento supervisado.

Se incluye la oferta de prestaciones sanitarias a problemas clínicos específicos de la población con VIH para los pacientes con indicación establecida por el especialista responsable de su asistencia de la lipoatrofia facial, lipoacumulación que causa problemas mecánicos y trastornos funcionales.

TABLA 5. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Madrid)

Denominación	Fecha
Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas*	29/12/2006
Decreto 6/2006, de 19 de enero, por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos	30/01/2006
Decreto 22/2006, de 9 de febrero, por el que se regula el proceso de integración voluntaria en el régimen estatutario del personal laboral y funcionario que presta servicios en el Hospital Carlos III	17/02/2006
Decreto 25/2006, de 2 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento del Observatorio Regional sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid	22/03/2006
Decreto 28/2006, de 23 de marzo, por el que se regula la constitución y el régimen de funcionamiento de los depósitos de sangre procedente de cordón umbilical	28/03/2006
Decreto 51/2006, de 15 de junio, regulador del régimen jurídico y procedimiento de autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios	26/06/2006
Decreto 93/2006, de 2 de noviembre, en aplicación de la Ley 28/2005, de 25 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco en la Comunidad de Madrid	07/11/2006
Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, por el que se regula el Registro Madrileño de Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario	28/11/2006
Orden 12/2006, de 11 de enero, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la participación de la Consejería de Sanidad y Consumo en instrumentos estratégicos y de planificación con incidencia en materia sanitaria y de consumo y se crea la Comisión Interna de Coordinación y Seguimiento	30/01/2006
Orden 100/2006, de 1 de febrero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen los criterios y prioridades de actuación en materia de inspección para el año 2006	13/02/2006
Orden 577/2006, de 14 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral del Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid y se crean el comité director y la comisión asesora	31/03/2006
Orden conjunta de 27 de marzo de 2006, de las Consejerías de Justicia e Interior y Sanidad y Consumo sobre la integración del servicio de urgencias médicas de Madrid, Summa 112, al centro de atención de llamadas de urgencias 112 de la Comunidad de Madrid	05/04/2006
Orden 683/2006, de 24 de marzo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden 212/2004, de 4 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la comisión central de seguimiento	06/04/2006
Orden 837/2006, de 6 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos necesarios para la autorización y acreditación de los depósitos de sangre procedente de cordón umbilical en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid**	10/04/2006
Orden 852/2006, de 7 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el procedimiento de visado de recetas de los antipsicóticos de segunda generación destinados a pacientes crónicos mayores de 75 años	12/04/2006
Orden 1.010/2006, de 11 de mayo, por la que se modifica la orden 1940/2005, de 23 de diciembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crean y regulan la Comisión Regional de Cuidados Paliativos y la Comisión Científico-técnica de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid	31/05/2006
Orden 1.285/2006, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid	11/07/2006
Orden 1.319/2006, de 27 de junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen los criterios que permitan establecer los niveles de formación del personal que preste sus servicios como socorrista en piscinas, instalaciones acuáticas y medio natural de la Comunidad de Madrid	14/07/2006
Orden 1.436/2006, de 21 de julio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid	01/08/2006
Orden 1.806/2006, de 2 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se convoca el curso de Diplomado de Sanidad 2007	11/11/2006
Orden 1.869/2006, de 20 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid	24/10/2006
Orden 2.095/2006, de 30 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los centros de diagnóstico de anatomía patológica en la Comunidad de Madrid	21/12/2006
Orden 2.096/2006, de 30 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los centros de diagnóstico analítico en la Comunidad de Madrid	21/12/2006
Orden 2.191/2006, de 18 de diciembre, 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 de los documentos de solicitud de inscripción de las instrucciones previas y de su revocación, modificación o sustitución	20/12/2006

*Se crea el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid. ** Suspendida su ejecución por resolución judicial.

Sistema de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial

Se ha desarrollado el Sistema de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial en la Comunidad de Madrid. Este sistema está regulado por la Orden 1.087/2006, de 25 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de infecciones hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

El sistema establece una red de vigilancia en que participan los hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid.

Éstos no son los únicos planes llevados a cabo en la Comunidad de Madrid. La **tabla 6** resume los más destacados.

EQUIDAD

Persistiendo en la estrategia de diseño y desarrollo de planes para llevar a cabo aquellas actividades complejas que requieren la intervención de organismos dependientes de varias consejerías de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo continúa el proceso de coordinación de las actuaciones de las entidades que la integran con la finalidad de hacer más eficientes sus esfuerzos por avanzar en los logros conseguidos en el abordaje de los problemas sanitarios y de consumo de los grupos de población y las personas en situación de mayor vulnerabilidad (**tabla 7**).

Para ello, durante el año 2006 se publicó la Orden, por la que se regula la participación de la Consejería de Sanidad y Consumo en instrumentos estratégicos y de planificación con incidencia en materia sanitaria y de consumo y se crea la Comisión Interna de Coordinación y Seguimiento (BOCM, 11/01/2006) y se desarrolló ésta, con la creación de las Comisiones Técnicas Sanitarias correspondientes a cada uno de los planes en que participa, constituidas por representantes de todas las Direcciones Generales y organismos adscritos que tienen responsabilidad en la consecución de alguno de los objetivos o medidas de cada plan, permitiendo la mejor coordinación de todos ellos, así como mayor agilidad en la transmisión y recogida de información. De este modo, cada una de estas comisiones cumple el objetivo de mantener informados a todos los organismos que las integran, así como a los organismos centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo, sobre el desarrollo del correspondiente plan. Al mismo tiempo,

mediante estas comisiones, cada organismo con representación en ellas responde sobre los objetivos que están en proceso de desarrollo.

Además, la Comisión Interna de Coordinación y Seguimiento, constituida por los titulares de los centros directivos y organismos adscritos a la Consejería de Sanidad y Consumo, ha cumplido con sus tres objetivos fundamentales:

- Asegurar la participación coordinada de la Consejería de Sanidad y Consumo 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.
- Servir de cauce para la elaboración de las propuestas de la Consejería de Sanidad y Consumo en los órganos de planificación y seguimiento en que participa.
- 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.

Durante el año 2006, la Comunidad de Madrid ha seguido con el desarrollo de aquellos planes ya iniciados y que tienen que ver con la atención a los grupos de población y las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

Plan de Acción para Personas con Discapacidad 2005-2008

Inspirado en las orientaciones europeas, asume como objetivos fundamentales los principios de la Declaración de Madrid, realizada con motivo del Congreso Europeo de Personas con Discapacidad (2002), es decir, la no discriminación y la acción positiva como instrumentos básicos de las políticas de inclusión.

En el área de Sanidad se manifiesta, en general, la importancia de avanzar en la coordinación entre Sanidad y Servicios Sociales a pesar de su complejidad. Además, se hace especial hincapié en la mejora de la accesibilidad a los espacios físicos y a los servicios asistenciales.

Plan de Apoyo a la Familia 2005-2008

Los objetivos generales del plan son los siguientes:

- Mejorar el bienestar y la calidad de vida de las familias madrileñas, en especial de aquellas que tienen mayores necesidades.

TABLA 6. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Madrid)

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de Salud	Plan de Vigilancia y Control de la Hepatitis C			Abordaje de la prevención y tratamiento de la hepatitis C. Se desarrollan guías normalizadas de tratamiento y de información a pacientes con hepatitis C
	Plan Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis			Acciones en epidemiología y de intervención para el control de la tuberculosis
	Plan de Eliminación del Sarampión			Actividades de vigilancia epidemiológica, control y estrategias de vacunación para mantener coberturas vacunales elevadas frente al sarampión
	Sistema de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial (Rihos)			Creación y desarrollo del Sistema de Vigilancia y Control de la Infección Hospitalaria en la Comunidad de Madrid. Se cuenta con el protocolo de actuaciones
	Programa de acciones para la prevención y mejora de la diabetes mellitus			Desarrollo del estudio para estimar la prevalencia de diabetes mellitus (diagnosticada y no diagnosticada en la población de 30 a 70 años)
	II Plan de Acciones frente al VIH/Sida			Acciones en epidemiología (desarrollo de la vigilancia del VIH)
Enfermedades cardiovasculares	Plan de Prevención Cardiovascular	Sí	2.000 unidades (abril 2007)	

Rihos, Registro de Infecciones Hospitalarias; VIH, virus de inmunodeficiencia humana.

TABLA 7. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Madrid)

	Sí/no	Tipo de medida
Género	Sí	Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres de la Comunidad de Madrid Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género
Etnia	Sí	Plan de Integración 2006-2008
Discapacidad	Sí	Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008
Otras	Sí	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

- 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.

Plan Contra la Exclusión Social 2002-2006

El objetivo fundamental de este plan es priorizar la atención de las personas en situación de exclusión, teniendo en cuenta las peculiaridades de los procesos de exclusión y planteando medidas sectoriales adaptadas a cada situación. El núcleo de actuación lo constituyen las medidas orientadas a garantizar un nivel de ingresos mínimos a la población bajo los umbrales de pobre-

za mediante la renta mínima de inserción, que se ve reforzado por el conjunto del resto de medidas contenidas en el plan en materia de acompañamiento social, empleo y formación, educación, vivienda y salud.

Plan de Integración 2006-2008

Este plan se constituye en instrumento plurianual de carácter integral y global mediante el cual la Consejería de Inmigración, a través de la Agencia Regional para la Inmigración y la Cooperación, dirige y coordina todas las actuaciones de la Comunidad de Madrid encaminadas a la acogida e integración de la población inmigrante que reside en su territorio. Destacan en este plan las medidas de carácter sanitario, entre las que tienen una especial importancia las relativas a salud pública y al ámbito asistencial.

Plan de Acción Integral Contra la Violencia de Género

Los objetivos fundamentales de este plan son:

- Distinguir y atender las diferentes manifestaciones de la violencia de género y sus consecuencias para las víctimas.
- Incidir sobre las causas que favorecen la violencia de género en la Comunidad de Madrid, estableciendo medidas que contribuyan a su erradicación.
- Dar asistencia y protección integral a las mujeres víctimas de violencia de género, a sus hijos e hijas, así como a otras personas dependientes de ellas, procurando su reincorporación a la vida en sociedad con autonomía personal.

En el ámbito sanitario destacan las medidas relacionadas con la sensibilización y formación de los profesionales, las medidas favorecedoras de la identificación precoz de las víctimas de la violencia de género y la asistencia a dichas víctimas.

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

Destacan en este plan los objetivos y medidas relacionados con la coordinación institucional, de la que es reflejo el amplio desarrollo de los Consejos locales, las medidas de prevención y atención a la discapacidad, con el desarrollo de la atención temprana, la prevención del maltrato, la prevención y atención a las drogodependencias y diversas medidas relacionadas con la adopción.

Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres

Los objetivos generales de este plan se pueden resumir en:

- Mejorar las políticas de género de manera transversal.
- Mejorar la incorporación de las mujeres al mercado laboral.
- Mejorar la corresponsabilidad y la conciliación de la vida personal y laboral.
- Fomentar el acceso de la mujer a los puestos de toma de decisión.
- Consolidar un modelo sociocultural que reconozca y potencie el papel de la mujer, eliminando estereotipos.
- Trabajar por la integración de las mujeres, en especial de aquellos grupos con problemas estructurales específicos (mujeres con discapacidad, inmigrantes, etnias minoritarias, etc.).

Es de subrayar el papel de la Consejería de Sanidad y Consumo especialmente en este último punto.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Planificación y gestión de la formación continuada

Desde la promulgación del Decreto 139/2002, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento de la Agencia Laín Entralgo, las competencias en materia de formación continuada fueron atribuidas a la Agencia Laín Entralgo. Corresponde a esta agencia, en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos, la adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión, mejora y evaluación de todas las actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios de manera que este soporte normativo permita configurar una realidad integradora de la formación continuada de los profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid.

En dicho Decreto se definen y regulan sus órganos rectores: Consejo de Administración, director general y Consejo Científico Asesor de Formación. También se regula la composición y funciones de la Comisión de Formación de Profesionales Sanitarios y se crean el Comité de Formación Continuada y los Subcomités de Atención Primaria y Atención Especializada como órganos que puedan prestar una adecuada colaboración a la Comisión de Formación de Profesionales Sanitarios en la elaboración de los planes anuales de formación continuada.

Desde 2003 se comenzó a consolidar en la comunidad autónoma una estructura física y funcional importante para la gestión de la formación continuada –órganos de representación y participación, Unidad de Formación Continuada de la Agencia, coordinadores de formación en las direcciones generales y gerencias de atención primaria y especializada– que permitirá avanzar en el análisis de las necesidades de formación continuada, establecer procedimientos para la formulación de planes anuales y evaluar los resultados de la formación continuada.

La oferta formativa se articula en torno a planes anuales cuyo objetivo general es contribuir a mejorar las competencias de los profesionales de la Red Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid, favorecer su adaptación a los nuevos y cambiantes entornos tec-

nológicos, así como contribuir a aumentar su motivación para avanzar hacia la excelencia de los servicios sanitarios que se prestan a los ciudadanos. Se trata de planes de formación con un enfoque transversal coordinados por la Agencia Laín Entralgo y que son elaborados de manera consensuada por las distintas instituciones participantes: direcciones generales, gerencias de atención primaria, especializada y Summa 112 y las organizaciones sindicales. Dichos planes pretenden responder a las necesidades sentidas por los profesionales y a los objetivos estratégicos en materia de formación establecidos por cada institución. La metodología para su elaboración y los criterios de distribución de la financiación entre las distintas instituciones se recogen anualmente en la *Guía para la elaboración del Plan de Formación Continuada*.

Dichos planes se han ido sustentando en dos pilares:

1. *Oferta formativa centralizada*: programa formativo organizado por la Agencia Laín Entralgo en colaboración con las direcciones generales y que mayoritariamente es impartido en las propias instalaciones de la agencia y que responde a unas 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.
2. *Oferta formativa descentralizada*: programa formativo que la agencia aprueba para cada una de las direcciones generales, gerencias y organizaciones sindicales y que, una vez aprobados, cada institución se encarga de su provisión y gestión.

Los indicadores más importantes del Plan de Formación Continuada desarrollado en 2006 se concretan en la **tabla 8**.

Satisfacción del alumno

La reacción del alumno y la satisfacción son evaluadas sistemáticamente tras la realización de las actividades formativas. En la **tabla 9** se muestran los principales ítems evaluados en el ejercicio 2006.

Incorporación de la perspectiva de género

Durante 2006 se realizaron 51 actividades formativas que incorporaron la perspectiva de género en el diseño de la actividad, con un total 974 horas lectivas y en las cuales han participado 1.322 profesionales. La financiación para el desarrollo de dichas actividades es 92.640 euros.

Además de la formación continuada, las **tablas 10-13** resumen los aspectos más destacados relacionados con la planificación y desarrollo de los recursos humanos.

FARMACIA

La asistencia farmacéutica pública prestada por el Servicio Madrileño de Salud (**tabla 14**) en 2006 se ha caracterizado, en el plano asistencial, por la continuidad en la tendencia al incremento en la utilización de medicamentos, que se pone de manifiesto en los incrementos experimentados en el número de dosis diarias definidas (7,64 %) y en el número de dosis por 1.000 habitantes (4,47 %), si atendemos a los medicamentos provistos mediante receta, y en el número de pacientes externos (9,2 %), donde ha influido la incorporación de los pacientes que precisan hormona de crecimiento en los hospitales. En el plano económico, en 2006 se ha mantenido la línea de moderado crecimiento en el gasto (receta) con un incremento del 7,28 % (6,44 % en 2005) y de desaceleración en el gasto en medicamentos de adquisición directa por los

TABLA 8. Indicadores de la memoria del Plan de Formación Continuada, 2006 (Madrid)

	Total de la financiación* (euros)	Total ejecutado en 2006 (euros)	Porcentaje de ejecución	Número de cursos	Número de horas	Número de participantes	Media de la evolución	Número de cursos subsidiarios de acreditación	Número de cursos acreditados	Porcentaje de cursos acreditados**
Agencia Laín Entralgo en colaboración con direcciones generales	1.211,881	1.026.450	84,7	896	11.218	17.921	8,1	665	639	96,1
Atención primaria	650.257	603.380	92,8	752	11.344	33.043	8,0	567	403	71,1
Summa 112	198.199	197.303	99,5	102	2.013	2.785	8,2	57	52	91,2
Atención especializada	1.517.218	1.382.939	91,1	1.095	14.018	25.827	8,3	653	484	74,1
Organizaciones sindicales	697.863	689.752	98,8	166	5.082	3.348	-	92	53	57,6
Totales	4.275.418	3.899.823	91,2	3.011	43.675	82.924	8,2	2.034	1.631	80,2

*La financiación contempla exclusivamente los costes directos. **Porcentaje sobre el total de cursos subsidiarios de acreditación.

TABLA 9. Indicadores de satisfacción de los alumnos con las actividades del Plan de Formación Continuada, 2006 (Madrid)

Dimensión		Media (escala 0-10)	Desviación estándar
Contenidos del curso	Contenidos teóricos	7,95	1,60
	Contenidos de los casos prácticos		
	Adecuación de la metodología empleada		
Aprovechamiento del curso	Utilidad para su trabajo habitual	8,38	1,68
	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	7,71	1,91
	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	7,33	1,66
	Adecuación del horario		
Duración del curso		70,33 %, adecuada 4,17 %, insuficiente 25,50 %, suficiente	
Valoración global del curso		8,22	1,43

N = 82.924; n = 62.300.

TABLA 10. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2006 (Madrid)

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

LOSCAM, Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.

TABLA 11. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Madrid)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	1.225	2.178	102	2.518	783	3.403
Pediatría	220	597	33	482	302	817
Enfermería	606	3.181	492	1.894	1.401	3.787
Farmacía	5	22	1	25	1	27
Psicología clínica	19	117	0	47	89	136
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	248	1.301	109	867	573	1.549
Otros profesionales no sanitarios	765	3.259	121	2.817	1.086	4.024

TABLA 12. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Madrid)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina	4.688	3.671	23	4.393	3.925	8.359
Enfermería	1.659	12.168	3.042	6.914	3.872	13.827
Auxiliar de enfermería	307	9.931	1.126	5.017	4.095	10.238
Farmacia	23	74	0	49	48	97
Otro personal sanitario	559	2.727	493	2.169	624	3.286
Personal no sanitario vinculado	4.870	10.841	786	8.955	5.970	15.711

TABLA 13. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Madrid)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Alergología	25	49	0	49	25	74
Análisis clínicos	44	198	2	73	167	242
Anatomía patológica	68	80	1	59	87	148
Anestesiología y reanimación	295	390	0	404	281	685
Angiología y cirugía vascular	38	20	0	39	19	58
Aparato digestivo	129	102	0	106	125	231
Bioquímica clínica	26	51	1	24	52	77
Cardiología	199	90	3	130	156	289
Cirugía cardiovascular	57	4	0	26	35	61
Cirugía general y del aparato digestivo	339	90	3	170	255	429
Cirugía maxilofacial	54	14	0	40	28	68
Cirugía pediátrica	50	19	0	28	41	69
Cirugía torácica	21	11	0	17	15	32
Cirugía plástica y reparadora	57	11	0	38	30	68
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	62	73	0	81	54	135
Endocrinología y nutrición	77	63	0	81	59	140
Estomatología	11	0	0	0	11	11
Farmacia hospitalaria	16	81	0	61	36	97
Farmacología clínica	18	12	0	30	0	30
Geriatría	33	33	0	59	8	66
Hematología y hemoterapia	78	94	0	61	111	172
Inmunología	24	18	0	4	25	42
Medicina del trabajo	11	16	0	27	0	27
Medicina intensiva	103	37	0	59	80	140
Medicina interna	296	105	0	221	180	401
Medicina nuclear	35	25	0	13	47	60
Medicina preventiva y salud pública	18	30	0	33	15	48
Microbiología y parasitología	60	74	0	57	76	134
Nefrología	55	46	0	45	55	101
Neumología	93	76	0	98	71	169
Neurocirugía	63	12	0	34	41	75
Neurofisiología clínica	20	36	0	23	32	56
Neurología	93	60	0	93	60	153

Continuación TABLA 13

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones (datos totales)
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Obstetricia y ginecología	238	268	5	253	248	506
Oftalmología	141	187	0	177	151	328
Oncología médica	53	38	0	62	29	91
Oncología radioterápica	27	38	0	43	22	65
Otorrinolaringología	139	78	0	93	124	217
Pediatría	199	224	0	189	234	423
Psiquiatría	212	249	4	304	152	461
Radiodiagnóstico	230	230	0	252	207	459
Rehabilitación	52	86	0	48	90	138
Reumatología	50	56	0	72	34	106
Traumatología y cirugía ortopédica	391	58	3	226	219	449
Urología	181	12	0	91	102	193
Otras especialidades*	207	128	0	298	37	335

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista. *Admisión, 52; archivo, 3; cirugía experimental, 1; médico general jerarquizado, 1; psicólogos clínicos, 48; radiofísica hospitalaria, 46, y urgencia hospitalaria, 184.

TABLA 14. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Madrid)

		Datos de 2006	Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	87.740.960	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	22,88	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	1.148.110.366,96	Faltarían los descuentos por aplicación del Real Decreto 2.402/2004, AIO y dietoterápicos
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	10,57	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	N05BE: 5.385.808 A02BC: 5.264.204 N05BA: 4.582.719	N02BC: anilidas (analgésicos) A02BC: inhibidores de la bomba de protones (antiúlceras) N05BA: derivados de las benzodiazepinas (ansiolíticos)
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC: 3.932.838 C09AA: 1.889.336 C10AA: 1.774.086	C09AA: IECA C10AA: 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 corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003). AIO, absorbentes de incontinencia de orina; ATC, Anatomical, Therapeutic, Chemical; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa; IECA, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

hospitales, que crecieron el 7,15 frente al 13,21 % en 2005 y 16,73 % en 2004.

La prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, con incrementos importantes en la utilización de antihipertensivos e hipolipemiantes, marcando la pauta en los incrementos de utilización, junto con la dinámica de la utilización de medicamentos para la osteoporosis y psicofármacos. En el ámbito de la atención especializada, la incorporación de los produc-

tos biotecnológicos junto con los tratamientos del VIH, artropatías y oncología muestran los perfiles más dinámicos en cuanto a utilización y crecimiento del gasto.

La gestión de los medicamentos en 2006, llevada a cabo en coordinación con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, se ha articulado en los contratos de gestión en que se establecen, para cada centro de gestión de atención primaria y atención especializada, los objetivos agrupados en cuatro líneas

estratégicas: orientación a los resultados en las áreas asistenciales prioritarias desde el punto de vista asistencial (área cardiovascular, salud mental y asistencia a las personas mayores); acciones orientadas al apoyo a los profesionales y al desarrollo de la organización; acciones orientadas a mejorar los procedimientos internos en la gestión de los medicamentos y, finalmente, las actuaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la utilización de recursos.

La estrategia de gestión indicada se plasma en un conjunto de indicadores, una buena parte de los cuales son compartidos por las gerencias de atención primaria y de atención especializada, que garantizan el alineamiento de todas ellas con los objetivos de gestión marcados.

En el año 2006, se implantó el Programa de Atención al Mayor Polimedcado para la mejora de la utilización de los medicamentos. Este programa amplía la cartera de servicios ofrecida a los pacientes mayores de 75 años que utilizan seis medicamentos o más, al incluir específicamente la revisión sistemática de sus tratamientos cada 6 meses. Además, se oferta la revisión del uso de los medicamentos y la entrega gratuita de materiales de ayuda para mejorar la adherencia terapéutica, todo ello de forma coordinada entre el personal médico y de enfermería de los centros de salud y el personal farmacéutico de oficina de farmacia. El programa está dirigido a más de 90.000 pacientes y en él participa el 100 % de los centros de salud de la comunidad autónoma y 889 farmacias que se han adherido voluntariamente a él. En el marco del programa se han desarrollado actividades formativas comunes en más de 250 centros de salud y dirigidas a los 10.000 profesionales sanitarios que participan en él. Se han editado, además, más de 150.000 folletos informativos y se han distribuido más de 24.000 pastilleros semanales para la ayuda al cumplimiento.

Es necesario subrayar el énfasis puesto en la gestión de los medicamentos a la gestión del conocimiento en farmacoterapia. Las actuaciones en esta materia han contado con la colaboración de casi 300 profesionales expertos en las diferentes áreas de la clínica. A lo largo de 2006 se desarrolló un programa de formación continuada en farmacoterapia en que han participado 1.877 profesionales del Servicio Madrileño de Salud (el 39 % más que en 2005), se ha reforzado con la nueva iniciativa de participación de 300 alumnos en cursos *on-line* de farmacoterapia y se trabajó en documentos de apoyo en diferentes áreas como salud mental,

neonatología, cardiología, diabetes, inmunosupresores y ginecología.

En el ámbito interno se ha desarrollado un conjunto de actuaciones orientadas a mejorar la calidad de la asistencia farmacéutica a los pacientes crónicos que se ha plasmado en el Decreto 6/2006, de 19 de enero, por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica en pacientes crónicos a través de la mejora de los procedimientos de la prestación y una gestión individualizada de los tratamientos.

La seguridad en la utilización de los medicamentos fue otra de las prioridades de 2006, con un innovador enfoque hacia la gestión de los riesgos sanitarios que engloba las actuaciones orientadas al uso seguro de medicamentos y productos sanitarios. Se han desarrollado estrategias de comunicación basadas en tecnologías de la información y comunicación, que facilitan al profesional sanitario no sólo la notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM), problemas relacionados con los medicamentos o incidentes con productos sanitarios, sino también información de retorno que permite ir consolidando una cultura de gestión de riesgos entre los profesionales. El portal Uso seguro de medicamentos y productos sanitarios está abierto en la intranet de la Consejería de Sanidad y Consumo y en internet a través de madrid.org.

La seguridad también ha estado presente en el programa de formación con cursos sobre riesgos de medicamentos y productos sanitarios impartidos a profesionales de atención primaria y especializada.

Durante el año 2006 se notificaron al Centro de Farmacovigilancia 1.578 notificaciones de sospechas de RAM, el 3,6 % más que en 2005.

La Red de Farmacias Centinela, puesta en marcha en el año 2005, se ha consolidado a lo largo de 2006 y se han recibido a través suya 965 notificaciones de errores (media de 80 notificaciones mensuales). La mayor parte de éstas (el 70 %) son detectadas por el farmacéutico y no llegan al paciente y sólo el 3 % le producen daño. Se han organizado, además, las primeras Jornadas de la Red de Farmacias Centinela, a las cuales han asistido más de 150 profesionales. Las notificaciones recibidas han provocado la retirada de seis lotes de especialidades farmacéuticas, 19 notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y 7 notificaciones a médicos relacionadas con errores en la prescripción.

Además, la Comunidad de Madrid ha organizado las VI Jornadas del Sistema Español de Farmacovigilancia

en las cuales participaron más de 300 profesionales de todos los ámbitos asistenciales y en las cuales se presentaron 18 ponencias orales y 86 ponencias en póster. Con este motivo, se convocaron y otorgaron los Primeros Premios de Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid.

INVESTIGACIÓN

Los siguientes apartados y la **tabla 15** resumen los aspectos más importantes referentes a la investigación.

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: 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 (a 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, así como ayudas para la intensificación de la actividad investigadora en atención primaria y enfermería.

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 existen líneas de investigación activas.

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

Unidades de apoyo a la investigación sanitaria

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

TABLA 15. Investigación, 2006 (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 Laín 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	432	Proyectos financiados por el FIS activos en el año 2006
Proyectos de investigación financiados por el MEC	Sí	26	Proyectos financiados por el MEC activos en el año 2006
Proyectos de investigación financiados por fondos europeos	Sí	23	Período 2002-2006. Han participado 7 hospitales
Proyectos de investigación financiados en convocatorias regionales	Sí		En el año 2006 no hubo convocatoria específica de proyectos
Ensayos clínicos patrocinados por la industria	Sí	199 (estimado)	Estimación sobre el total de ensayos clínicos aprobados por la Agencia Española del Medicamento, teniendo en cuenta que la cuota aproximada de la Comunidad de Madrid es del 30 % (última actualización del año 2005)

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria; MEC, Ministerio de Educación y Ciencia.

apoyo para la investigación experimental (animalario, equipamiento, infraestructuras, etc.) y para el apoyo de diseño y metodología de la investigación.

Otros hospitales de mediano y pequeño tamaño cuentan con apoyo metodológico y de gestión con un nivel menos estructurado.

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

Equidad en general y de género en particular, tanto en líneas de investigación y en el apoyo como 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 pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (Sermas) 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, mediante la Convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (2003-2006), la Comunidad de Madrid ha obtenido una financiación de 15.523.599,47 euros para un total de 62 redes de grupos y 58 redes de centros, situándose en la cabeza de liderazgo de grupos de investigación organizados en red.

En la convocatoria del Centro de Investigación Biomédica en Red (Ciber), ha habido presencia de grupos pertenecientes a hospitales en la convocatoria de la Consejería de Educación para el Programa de Actividades de Grupos de Investigación de Biociencias dentro del marco del IV PRICIT.

En cuanto a la convocatoria de proyectos de investigación dentro del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo y en el Programa de Recursos Humanos del ISCIII (ayudas para contratos de investigadores, formación personal investigador, etc.), Madrid ha sido una de las comunidades con mayor éxito y porcentaje de financiación.

En el año 2006, los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid obtuvieron el mayor porcentaje de candidatos para disfrutar del Programa de Estabili-

zación e Intensificación de la actividad investigadora del ISCIII, con 18 profesionales que comparten su dedicación horaria entre la asistencia y la investigación.

Dentro de los programas nacionales de recursos humanos para la investigación en régimen de cofinanciación con las comunidades autónomas, en la actualidad en nuestro ámbito sanitario existen:

- En los programas de estabilización del Instituto de Salud Carlos III y del Ministerio de Educación y Ciencia, en la actualidad, 13 y 6 investigadores de los respectivos programas, con contratos estables y dedicación exclusiva a la investigación en los centros de la comunidad autónoma.
- En los programas de recursos humanos en régimen de cofinanciación, 39 contratos de investigadores del ISCIII; 5 contratos de investigadores Ramón y Cajal (Ministerio de Educación y Ciencia); 48 contratos post-Fondo Social Europeo y 24 contratos de técnicos de apoyo del ISCIII.

En el ámbito europeo, la evolución de la participación de la Comunidad de Madrid en proyectos europeos de los programas marco ha sido creciente, donde el número de hospitales del Sermas con una participación, al menos, es de 14 hasta el año 2002. Esto representa que aproximadamente la mitad del total de centros de atención especializada de la Comunidad de Madrid se han beneficiado de la investigación realizada en Europa. El programa de mayor participación fue el de Calidad de Vida y Gestión de los Recursos Vivos ya que en él se recogían las líneas más relacionadas con las ciencias de la salud (nutrición, enfermedades infecciosas, biotecnología, envejecimiento, etc.). En la actualidad, está vigente el VI Programa Marco de I+D, que va desde 2002 hasta 2006, con un presupuesto de 17.500 millones de euros. Los datos de participación de que se dispone son incompletos por los largos períodos de tiempo que transcurren entre las convocatorias e inicio de los proyectos seleccionados. Según la información de que se dispone, hasta el inicio del último trimestre de 2005, el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid participa en 10 proyectos: 3 proyectos integrados, 3 proyectos de investigación, 2 redes de excelencia y 2 acciones de coordinación (una de ellas liderada por un centro sanitario), y lo hacen sobre los programas de: ciencias de la vida, calidad y seguridad alimentaria, tecnologías de la sociedad de la información, investigación en apoyo a políticas y cooperación internacional.

Ensayos clínicos

La evolución en cuanto a la realización de ensayos clínicos parece que sigue la dinámica de períodos anteriores. Durante el año 2004 se autorizaron 584 en toda España y había 101 productos en fase de investigación. En cuanto al tipo de promotor de los ensayos, el 81 % fue la industria y el 19 % se debe a los investigadores. Por tipo de participación, la evolución favorece a la mayor presencia de ensayos multicéntricos (65 %). Por comunidades autónomas, en el año 2004, la Comunidad de Madrid representaba el 22,77 % en el contexto nacional. Los tipos de centros implicados han sido hospitales en el 94 % de los casos y el 5 %, centros de atención primaria. Madrid junto con Cataluña asume algo más del 50 % de los ensayos clínicos que se realizaron en España.

¿Cuál es la estrategia de difusión de los resultados de la investigación?

El IV Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica (PRICIT 2005-2008) de la Comunidad de Madrid contempla, entre sus actuaciones, el programa de cultura científica y desarrolla acciones como "Madrid por la Ciencia" y "Semana de la Ciencia" en la cual participan todos los departamentos y una buena representación de la empresa madrileña. La Agencia Laín Entralgo también participa en este tipo de actividades.

¿Cuáles son los 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 medicoquirúrgicos 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 mediante 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.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

Se han georreferenciado las bases de datos del Registro de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid, de forma concreta la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) y un corte de tarjeta sanitaria individual y se ha llegado al grado de geocodificación de coordenadas XY, así como de las agrupaciones de zonas sanitarias, distritos sanitarios y áreas sanitarias en lo referente a indicadores poblacionales y de utilización de recursos. Para el análisis de los datos se ha utilizado el aplicativo institucional Geomedia.

También se han utilizado los Sistemas de Información Geográficos para estudios específicos de ordenación y política farmacéutica y de salud pública.

CALIDAD

Sistema de acreditación sanitaria

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección ha continuado trabajando en el desarrollo del Sistema de Acreditación Sanitaria. En concreto, la Comisión de Seguimiento del Proyecto ajustó el cronograma y a lo largo del año 2006 el trabajo desarrollado fue:

- Elaborar una propuesta de norma jurídica que regule el sistema de acreditación. A lo largo del año 2006 se fue ajustando el Decreto a las diferentes observaciones efectuadas por organizaciones y entidades que puedan verse afectadas por la norma. En la norma jurídica se establecen todos los elementos de Sistema de Acreditación Madrileño:
 - Órganos de acreditación sanitaria.
 - Equipo auditor.
 - Estándares de acreditación sanitaria.
 - Niveles de acreditación sanitaria.
 - Procedimiento de acreditación sanitaria.
 - Registro de centros y servicios acreditados.
 - Autorización de las entidades auditoras externas.
 - Registro de entidades auditoras externas.
- Elaborar un manual de auditoría. Este manual constituirá una guía o herramienta escrita que orientará y organizará el trabajo del auditor al establecer un marco metodológico para la ejecución de las auditorías externas. Define los contenidos, requisitos, procedimientos y aspectos que debe considerar la programación y ejecución de las auditorías externas, explica la forma en que se

deben tramitar y ejecutar las etapas de las auditorías, señala los requisitos que deben cumplir y especifica las atribuciones y responsabilidades de los distintos participantes en este proceso, como son los clientes o solicitantes de auditoría, los auditores y/o auditados y la Administración.

Incorporación de objetivos a contratos

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección en colaboración con el Sermas ha establecido objetivos institucionales de calidad, incluidos en los contratos realizados con los centros sanitarios, a través de los cuales se pretende:

- Resaltar la importancia estratégica de la calidad asistencial en la organización.
- Reflejar el compromiso adquirido por los responsables de la Administración.
- Estimular el liderazgo activo en la gestión de la calidad y la implicación de todas las personas que trabajan en la organización.
- Implantar el Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.

Los objetivos se agrupan en las siguientes líneas diferenciadas por nivel de atención:

- Atención primaria:
 - Acogida, trato personalizado e información adecuadas.
 - Satisfacción de los ciudadanos.
 - Seguridad de los pacientes.
 - Gestión de la calidad.
 - Participación de los profesionales en calidad del paciente.
- Atención especializada:
 - Información y acogida al ciudadano.
 - Respeto de valores y creencias de la población.
 - Detección de pacientes con riesgo social.
 - Evaluación de la percepción de la persona usuaria.
 - Mejora de la seguridad de los pacientes.
 - Gestión de calidad.
 - Documentación clínica.
 - Variabilidad de la práctica clínica.
 - Formación de los profesionales en calidad/seguridad del paciente.

En este año, puede destacarse que se ha presentado e iniciado el despliegue del Modelo de Autoevaluación y Mejora como adaptación del modelo EFQM

de excelencia a las características de la Sanidad Madrileña. Su propósito es conseguir elevar la calidad de los centros del Servicio Madrileño de Salud y con ello mejorar la salud y la satisfacción de las necesidades y expectativas de pacientes y ciudadanos.

Además, en 2006 la mejora de la seguridad de los pacientes a través de la implantación de las unidades funcionales de gestión de riesgos y la puesta en marcha de las actuaciones que determina el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, como se informa a continuación, y como componente relevante de la calidad, es el otro gran objetivo incluido en los contratos de gestión.

Seguridad de pacientes

En 2006 se presentó a los equipos directivos el Plan de Riesgos Sanitarios, aprobado por el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, que tiene como objetivo general implantar la Gestión de Riesgos Sanitarios en la Comunidad de Madrid y en el cual se enmarcan las actividades realizadas en seguridad de pacientes previstas en sus 6 programas de actuación. Como actuaciones de este año cabe destacar las siguientes:

- Se han realizado actividades de formación en gestión de riesgos y seguridad de pacientes, centralizadamente y en centros sanitarios.
- Se ha completado la implantación de las Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos Sanitarios (UF) en cada gerencia. Las 38 UF constituidas (11 en atención primaria y 27 en atención especializada y Summa) han iniciado sus actuaciones.
- Se han incluido objetivos de mejora de la seguridad de pacientes en los contratos de gestión entre el Sermas y las gerencias, entre los cuales destacan la implantación de la identificación mediante pulseiras, el lavado de manos con soluciones alcohólicas en atención especializada y disponer de un procedimiento para el control y mantenimiento de carros de parada y desfibriladores en atención primaria.
- Colaborar en los programas de seguridad en el uso de medicamentos.
- Se han realizado jornadas sobre seguridad del paciente para promover y difundir la cultura de calidad y seguridad entre los profesionales.
- Como medida para mejorar y difundir la cultura de la seguridad se han elaborado:
 - Cinco documentos sobre recomendaciones para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria en población adulta e infantil, dirigidos a pacientes, familiares y profesionales.

- Guías de recomendaciones al paciente. Se han elaborado 31 documentos que incluyen apartados de seguridad del paciente, como continuación a la línea de actuación iniciada el año anterior.
- Guías para la *Prevención y control de la infección nosocomial* y *Prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria*.

PARTICIPACIÓN (tabla 16)

La Ley 41/2002 trata sobre la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones respecto a la información y documentación clínicas.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Programas de promoción y prevención de la salud

Se trata de una experiencia del Programa de Promoción de la Salud con colectivos en situación de especial vulnerabilidad. Participan la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

A lo largo de los 10 últimos años, la inmigración se ha impuesto como una novedad en España. Las migracio-

TABLA 16. Participación, 2006 (Madrid)

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Segunda opinión	No		Elaborado borrador del Decreto aprobado el 12/04/2007. Remisión al Consejo de Estado
Acceso a la historia clínica	Sí		Elaborado 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 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 2191/2006, 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)	
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 de las agencias sanitarias (periféricas y virtual) y los servicios de atención al paciente/usuario de los centros sanitarios. Las agencias sanitarias facilitan información sanitaria administrativa general y especializada, por vía presencial (las periféricas), vía telemática (mediante el correo electrónico y los correspondientes formularios de la página <i>web</i> Portal Salud) y vía 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. Además, en el año 2006 se elaboró, editó y difundió la <i>Guía del informador sanitario</i> .

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de 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.

nes actuales provienen de países lejanos y constituyen un fenómeno de grandes dimensiones que se ha producido en un corto lapso de tiempo y sus características plantean cuestiones que van más allá de las diferencias culturales.

Al igual que en otras comunidades autónomas, las modificaciones del perfil de la población residente en la Comunidad de Madrid, derivadas de la reciente incorporación de personas provenientes de otros países, han sido notables. Estas personas constituyen una población cuantitativamente importante, heterogénea en cuanto a su procedencia, joven y con unas características específicas en cuanto a la actividad laboral, el nivel socioeconómico, la utilización del tiempo libre y formas de ocio, las redes sociales de apoyo y las formas de interpretar el binomio salud-enfermedad. Además, se debe considerar el hecho de que los modelos de gestión que se han utilizado hasta ahora desde los distintos ámbitos, incluido el sanitario, muestran su insuficiencia y la necesidad de su reorientación.

En este contexto, el Programa de Promoción de la Salud con colectivos en situación de especial vulnerabilidad, con especial referencia a la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid, se inició en el año 2003, teniendo su encuadre técnico en la necesidad de reforzar ciertas acciones específicas de salud pública en este colectivo de población, en el cual la evidencia científica muestra que las condiciones socioeconómicas constituyen un factor determinante de la morbilidad, mortalidad, esperanza de vida al nacer, años potenciales de vida perdidos, calidad de vida, acceso y utilización de los servicios sanitarios y participación en programas preventivos, de promoción de la salud o de educación sanitaria.

El objetivo general del programa es contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y fomentar la equidad, incluyendo a los colectivos más vulnerables, con especial énfasis en población inmigrante, en los programas de salud pública.

Población diana

La población diana del programa es la inmigrante residente en la Comunidad de Madrid y los profesionales sociosanitarios de la Comunidad de Madrid.

Características principales de su desarrollo

El programa, desde su inicio tiene cinco líneas principales de actuación que se han concretado en los siguientes objetivos:

1. Contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante, favoreciendo su inclusión y participación en los programas de prevención y promoción de salud del sistema sanitario.
2. Contribuir a mejorar el conocimiento de las necesidades en salud de la población inmigrante.
3. Contribuir a la sensibilización y formación continuada de los profesionales del sistema sanitario y otros profesionales, en aspectos relacionados con la problemática de los colectivos más vulnerables y excluidos y su relación con la salud, en colaboración con la Agencia Pedro Laín Entralgo.
4. Fomentar actitudes y comportamientos preventivos y saludables en población inmigrante en el marco de los planes y programas de salud pública de la Consejería de Sanidad y Consumo.
5. Fomentar la participación de asociaciones, ONG y otras entidades o instituciones que trabajan con estos colectivos en temas de salud.

Derivado de estas líneas prioritarias se está desarrollando una serie de acciones de forma paralela, lo que está permitiendo trabajar a la vez con los distintos actores implicados: población inmigrante y profesionales sociosanitarios.

En relación con el primer objetivo, se destaca que el programa ha participado en la Comisión Sanitaria Técnica del Plan contra la Exclusión Social de la Consejería de Sanidad y Consumo, que ha elaborado un documento de *Detección de situaciones de exclusión social y propuestas de actuación*. Una de estas propuestas ha sido facilitar un documento para la atención sanitaria a personas en situación administrativa irregular y/o en exclusión social y con problemas de salud, que está siendo elaborado por la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales y que próximamente va entrar en funcionamiento.

Junto con ello, desde el programa se ha elaborado el *Manual de orientación sociosanitaria para inmigrantes de la Comunidad de Madrid* y un folleto informativo sobre *la salud pública y la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid para población extranjera*, ambos editados en ocho idiomas y cuya finalidad es facilitar el conocimiento del funcionamiento y los recursos existentes en la Comunidad de Madrid a la población inmigrante.

El segundo objetivo se ha concretado hasta ahora en la realización de dos investigaciones que han per-

mitido conocer en profundidad la relación de la población inmigrante con el sistema sanitario, así como las barreras existentes tanto para su acceso como para su utilización. Dichas investigaciones son:

- Inmigración, salud y servicios sanitarios: la perspectiva de los inmigrantes.
- Inmigración, salud y servicios sanitarios: la perspectiva de los sanitarios.

Como resultados destacables de ambas investigaciones se pone de manifiesto que las personas extranjeras, procedentes de otras culturas, se enfrentan con las normas, usos y organización del sistema sanitario madrileño, que en la mayoría de los casos es diferente al de sus países de origen y que está generando situaciones de desencuentro entre los profesionales sanitarios y esta población, identificándose elementos que generan desconfianza mutua.

Derivado de los resultados de ambos estudios, se ha iniciado, enlazando con el tercer objetivo, una línea de formación continuada con los profesionales sociosanitarios en colaboración con la Agencia de Formación Laín Entralgo, coordinando desde el programa cursos dirigidos a las y los distintos profesionales sanitarios(as) del sistema madrileño de salud.

En relación con el cuarto objetivo, el programa está desarrollando una serie de acciones formativas dirigidas a la población inmigrante en colaboración con asociaciones de inmigrantes y otras entidades no gubernamentales que trabajan con la población inmigrante. Asimismo, se está desarrollando una línea de trabajo para adaptar culturalmente materiales de promoción de salud y educación sanitaria dirigidas a esta población.

Por último, se trabaja activamente para fomentar e implicar a las asociaciones de inmigrantes y organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de actividades de promoción de salud y de prevención de enfermedades entre los distintos colectivos de inmigrantes. Para ello, inicialmente, desde el programa se realizó una encuesta y entrevista personal a una treintena de asociaciones de inmigrantes con los objetivos de fomentar el conocimiento mutuo, saber las características de los colectivos a los cuales atienden, conocer sus opiniones en relación con la salud y averiguar su interés por realizar actividades de promoción de la salud con el último objetivo de apoyar y fomentar dichas actividades.

Derivado de los resultados, se puso de manifiesto el interés de estas asociaciones y la necesidad de trabajar temas prioritarios como vacunaciones, salud

sexual y reproductiva o violencia de género entre otros y se está planificando una jornada de encuentro con las asociaciones y ONG que trabajan con esta población para determinar unas líneas de trabajo en salud acordes con sus intereses.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Un primer aspecto destacable es la coordinación que se establece a través de la Comisión Técnica del Plan de Integración y del Plan contra la Exclusión Social, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, entre las diferentes Direcciones Generales de esta Consejería, para identificar problemas y articular medidas en relación con los problemas de salud y de acceso al sistema sanitario de la población inmigrante.

También es muy importante la coordinación que se establece entre el programa y otras instituciones no sanitarias como la Consejería de Inmigración, la Escuela de Mediación Social Intercultural (EMSI) y el Servicio de Mediación Social Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (Semsí), entre otras, para establecer acciones que permiten facilitar el acceso a la información y al sistema sanitario de la población inmigrante, difundir materiales de educación para la salud, identificar situaciones de inequidad y desigualdad y colaborar en la formación de los y las profesionales sanitarios en temas de interculturalidad.

La aplicación de la metodología cualitativa en las investigaciones planteadas ha facilitado la profundización en el conocimiento de qué factores están distorsionando la relación de la población inmigrante con el sistema sanitario (desconfianza mutua, problemas de comunicación, estereotipos y prejuicios por ambas partes, falta de formación en temas de interculturalidad, etc.) y ha orientado los contenidos de los cursos de formación y sensibilización de los profesionales sociosanitarios.

También en relación con dicha formación y derivado de los resultados de estos estudios, se han identificado diferentes sectores profesionales y temas prioritarios, iniciándose por los profesionales que trabajan en las unidades y áreas de atención al paciente tanto en atención especializada como en atención primaria. Los objetivos de los cursos impartidos a estos profesionales son:

- Dar a conocer los condicionantes sociodemográficos, legales y culturales que intervienen en el acceso de las personas extranjeras al sistema público de salud.

- Sensibilizar sobre la situación de la inmigración y su condicionante de vida y trabajo.
- Orientar sobre las herramientas y recursos disponibles para atender a las personas en un marco intercultural.

Desde el programa se entiende que el trabajo formativo con estos profesionales es fundamental ya que las áreas administrativas y de atención al paciente de los diversos centros son, a menudo, el primer contacto que la persona inmigrante tiene con el sistema sanitario. Sensibilizar y desarticular estereotipos en estos profesionales contribuye a facilitar la aproximación y el entendimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Además, se contribuye a potenciar sus habilidades para mejorar la calidad de la atención prestada a esta población.

Además, se colabora junto con las distintas áreas sanitarias en la formación de los profesionales de atención primaria en temas de atención a la diversidad cultural, interculturalidad y funcionamiento de los sistemas sanitarios de los países de origen, incluyendo a mediadores sociosanitarios como impartidores de esta formación.

Aparte de ello, en la elaboración de materiales educativos sobre determinados temas de salud, dirigidos a población inmigrante, se trabaja la adaptación cultural y no sólo la mera traducción, y se está desarrollando un proceso metodológico para conseguir dicha adaptación. Este proceso implica la participación de asociaciones de inmigrantes o de mediadores(as) en la elaboración de dicho material y testarlo posteriormente con personas pertenecientes a los distintos colectivos de inmigrantes a los cuales está dirigido.

Del contacto permanente con las asociaciones de inmigrantes y otras entidades que trabajan con esta población se derivan como aspectos destacables el hecho de que estas entidades comiencen a incluir en sus programas de trabajo aspectos en relación con la prevención de algunos problemas de salud y la promoción de hábitos saludables. Además, el programa se beneficia de este contacto permanente al detectar problemas emergentes sentidos por la propia población inmigrante en relación con su salud.

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

La metodología aplicada para el seguimiento de las líneas principales del programa es mediante un informe

anual que incluye los resultados de los indicadores desarrollados para cada una de estas líneas principales u objetivos específicos.

Éstos son indicadores de proceso o indicadores intermedios de cada una de las actividades realizadas.

Además, se incluyen dentro de la metodología:

- La *coordinación intrainstitucional e interinstitucional* mediante la participación en distintas comisiones, como la Comisión Técnica Sanitaria del Plan de Integración y del Plan Contra la Exclusión Social, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, que mantienen reuniones periódicas para el seguimiento de las acciones en salud de los distintos planes. En el caso de la Comisión Técnica Sanitaria del Plan contra la Exclusión Social, se han propuesto medidas y se realiza el seguimiento de éstas.
- La *interdisciplinarietà* de las comisiones permite tener una visión más global de los problemas planteados.
- La *elaboración de documentos técnicos* destinados a difundir el conocimiento entre las y los distintas(os) profesionales sanitarias(os) y no sanitarias(os) como *Inmigración, salud y servicios sanitarios: la perspectiva de los inmigrantes*.

Resultados

Se destacan como resultados más relevantes la contribución a mejorar el acceso de la población inmigrante, especialmente la que se encuentra en situación más vulnerable en relación con la salud, al sistema sanitario. En este sentido, las personas que no tienen acceso a la tarjeta sanitaria, en situación de exclusión social y que padecen problemas de salud, se verán beneficiadas de la próxima entrada en funcionamiento del documento de atención sanitaria (DAS) y que permitirá acceder provisionalmente a la sanidad pública.

Los resultados de las investigaciones realizadas, impulsadas por el programa, han permitido detectar múltiples elementos y barreras tanto en el acceso como en la utilización del sistema sanitario por parte de los distintos colectivos de inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid y, derivado de ello, orientar los contenidos de los distintos cursos de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en materia de atención al colectivo inmigrante, coordinado por el programa en colaboración con la Agencia Laín Entralgo.

El desarrollo de acciones formativas y de sensibilización dirigidas a estos profesionales contribuye a la

mejora de la calidad de la atención sanitaria de los inmigrantes y a la mejora de la satisfacción de los profesionales sanitarios en el ejercicio de su práctica profesional.

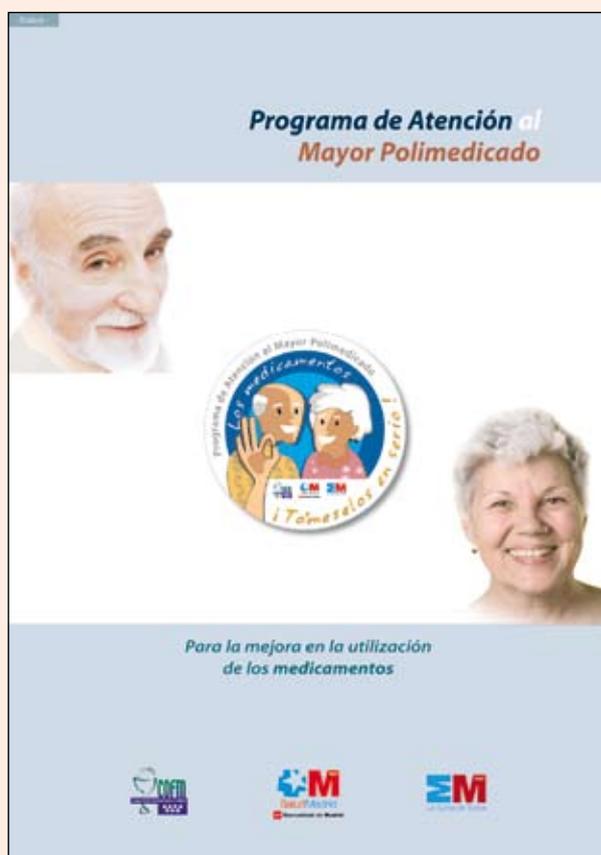
La elaboración de materiales de apoyo (folletos, carteles, guías, etc.) culturalmente adaptados, implicando a los propios colectivos a los cuales está dirigido en su elaboración, contribuye a mejorar la comprensión de la información que se emite por parte de la población a la cual está dirigida, en este caso los distintos colectivos de inmigrantes.

Por último, el trabajo con las distintas asociaciones de inmigrantes y entidades no gubernamentales que trabajan con esta población está contribuyendo a aproximar la información a los grupos, a detectar problemas de salud sentidos por la propia población inmigrante y a implicar a las personas en el cuidado y responsabilidad de su salud.

Gestión de los servicios sanitarios

Destaca el Programa de Atención al Mayor Polimedica-do para la Mejora en la Utilización de los medicamentos (fig. 8).

FIGURA 8. Programa de Atención al Mayor Polimedica-do, 2006 (Madrid)



Planteamiento

Aunque se sabe que los avances en farmacoterapia han contribuido de forma importante a prolongar la esperanza de vida, en ocasiones, la polifarmacia, frecuente en población anciana, hace más probable que se produzcan olvidos, confusiones, falta de adherencia terapéutica o problemas relacionados con los medicamentos, como son las RAM e interacciones. Todos estos factores contribuyen a una disminución de la efectividad de los tratamientos, un aumento de la morbilidad hospitalaria y una disminución de la eficiencia del sistema sanitario, aspectos extensamente documentados en la bibliografía.

En países de nuestro entorno, se han llevado a cabo iniciativas globales encaminadas a disminuir los problemas relacionados con los medicamentos, como programas específicos del Sistema Nacional de Salud británico, el de la Universidad de Iowa o iniciativas locales del tipo estudios piloto realizadas en centros de salud, oficinas de farmacia de Cataluña, etc. Sin embargo, en España no existe una iniciativa sólo en la comunidad autónoma que prevea la realización de un programa específico dirigido a toda la población anciana polimedica-do y que cuente con la colaboración coordinada de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, profesional médico, de enfermería o farmacia. Algunos de los estudios piloto realizados apuntan a un descenso del 40 % de las visitas de los mayores al centro de salud, una disminución del 4 % de los ingresos hospitalarios por problemas relacionados con los medicamentos y un aumento del cumplimiento terapéutico desde el 30 hasta el 80-90 % en diversas iniciativas.

Consciente de esta necesidad y oportunidad, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid se comprometió en el debate sobre el estado de la región del año 2005 a llevar a cabo medidas encaminadas a la mejora de la atención farmacoterapéutica de los pacientes crónicos, que se ha reflejado en el Decreto 6/2006. Además, el concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio Oficial de Farmacéuticos establece un marco para el desarrollo de programas de atención farmacéutica para pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid.

Antes de poner en marcha un programa de gran magnitud en toda la comunidad autónoma, se realizó un análisis del coste y el beneficio de éste, que mostraba que el beneficio neto anual es, al menos, de 1,5 millones de euros y mayores beneficios en años posteriores (www.aes.es/Jornadas/comunicaciones/output/308.pdf).

Población diana

La población diana del programa la constituyen los residentes en la Comunidad de Madrid mayores de 75 años y que utilicen de forma habitual seis medicamentos o más, lo que se traduce en aproximadamente 90.400 ciudadanos.

El objetivo de este programa es mejorar la salud y la calidad de vida de esta población mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la adecuada colaboración entre los profesionales sanitarios y la entrega de sistemas de ayuda para la correcta utilización de los medicamentos.

El programa trata de fomentar como fin último la responsabilidad del paciente en sus cuidados, incidiendo en la educación sanitaria como aspecto clave para conseguir un cambio en la conducta del individuo.

Características principales en su desarrollo

- Es un programa a gran escala, lo que implica que todas las medidas que se ponen en marcha tienen que estar perfectamente avaladas por la literatura médica, analizadas respecto a su practicabilidad y consensuadas por los diferentes profesionales. En este programa están participando aproximadamente 10.000 profesionales de la sanidad.
- Es un programa de salud con participación de profesionales del sector público y privado en el cual se encuadran las oficinas de farmacia, que son entidades privadas de interés público. Esto exige una intensa labor de coordinación y, a su vez, otorga la oportunidad de establecer nuevas líneas de colaboración hacia el futuro.
- El programa se articula en una serie de servicios que se ofrecen a los pacientes, que también pasan a ser derechos de éstos, al haberse recogido como tales en una norma legislativa que es un Decreto (6/2006).
- El programa integra una serie de actividades consideradas "prácticas de calidad" en el trabajo diario de los profesionales sanitarios: revisión semestral de tratamientos por parte del médico, revisión de la forma en que se utilizan los medicamentos por parte del personal de enfermería o el de farmacia y disponibilidad de sistemas de ayuda al cumplimiento terapéutico.

Aspectos destacables en su implantación

o aplicación

- Ha sido necesario realizar una formación específica en el abordaje terapéutico de los y las pacientes

ancianos(as) a todos los profesionales sanitarios de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Esto se ha llevado a cabo con una estrategia de "formador de formadores", lo que permite llegar a los 10.000 profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid. Esta formación en cascada ha sido acreditada por la Agencia de Formación Laín Entralgo con 0,8 créditos y hasta el momento es el curso monográfico más amplio realizado en Madrid. Los farmacéuticos y farmacéuticas comunitarios(as) se han integrado en los cursos de formación con el resto de profesionales de los equipos de atención primaria.

- Todos los pacientes diana son evaluados específicamente por su médico de atención primaria, siguiendo el modelo de revisión de tratamientos del Sistema Nacional de Salud británico. Esto implica un examen sistemático y periódico (cada 6 meses) sobre la idoneidad de cada tratamiento instaurado. Este punto se considera imprescindible antes de facilitar al paciente la correspondiente hoja de medicación y poder comenzar todas las actividades del programa de educación sanitaria.
- La *hoja de medicación* es un documento que se ha consensuado con asociaciones de pacientes, con la finalidad de recoger sus propuestas para disponer de una información útil y comprensible para ellos. Este documento se ha incorporado en la historia clínica informatizada de atención primaria de forma que a todos los pacientes se les pueda facilitar esta información, una vez que se ha validado el tratamiento. Tal y como se puede apreciar en la [figura 9](#), se ha incorporado información de gran utilidad tanto para los pacientes como para los profesionales que le atienden; además, se ha incluido pictogramas que facilitan la comprensión de la posología y que aparecen en todos los materiales del programa.
- Una vez que el médico ha revisado el tratamiento del paciente, comienzan las actividades encaminadas a conseguir que éste se lleve a cabo de forma adecuada, incidiendo específicamente en conseguir el adecuado cumplimiento terapéutico, detectar problemas en el uso de los medicamentos y mejorar el conocimiento que el paciente tiene de su medicación.
- El programa cuenta con la entrega gratuita a los pacientes de diferentes elementos que han mostrado ser útiles para mejorar la adherencia

FIGURA 9. Hoja de medicación, 2006 (Madrid)

HOJA DE MEDICACIÓN

Fecha de emisión: 2/06/06 13:23 Página 1 de 1

SALUD.CP, FARMACIA PRIVADA PRIVADA
 N.I.S.S.: 26032750744
 C.I.P.: FRPFO20267914
 F.N.I.: 27621926

Centro de Salud de COND. TORREJÓN DE VELASCO Teléfono:
 Médico: DAVID SANCHEZ ZARATA
 Nº Colegiado: 77777774

FARMACOS	Amplio	Comida	Cena	Antes de dormir	Inicio	Fin
ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS + 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	0	0	0	2/06/06	31/06/06
ESBETROL 10MG 28 COMPRIMIDOS + 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	0	0	0	1/06/06	30/06/06
OMEPRAZOL SUAVOL 20MG 14 CAPSULAS DURAS EPD + 14 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	0	1	0	1/06/06	30/06/06
SANDRILIN NEORAL 50MG 30 CAPSULAS + 30 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 12 horas	1	0	1	0	1/06/06	1/06/06
TICLOPIDINA RANBAXO 250MG 60 COMPR REC PELIC 60 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 12 horas	1	0	1	0	1/06/06	30/06/06
INDOMETACINA 100MG 12 COMPRIMIDOS	1	1	1	0	1/06/06	8/06/06
ADIRID 102MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS + 30 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	1	0	0	17/06/06	15/06/06

Fecha de próxima revisión: 9/11/2006
 (PICA CITA UNA SEMANA ANTES DE ESTA FECHA)

_____ Firma

terapéutica: etiquetas para adherir a la caja de medicamentos, organizadores semanales de medicación reutilizables o de un solo uso (fig. 10). La tecnología de los organizadores semanales de un solo uso hace que éstos sólo se puedan preparar en las farmacias adheridas al programa. En cambio, los organizadores semanales de medicación están diseñados para que el paciente o cuidador pueda preparar los medicamentos en su domicilio.

Estos materiales se utilizarán conjuntamente con los folletos y materiales de educación sanitaria diseñados al respecto.

- Se ha realizado una intensa campaña de difusión en los diferentes medios de comunicación (prensa, televisión, radio, páginas web), con el objetivo de que todos los ciudadanos conozcan el programa.

Metodología para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

Se han diseñado indicadores de seguimiento del programa, tanto de actividad como de resultado y satisfacción de las personas usuarias y profesionales con el programa.

FIGURA 10. Elementos para mejora de la adherencia terapéutica, 2006 (Madrid)



La Consejería de Sanidad y Consumo ha montado un dispositivo para captar directamente la información del programa de los 256 centros de salud de la comunidad autónoma, de forma informatizada, sin que los profesionales tengan que enviar información. Esto permite conocer casi en "tiempo real" la evolución del programa.

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

A lo largo del año 2006, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Elaboración de un documento técnico de apoyo al programa que detalla los objetivos y actividades que los diferentes profesionales tienen que realizar, así como los indicadores que hay que medir (disponible en www.madrid.org).
- La difusión e información del programa a las farmacias de la Comunidad de Madrid. La respuesta ha sido muy importante; se han adherido al programa 889 oficinas de farmacia (33 %) y se han tenido solicitudes en lista de espera para la siguiente fase. Se han elaborado mapas de recursos con la finalidad de que la persona usuaria pueda conocer las farmacias que están en un radio de 1.000 m de su centro de salud y elegir aquella en que le van a realizar el seguimiento (fig. 11).
- Durante el año 2006 se realizó la formación de 8.700 profesionales en el abordaje terapéutico del anciano polimedcado. Los farmacéuticos (titulares y adjuntos) de las 889 farmacias adheridas se han integrado en los cursos de formación con el resto de profesionales de los equipos de atención primaria.
- Se han realizado los cambios en la historia clínica informatizada que dan cabida al registro de actividades, seguimiento del programa y emisión de la *hoja de medicación*.
- Se han destinado recursos específicos al programa, tanto farmacéuticos como de apoyo administrativo y se han habilitado una línea de teléfono y una dirección de correo electrónico en las cuales todos los profesionales sanitarios pueden realizar consultas.
- A fecha 20 de mayo, ya se habían incorporado 15.128 pacientes al programa, con una pendiente ascendente. Del análisis de la información de estos pacientes, podemos deducir que sólo el 57 % de éstos realiza adecuadamente el tratamiento y sólo el 60,9 % de los casos conocen la posología prescrita. Además, sólo el 56 % de los pacientes conocen el problema de salud para el cual le han prescrito el medicamento (fig. 12).

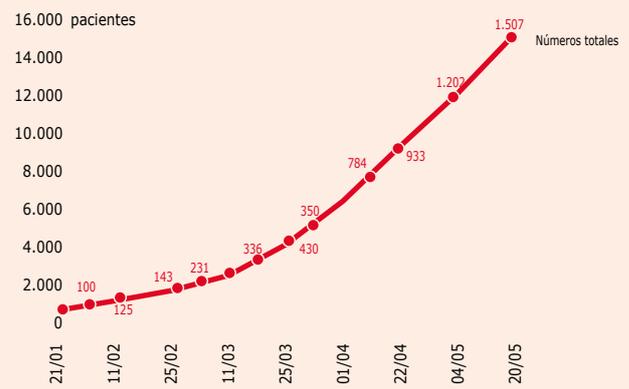
Estos datos sugieren que existe un amplio margen de mejora y el seguimiento del programa a lo largo del tiempo informará de si se consiguen los resultados esperados con él.

Hay otras actividades que ofrecerán unos resultados a largo plazo, como la inversión en formación, la educación sanitaria de los ciudadanos y establecer lí-

FIGURA 11. Mapa de recursos, 2006 (Madrid)



FIGURA 12. Número de pacientes incluidos en el Programa de Atención al Mayor Polimedcado, 2006 (Madrid)



neas de cooperación entre la Administración sanitaria y las oficinas de farmacia.

Otros beneficios indirectos del programa que se apuntaban en otros estudios, como la disminución de consultas o ingresos hospitalarios, son más difíciles de documentar.

Equidad de género en la atención de la salud

Planteamiento general

Los trabajadores masculinos del sexo (TMS) son aquellos hombres que ofertan servicios sexuales a personas, bien sean de distinto o mismo sexo, a cambio de una transacción económica. Mediante el pacto entre ambas partes se acuerda la relación sexual y la tarifa,

además de otras cuestiones, como puede ser el consumo de sustancias.

Según datos del Centro Sanitario Sandoval, se trata del colectivo con mayor tasa de VIH (19,8 %). Cabe destacar la enorme diferencia existente con la prostitución femenina, cuya prevalencia en el mismo centro es del 0,8 %. Concretamente, los datos recientes sobre la prevalencia del VIH en España y en la Comunidad de Madrid muestran que los TMS son el colectivo que presenta la mayor prevalencia del VIH después de los usuarios de drogas inyectadas. Asimismo, esta prevalencia es 35 veces mayor en TMS respecto a las mujeres que ejercen la prostitución (el 21 frente al 0,6 %; fig. 13).

El Centro Sanitario Sandoval es una unidad asistencial ambulatoria orientada monográficamente, desde su inauguración en 1928, a la atención a personas con sospecha de presentar infecciones de transmisión sexual (ITS). Sus peculiares características asistenciales son la gratuidad, gran accesibilidad ("consultas a demanda"), posibilidad de mantener el anonimato, sin limitaciones de adscripción de los pacientes a áreas sanitarias determinadas y estar dotado de recursos humanos (personal muy cualificado) y de medios técnicos adecuados (laboratorio propio que cuenta con apropiadas técnicas diagnósticas y de monitorización de las ITS) facilitan notablemente la incorporación al sistema sanitario de personas con dificultades para acudir a la red asistencial normalizada. Quizá el colectivo de personas que ejercen la prostitución y especialmente los trabajadores masculinos del sexo, debido al estigma asociado con la prostitución, la homosexualidad y con el hecho de que muchos de ellos son inmigrantes sea un ejemplo paradigmático de colectivo con dificultades de acceso al sistema sanitario.

Aparte de ello, la Fundación Triángulo es una ONG que lleva desarrollando desde hace casi 10 años un programa pionero de atención a trabajadores masculinos del sexo en la Comunidad de Madrid subvencionado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta ONG utiliza como principal metodología la educación de calle, que permite conocer de cerca la realidad y los espacios ocupados por las personas con que trabaja.

El Centro Sanitario Sandoval y la Fundación Triángulo decidieron establecer un marco de colaboración que favoreciera las relaciones entre ambas instituciones con el fin de llevar a cabo un trabajo conjunto en el

área de salud de los TMS. Concretamente, se ha pretendido realizar un ejercicio innovador de aproximación de los servicios sanitarios y sociales de un centro de VIH/ITS al colectivo de TMS mediante las actividades de educación de calle realizadas por una ONG especializada en el tema (fig. 14).

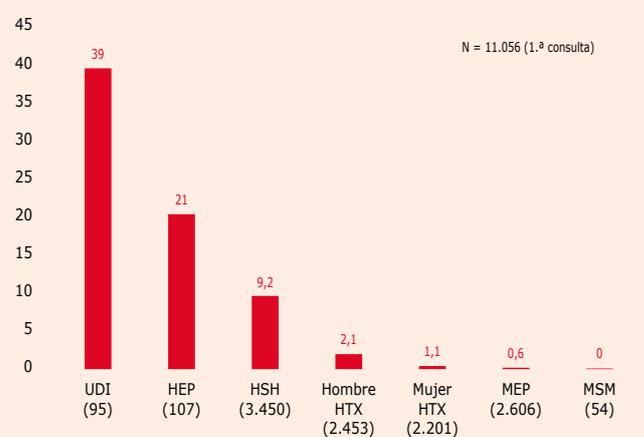
Los datos epidemiológicos han mostrado tradicionalmente mayor prevalencia de infección por VIH entre los hombres que practican el sexo con hombres en comparación con otros grupos. En este colectivo, la conducta sexual de riesgo se ha asociado con el consu-

FIGURA 13. Experiencia de colaboración para el trabajo conjunto de los trabajadores masculinos del sexo, 2006 (Madrid)



Trabajadores masculinos del sexo, "una intervención necesaria"

FIGURA 14. Seroprevalencia del VIH. Centro Sanitario Sandoval (2003-2006)



UDI, usuarios y usuarias de drogas inyectadas; HEP, hombres que ejercen la prostitución; MEP, mujeres que ejercen la prostitución; HTX, heterosexual; MSM, mujeres que tienen sexo con mujeres; VIH, virus de inmunodeficiencia humana.

mo de drogas no inyectadas, con el papel de la pareja estable como fuente de infección, con el uso de internet como vía de encuentros sexuales de riesgo, con cuestiones culturales en el caso de los inmigrantes y con problemas de autoestima.

En el caso de los trabajadores masculinos del sexo, todos estos factores se ven multiplicados por el estigma asociado con el hecho de ser identificados ante otros como homosexuales (aunque no lo sean), el ejercicio de la prostitución, la inmigración y, en muchos casos, la situación de ilegalidad.

Este colectivo requiere, por tanto, servicios capaces de atender demandas de carácter no sólo sanitarias, sino también psicosociales. La colaboración entre asociaciones y servicios sanitarios puede resultar de gran provecho a la hora de ofrecer una atención sanitaria integral a los TMS. Los hombres que ejercen la prostitución difícilmente llegan al sistema sanitario y, en muchas ocasiones, no son identificados, lo que dificulta la posibilidad de recibir un consejo preventivo más conveniente y adaptado a su situación y características. Se encuentra, por tanto, una enorme diferencia entre hombres y mujeres que ejercen la prostitución basada en el género. En el caso de la prostitución, ser hombre se asocia con un estigma mucho mayor que ser mujer y es necesaria una actuación específica para que este colectivo tome en consideración y comprenda este hecho.

Población diana

La cooperación entre ambas instituciones está dirigida a trabajadores masculinos del sexo. Algunos aspectos especialmente relevantes de esta población son la inmigración, sobre todo oriundos de Latinoamérica (Brasil, Venezuela, México y República Dominicana), Europa del Este (Rumanía y Bulgaria) y el Magreb (Marruecos y Argelia); la orientación sexual, pues debe recordarse que muchos de estos trabajadores no son necesariamente homosexuales, y pueden identificarse como heterosexuales, homosexuales y bisexuales; la edad y tiempo de ejercicio, el perfil del trabajador sexual en Madrid es el de un hombre joven (20-30 años) que lleva ejerciendo la prostitución en torno a 1 año; la movilidad por el territorio español y europeo con objeto de evitar el *efecto cara quemada*, es decir, para evitar cansar a las parejas comerciales; el consumo de drogas, las sustancias más consumidas en espacios físicos cerrados en saunas y locales de copas son alcohol y cocaína, y son a menudo los propios clientes

los que llevan consigo las sustancias e invitan al trabajador sexual a consumir durante el servicio, y, en último lugar, el estigma, definido en palabras de Goffman (1963) como "un atributo profundamente desacreditador". Este atributo marca las relaciones entre el individuo estigmatizado y los demás. El grupo de TMS se encuentra doblemente estigmatizado, por un lado, por su actividad y, por el otro, por su supuesta homosexualidad.

Características principales de la experiencia

El principal objetivo de este acuerdo ha sido la coordinación, derivación y acompañamiento de los TMS por parte de los responsables del programa de TMS de Fundación Triángulo a las consultas de ITS/VIH del Centro Sanitario Sandoval.

Las tareas más destacables resultado de este acuerdo son:

- Captación de los TMS en los espacios donde se desarrolla esta actividad por parte de los educadores de calle del programa de TMS.
- Educación de calle, es decir, información, modificación de creencias erróneas, distribución de materiales preventivos, etc.
- Acompañamiento. Los educadores de Fundación Triángulo acompañan a los usuarios del programa al Centro Sanitario Sandoval. De esta manera, los usuarios se sienten en confianza y acuden a contextos en que, de no ir acompañados, difícilmente acudirían. Asimismo, el acompañamiento permite al personal de enfermería del Centro Sanitario Sandoval identificarlos como TMS y ofrecerles una especial atención, que asegure la adherencia al centro.
- Asesoramiento específico, basado en la evaluación de riesgos a partir de la información extraída de la historia clínica. De este modo, se proporciona un consejo preventivo individualizado relativo a las principales prácticas sexuales de riesgo mantenidas, así como los hábitos tóxicos, en caso de existir. Otro tema que se trata en este contexto en colaboración con los trabajadores de Fundación Triángulo es la adquisición o potenciación de las habilidades de negociación del sexo seguro dentro de la pareja, así como habilidades encaminadas a normalizar y automatizar la conducta sexual protegida con parejas y clientes.
- Realización de pruebas diagnósticas de ITS y administración de vacunas a partir de resultados. En

función de las prácticas sexuales referidas, se solicitan exudados rectales, uretrales y/o faríngeos. Además, se invita a todos los pacientes a acudir periódicamente a repetirse la serología de VIH y sífilis.

Metodología para seguimiento y evaluación

Los principales indicadores de la eficacia de esta experiencia son los siguientes:

- Número de personas captadas.
- Material preventivo distribuido: número de preservativos, número de lubricantes y número de folletos.
- Número de personas derivadas al Centro Sanitario Sandoval.
- Número de pruebas realizadas (serología del VIH/Sida, ITS y hepatitis).
- Número de vacunaciones realizadas.
- Número de pacientes que vuelven al centro.

Resultados

Como era de esperar, uno de los primeros resultados del acompañamiento de los trabajadores de la Fundación Triángulo a los TMS al Centro Sanitario Sandoval ha sido el incremento del número de TMS atendidos. Se dispone de todos los datos epidemiológicos y conductuales (tipo y número de parejas sexuales, prácticas sexuales y hábitos tóxicos) mediante la evaluación realizada en el propio centro, así como de datos referidos al material provisto, número de acompañamientos, derivaciones a otros servicios, búsqueda de otros empleos, etc., mediante las fichas individuales cumplimentadas por los trabajadores del Programa de Atención a TMS.

Con relación al año 2006, se atendieron a 42 TMS. A todos ellos se les pasó un exhaustivo cuestionario epidemiológico con objeto de ofrecer un asesoramiento adecuado e identificar prácticas sexuales de riesgo que determinan la necesidad de realizar determinadas pruebas clínicas (exudados rectales, uretrales y/o faríngeos) o no. Todos aquellos que obtuvieron serologías negativas para el virus de la hepatitis A y/o de la hepatitis B fueron vacunados. A parte de ello, todos aquellos que obtuvieron resultados positivos para enfermedad por virus del papiloma humano, gonococia, sífilis, clamidia, herpes genital, etc., fueron tratados inmediatamente. A todos los pacientes con ITS bacterianas se les realizó un control postratamiento.

De los 42 TMS analizados, 11 resultaron seropositivos al VIH (26,2 %). La media de edad de estos pacientes era 30 años y todos ellos eran latinoamericanos con un tiempo medio de residencia en España de 3 años. El 77,5 % poseía estudios primarios y el 22,2 %, estudios medios. La media de edad de la primera relación fue 14,4 años (rango 8-18) y el número de parejas sexuales a lo largo de la vida fue de 4.444 (rango 100-30.000; mediana 800). El tiempo medio de ejercicio de la prostitución fue de 5,2 años (rango 1-15; mediana 4). Sólo un paciente refirió tener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. En cuanto a los hábitos tóxicos, el 50 % refirieron consumir drogas (cocaína, éxtasis, *poppers* y alcohol). En el momento del diagnóstico, la mediana de linfocitos cooperadores inductivos fue 529 y la mediana de carga viral fue 18.668 copias. Uno de los pacientes tuvo que ser derivado al hospital inmediatamente para recibir tratamiento antirretroviral.

Conclusiones

El acuerdo de coordinación entre el Centro Sanitario Sandoval y Fundación Triángulo ha logrado mejorar significativamente la situación sociosanitaria de los TMS que participan del programa. En el caso de ser seronegativos, se realiza asesoramiento preventivo en cada visita con objeto de impedir o reducir las probabilidades de una futura adquisición del virus. En el caso de ser seropositivos, se realiza el seguimiento pertinente, rompiendo las posibles cadenas de transmisión ya que se invita a las parejas estables y/o contactos habituales a realizarse las pruebas pertinentes. Además, se posibilita que este colectivo reciba el tratamiento antirretroviral en el momento adecuado gracias a un diagnóstico temprano.

Por último, el hecho de que los TMS perciban que existe un centro de VIH/ITS donde pueden ser atendidos sin necesidad de presentar ningún documento y en el cual no son penalizados de ninguna manera por el hecho de ejercer la prostitución, sino con la voluntad de ofrecerles un servicio especializado, abre la posibilidad de que estas personas, gracias a la adecuada coordinación entre Fundación Triángulo y el Centro Sanitario Sandoval acudan en mayor número y con mayor frecuencia al centro cuando tienen sospecha de presentar alguna ITS o cuando quieren realizarse las pruebas de VIH. El centro de VIH/ITS se convierte así en un referente sanitario para un colectivo que tradicionalmente ha mostrado enormes dificultades de acceso al sistema sanitario.

Atención a la salud de las personas inmigrantes

Se ha elaborado una guía para la atención integral al inmigrante en el área 2. Es un documento consensuado por atención primaria, atención especializada y el servicio de salud pública del área 2.

Justificación

El fenómeno de la inmigración en esta comunidad autónoma hace tiempo que dejó de ser una situación novedosa para convertirse en un hecho cotidiano.

Nuestra responsabilidad en el ámbito sanitario con este grupo de población es ofrecer una adecuada atención de la misma manera que se lleva a cabo con el resto de los ciudadanos, integrándola en el marco de cuidados que se ofertan a toda la población, pero considerando las peculiaridades de este colectivo, tal y como se hace con otros.

La guía de atención a la población inmigrante lleva el *apellido* de "integral" y como tal abarca desde cómo acceder hasta qué aspectos concretos deben valorarse en el niño, la mujer y el adulto.

Este enfoque ha sido posible gracias al trabajo multidisciplinario y al consenso entre profesionales pertenecientes a atención primaria, atención especializada y salud pública.

Asimismo, junto con la guía, se ha elaborado una carpeta de salud para inmigrantes, dirigida a los grupos que por su movilidad puedan requerir llevar consigo toda aquella información imprescindible para ser atendido sin solución de continuidad por cualquier otro dispositivo del sistema sanitario.

Población diana

Se trata de toda la población inmigrante residente en el área 2.

Características principales de su desarrollo

- La guía es un documento consensuado por atención primaria, atención especializada y salud pública del área 2.
- Facilita el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario.
- Genera un clima de entendimiento entre los profesionales y la población inmigrante.

- Garantiza la continuidad de la atención sociosanitaria a la población inmigrante.
- Aborda aspectos que faciliten el acceso de la población inmigrante a los centros.
- Garantiza la misma atención a la población inmigrante que al resto de la población aunque valorando sus peculiaridades.

Metodología para seguimiento de la implantación y evaluación de la efectividad

El documento se difundió en el año 2004 en el área y se garantizó que todas las consultas de atención primaria (medicina y enfermería) dispusieran de éste, así como de un volumen suficiente de carpetas.

El indicador es el número de consultas de medicina y enfermería con documento de atención integral al inmigrante dividido entre el número de consultas de medicina y enfermería del área.

Este indicador cumplió el 100 % en el momento de su implantación. Ante el alto índice de movilidad de los profesionales en el área y la informatización de todas las consultas, se decidió cambiar de estrategia. En 2006 se *colgó* la guía en formato pdf en la biblioteca de OMI-AP (historia clínica informatizada en atención primaria) con objeto de facilitar su consulta a todos los profesionales.

Además, su implantación se ha reforzado con cursos de formación promovidos desde la Unidad de Docencia de atención primaria del área 2.

Para valorar la cobertura del documento, se han utilizado algunos indicadores indirectos (tabla 17).

En la guía se definieron algunos indicadores para valorar la efectividad de la atención prestada en los siguientes aspectos: acceso al sistema sanitario y atención sociosanitaria al niño, la mujer y al adulto.

A modo de ejemplo:

- Número de inmigrantes mayores de 14 años vacunados acorde con tramos de edad y situación de riesgo/número de inmigrantes mayores de 14 años 100.
- Número de inmigrantes menores de 14 años vacunados acorde con tramos de edad y situación de riesgo/número de inmigrantes mayores de 14 años 100.

TABLA 17. Número de extranjeros adscritos a los centros en el área: en general, sin recursos (Ley 4/2000) y acogidos por la Ley 1/1996

	Menores de 14 años	Mayores de 14 años	Total	Ley 4/2000	Ley 1/1996
Atención primaria	5.301	46.262	51.563	24.317	469

De la TSI. Memoria 2005. TSI, tarjeta sanitaria individual.

En la actualidad, no se dispone de estos resultados, por encontrarse con problemas de identificación de los pacientes inmigrantes en OMI-AP, lo que dificulta la obtención de resultados.

Situación actual

Se está definiendo su actualización de acuerdo con la revisión de los cambios demográficos de la población inmigrante en el área. En el momento de su elaboración se conocía la procedencia de los principales colectivos de inmigrantes.

Pasados 3 años, se están revisando los cambios de procedencia de este colectivo para actualizar y realizar nuevas traducciones de determinados documentos incluidos en la guía a otros idiomas previamente no valorados:

- Vocablos de uso común en la práctica sanitaria.
- Trámites o gestiones administrativas que hay que realizar.

Formación y apoyo a la investigación

Un ejemplo son las jornadas Ficbac 2006 de formación e interacción científica entre investigadores básicos y clínicos.

La puesta en marcha de nuevas fórmulas de cooperación entre la ciencia básica biomédica y la investigación clínica es considerada en nuestros días como el elemento clave para la generación de conocimiento traslacional. La vinculación entre la práctica clínica y la investigación básica continúa siendo una asignatura pendiente en la atención sanitaria en nuestros hospitales, por lo que se ha dado prioridad en el área de investigación de la Agencia Laín Entralgo a la organización de actividades que facilitan la interacción entre investigadores básicos de hospitales y de centros de referencia de la Administración General del Estado con investigadores clínicos. Éstas son las Jornadas de Formación e Interacción Científica entre Investigadores Básicos y Clínicos (Ficbac), la selección de temas centrales de las jornadas se ha realizado en función de la masa crítica investigadora existente en la Comunidad de Madrid y considerando la magnitud e impacto de las patologías.

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

- Facilitar la investigación básica y traslacional de calidad para que se pueda aplicar el conocimiento generado a la asistencia clínica.

- Favorecer la colaboración de los grupos de investigación de los hospitales (traslacional y clínica) con los centros de investigación básica.
- Facilitar el conocimiento recíproco entre investigadores de diferentes entornos y disciplinas.

Población diana (en su caso)

Investigadores básicos, investigadores clínicos y profesionales sanitarios con interés en la investigación traslacional.

Características principales de su desarrollo

- En el año 2006 se llevaron a cabo dos jornadas:
 - *Proteómica y enfermedad cardiovascular y tromboembólica: aplicaciones clínicas actuales y futuras.*
 - *Bancos de cerebros y enfermedades neurodegenerativas.*
- En ambos casos, la jornada se desarrolló mediante dos lecciones magistrales llevadas a cabo por dos expertos de prestigio internacional reconocido, seguidas de un debate abierto entre los participantes y moderado por uno de los conferenciantes.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

En el decidido apoyo desde la Agencia Laín Entralgo a la realización de investigación traslacional en los hospitales de la Comunidad de Madrid se ha elaborado una estrategia que incluye las jornadas Ficbac. Además, hay que destacar la experiencia del área de formación de la agencia en la organización de actividades formativas que han sido clave para el diseño y gestión de ambas jornadas.

Metodología para su seguimiento y evaluación

- Realización de una encuesta de satisfacción y evaluación de la jornada a los participantes después de su celebración.
- Seguimiento mediante correo electrónico de las interacciones detectadas entre investigadores a lo largo de las jornadas.

Resultados más destacables

- En cada una de las jornadas participaron más de 50 investigadores, facultativos del Sermas e investigadores básicos de universidades y centros públicos de investigación de la Comunidad de Madrid.

- Se han detectado casos específicos de colaboración en el ámbito de proyectos de investigación a partir de la celebración de las jornadas.
- Es prematuro extraer más conclusiones de los resultados obtenidos después de haber llevado a cabo dos experiencias en 2006 y cuando el número de meses desde su celebración no es superior a los 8 meses.