

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad de Madrid



Índice

Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 Gestión de Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional en la Comunidad de Madrid. Brote de virus Ébola	7
1.1.1 Brote de Enfermedad por Virus Ébola en África. Actuaciones en la Comunidad de Madrid	7
1.1.2 Caso confirmado de Enfermedad por Virus Ébola con transmisión en la Comunidad de Madrid	9
1.1.3 Investigación epidemiológica y seguimiento de contactos	10
1.1.4 Conclusiones y lecciones aprendidas	12
2 Asistencia sanitaria	15
2.1 Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud	15
3 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	23
3.1 Introducción	23
3.2 La asistencia sanitaria de la atención primaria en zonas limítrofes de la Comunidad de Madrid	24
3.3 Asistencia sanitaria en atención hospitalaria en zonas limítrofes de la Comunidad de Madrid	25
Índice de tablas	27
Índice de gráficos	29
Índice de figuras	31
Abreviaturas, acrónimos y siglas	32

Resumen

El 6 de octubre de 2014 se detectó el primer caso de enfermedad por virus de Ébola, adquirido fuera de África, en Madrid, en una auxiliar de enfermería que atendió a un misionero español repatriado con enfermedad por virus Ébola; usó el Equipo de Protección Personal Individual (EPI) adecuado y no se registró incidencia alguna en el uso del mismo. Se siguieron los protocolos establecidos y se estudiaron 232 contactos del caso. El primer caso de transmisión secundaria de Enfermedad por virus Ébola fuera de África ha supuesto un reto sin precedentes para las autoridades de salud pública en España y en Europa y ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar la preparación y la formación continuada para responder adecuadamente a este tipo de emergencias.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a través del Observatorio de Resultados, ha puesto a disposición de los ciudadanos, profesionales y gestores información clave para conocer el estado de salud de los madrileños, así como indicadores de asistencia sanitaria tanto de la atención primaria como de la atención hospitalaria. Con el Observatorio, al que se puede acceder por internet (www.madrid.org/sanidad/observatorioresultados) se realiza un ejercicio de transparencia, que permite conocer, a través de más de 260 indicadores clave, la actividad asistencial desarrollada y los resultados obtenidos a nivel del Servicio Madrileño de Salud y de cada uno de sus centros de salud y hospitales.

La Comunidad de Madrid en base a su situación geográfica y características socio-demográficas tiene la peculiaridad de recibir personas procedentes de otras comunidades autónomas establecidas por estancia temporal con carácter de desplazados. La mayoría de esta población se corresponde con familiares de madrileños que pasan temporadas como desplazados por motivos de organización familiar, estudiantes y trabajadores durante un tiempo determinado en Madrid a los que se presta la atención sanitaria requerida en el seguimiento de su estado de salud.

En determinadas zonas limítrofes de la Comunidad de Madrid existen algunos municipios de la Comunidad de Castilla-La Mancha cuya población tiene más accesible los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, por lo que se les ha facilitado la asistencia sanitaria en los centros de salud y consultorios locales de esta última. Asimismo, estos ciudadanos, debido a una mejor accesibilidad geográfica utilizan de manera habitual los servicios hospitalarios, en parte o en su totalidad.

1 Salud Pública

1.1 Gestión de Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional – ESPII en la Comunidad de Madrid. Brote de virus Ébola

Desde junio de 2007 está en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 en el que se definen las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) como un *evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y que podría exigir una respuesta internacional coordinada*. Para poder responder a las amenazas de salud pública y, por tanto, cumplir con este Reglamento, es imprescindible desarrollar las capacidades necesarias para detectar, evaluar y notificar los riesgos para la salud pública y las ESPII. En la Comunidad de Madrid (CM) se dispone, además del Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP), de un procedimiento de gestión de alerta internacional que nos permite garantizar tanto la detección y notificación, como la respuesta ante los posibles casos de enfermedad contemplados en el RSI (2005).

En este contexto, ha habido en la CM una situación relevante, el primer caso secundario de Ébola relacionado con la epidemia de Ébola en los países de África occidental, que ha gestionado el Servicio de Alertas en Salud Pública en coordinación con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

1.1.1 Brote de enfermedad por virus Ébola en África. Actuaciones en la Comunidad de Madrid

El 8 de agosto de 2014, tras las recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencia, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) en África Occidental constituía una ESPII.

En la Comunidad de Madrid, desde el comienzo del brote de África Occidental en el mes de marzo, se pusieron en marcha las actuaciones de salud pública necesarias para la detección rápida de los casos sospechosos procedentes de las áreas afectadas que consistieron en: comunicación de la alerta sanitaria internacional y del protocolo de actuación frente a casos sospechosos de EVE al sistema sanitario para la notificación urgente a salud pública de los casos detectados, preparación y actualización del procedimiento específico en el hospital de referencia designado en la CM para el aislamiento, diagnóstico y tratamiento de los casos, y actualización periódica de la información y de las guías y protocolos para los profesionales sanitarios y de salud pública.

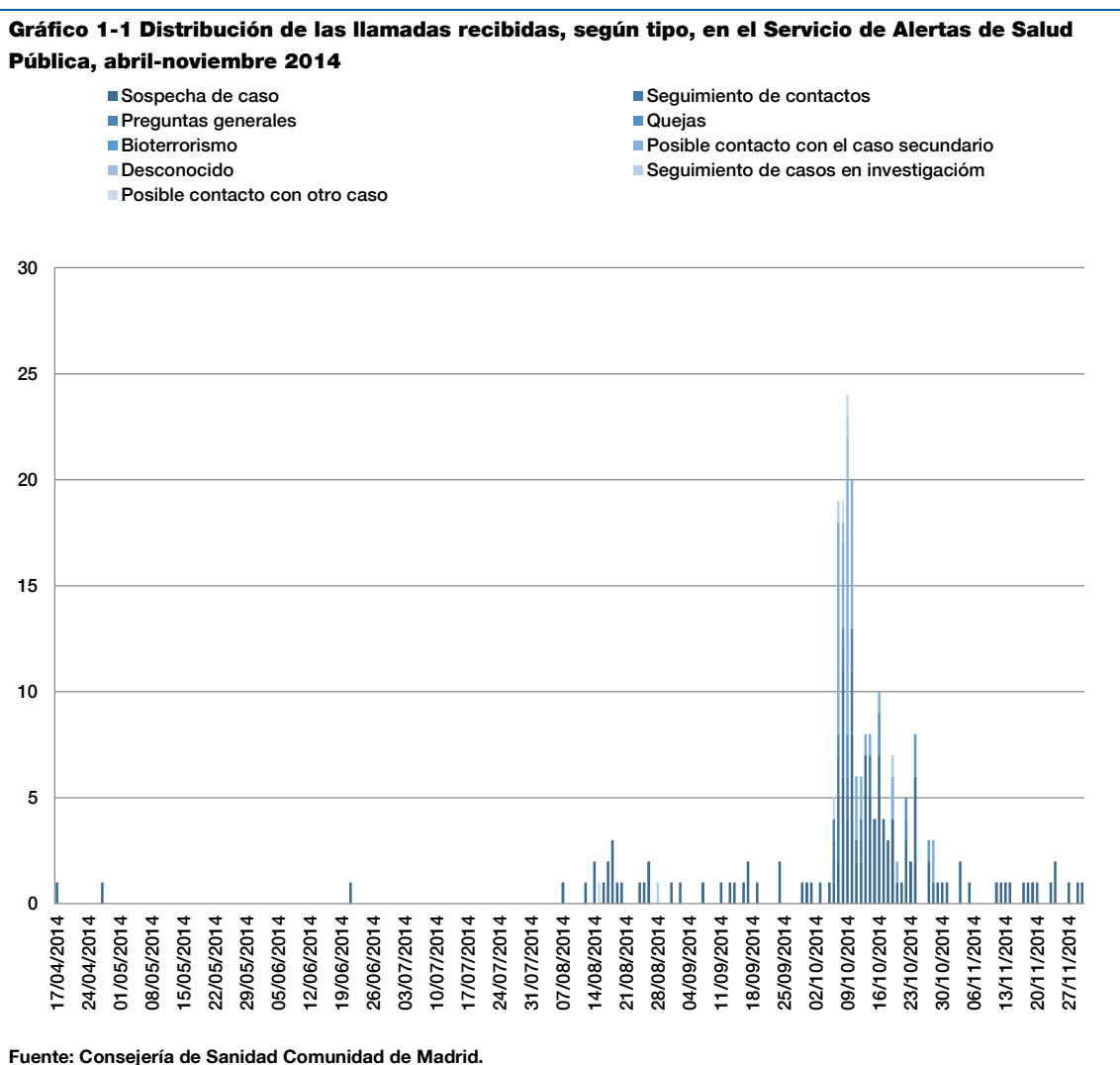
El 5 de agosto de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad comunica la positividad a virus Ébola de un religioso español de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD) que trabajaba en el Hospital de San José en Monrovia (Liberia) y solicitaba su expatriación urgente. El gobierno de España asume la repatriación, de éste y de otra ciudadana española que era negativa para virus Ébola, a través de los ministerios de Asuntos Exteriores y Cooperación (MAEC), Defensa, Sanidad (MSSSI) e Interior, en coordinación con la OHSJD y con la CM. Ambos ciudadanos llegaron a Madrid el día 7 de agosto y se les trasladó al Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III de Madrid. El enfermo estuvo ingresado en el Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III de Madrid hasta su fallecimiento el día 12 de agosto.

El 22 de septiembre de 2014 otro religioso español de la OHSJD que trabajaba en el Hospital de Lunsar (Sierra Leona), también diagnosticado de EVE fue repatriado con el mismo

procedimiento. El paciente fue ingresado en el Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III de Madrid y falleció el 25 de septiembre.

Durante el mes de agosto, con motivo de la repatriación del primer caso confirmado, se actualizaron los protocolos existentes y se reforzaron los dispositivos en toda la red de atención sanitaria y de salud pública. Se centralizaron todas las llamadas relacionadas con EVE para que los profesionales pudieran notificar los posibles casos a un número único, el 061, y ser atendidos por las mañanas desde el Servicio de Alertas en Salud Pública y durante las tardes, fines de semana y festivos desde el SARSP.

Desde el 7 de agosto hasta el 30 de noviembre de 2014 se recibieron 241 llamadas para la valoración de los criterios de sospecha de EVE o consultas relacionadas. Durante ese periodo se activó el protocolo de investigación de posible caso de EVE en 13 ocasiones, en 6 de ellas por viajeros procedentes de áreas afectadas (5 procedentes de Nigeria y uno de Liberia) y en 7, entre trabajadores que atendieron al segundo religioso repatriado. Todos ellos fueron negativos excepto uno correspondiente a una trabajadora sanitaria, que fue el primer caso confirmado de transmisión secundaria de EVE en España.



Desde el mes de octubre a diciembre de 2014 se realizó el seguimiento activo de 23 cooperantes desplazados a los países de África Occidental, todos clasificados de bajo riesgo excepto una persona procedente de Mali que fue expatriada por un accidente en el terreno y realizó el aislamiento voluntario en el hospital.

En resumen, las actividades realizadas por salud pública para el control del brote de EVE en la CM fueron:

- Constitución de un Comité de gestión de crisis para la prevención y el control del Ébola en la Comunidad de Madrid.
- Difundir la información sobre el brote de Ébola a la estructura de salud pública y al sistema sanitario.
- Actualizar periódicamente la información en función de la evolución del brote. Hoja de información de alertas en intranet y en Portal Salud.
- Publicar en la web información específica sobre EVE.
- Difundir los protocolos de actuación para la detección precoz de los casos.
- Colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la actualización de los protocolos y las medidas a adoptar ante los casos y sus contactos.
- Coordinación con el hospital de referencia: participar en la preparación del hospital de referencia para asegurar que se cumplen las condiciones necesarias para el aislamiento, diagnóstico y tratamiento de los casos.
- Coordinación con el SUMMA 112: para asegurar que el transporte de los casos en investigación se realizan en las condiciones adecuadas y para la derivación de las llamadas de los profesionales.
- Coordinación con Sanidad Exterior: para proporcionar un traslado adecuado hasta el hospital de referencia de aquellos casos que se detecten en el aeropuerto como sospechosos de Ébola.
- Recepción de todas las llamadas de los profesionales sanitarios que sospechen casos de Ébola para su clasificación como caso descartado o en investigación.
- Asesoramiento de los profesionales sanitarios.
- Asesoramiento de empresas e instituciones.
- Asesoramiento de particulares derivados por otras instituciones.
- Investigación epidemiológica de los casos y de los contactos.
- Clasificación y seguimiento de los contactos.
- Generación de listados de personas que han sido contacto de un caso con EVE para la generación de alertas informativas en la historia clínica electrónica del Servicio Madrileño de Salud, ante la posible demanda de atención sanitaria durante el periodo de seguimiento.
- Seguimiento de personas desplazadas a los países de África Occidental afectados por el brote de Ébola.

1.1.2 Caso confirmado de enfermedad por virus Ébola con transmisión en la Comunidad de Madrid

Se trata de una auxiliar de enfermería de 44 años de edad del Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III que formó parte del equipo que atendió a los dos religiosos repatriados con EVE. En la atención al segundo religioso, participó en dos ocasiones en los cuidados: en la madrugada del día 24 de septiembre para asear al paciente y el 25 de septiembre, colaborando en la limpieza de la habitación del paciente después de su fallecimiento.

Según refirió la trabajadora en las entrevistas con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), usó el Equipo de Protección Personal Individual (EPI) adecuado y no se registró incidencia alguna en el uso del mismo. Siguiendo el Protocolo de actuación en contactos de bajo riesgo, el SPRL le recomendó vigilancia pasiva durante 21 días a partir del 25 de septiembre, indicándole que debería tomarse la temperatura dos veces al día y que ante la presencia de clínica compatible con la enfermedad debería contactar con el SPRL o con salud pública fuera del horario del SPRL.

El día 2 de octubre por la mañana la paciente acudió a su médico de familia que registró el episodio como *febrícula de tres días de evolución con mialgias y sin otra sintomatología*. Le pautó paracetamol y revisión a los cuatro días. La paciente no informó al médico de familia de su condición de contacto de riesgo de Ébola en seguimiento.

Ese día refirió al responsable de seguimiento haber tenido fiebre el día 29 y los dos días siguientes ($< 38,6^{\circ}\text{C}$), y sin los síntomas específicos establecidos en protocolo. Se recomendó continuar con el seguimiento habitual, ya que era una trabajadora de bajo riesgo por el uso del equipo de protección adecuado y sin incidentes, y que ante cualquier cambio en su sintomatología debería contactar con salud pública, porque en ese momento no cumplía con los criterios establecidos en el protocolo.

Desde el día 3 de octubre la paciente permaneció en su domicilio, hasta que el día 6 de octubre a las 4 de la madrugada, contactó con los responsables de salud pública refiriendo $37,3^{\circ}\text{C}$, malestar general, náuseas y tos. Salud Pública con estos antecedentes solicitó evaluación médica en domicilio y decidió su derivación al hospital más cercano. El médico de emergencias del hospital confirmó temperatura de $36,7^{\circ}\text{C}$, exantema en brazos y tronco y contactó con Salud Pública para revalorar la situación y decidió activar el protocolo de investigación de caso. La clínica empeoró en las horas siguientes y a las 18 horas el laboratorio de referencia confirmó el diagnóstico de EVE y se trasladó al hospital de referencia, en condiciones estrictas de aislamiento. El día 21 de octubre se confirmó la curación de la infección por virus Ébola al obtenerse dos pruebas de laboratorio Proteína C Reactiva (PCR) negativas, separadas por un intervalo de 48 horas, tras la retirada del tratamiento antiviral. El día 1 de noviembre resultaron negativas todas las muestras de fluidos corporales, por lo que se le da de alta de la planta de aislamiento. La paciente fue dada de alta de forma definitiva el día 5 de noviembre de 2014.

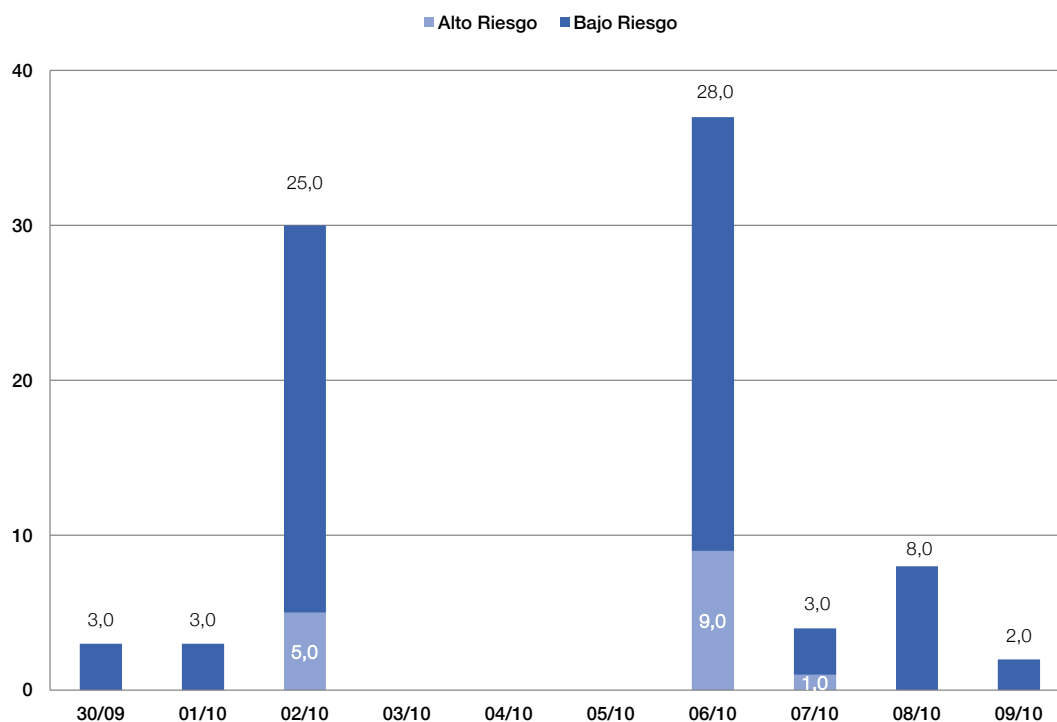
1.1.3 Investigación epidemiológica y seguimiento de contactos

La investigación epidemiológica comenzó en el momento del diagnóstico. Se solicitó información sobre los posibles mecanismos de exposición de la paciente y simultáneamente se inició la identificación, clasificación en función del riesgo y el seguimiento de los contactos. Los criterios de clasificación en alto y bajo riesgo y las acciones seguidas en cada grupo fueron los determinados en el protocolo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se estableció un comité de expertos para la clasificación de los contactos. La información se recogió del propio hospital y a partir de familiares convivientes y se completó con la obtenida de la revisión de los registros sanitarios y administrativos disponibles, en los lugares a los que la paciente había acudido durante los días posteriores al inicio de síntomas.

Respecto a la exposición de la paciente, no existen evidencias de incidentes durante las dos ocasiones en las que había entrado en la zona de aislamiento.

Se identificaron 87 contactos, 15 de alto riesgo (17,2%) y 72 de bajo riesgo (82,8%) y 10 lugares en donde pudo tener lugar la exposición; 145 trabajadores estuvieron en contacto con la paciente durante su ingreso hospitalario. El mayor número de exposiciones se produjeron en el hospital el día del diagnóstico. A los 15 contactos clasificados de alto riesgo se les explicó el riesgo para su salud que suponía la exposición y aceptaron voluntariamente realizar una cuarentena hospitalaria.

Gráfico 1-2 Número de contactos por fecha de la última exposición y categoría de riesgo, 2014



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Tabla 1-1 Número de contactos por lugar de exposición, relación con el caso y categoría de riesgo, 2014

Relación con el caso/ Lugar de exposición	Limpieza	Pacientes/ acompañante	Pareja	Personal sanitario	Sacrificio del perro	Técnicos ambulancia	Otros	Total
Transporte en ambulancia (*)	4	12	0	3	0	10	0	29
Atención primaria	2 (1)	22	0	4 (1)	0	0	0	28 (2)
Domicilio	8	0	1 (1)	1(1)	6	0	1	17(2)
H .F .Alcorcón	2 (1)	0	0	7 (7)	0	0	3 (1)	12(8)
Otras actividades(**)	0	0	0	2	0	0	7(3)	9(3)
Subtotal	16	34	1	17	6	10	11	95
Hospital referencia (***)	11	0	0	113	0	0	2	126
Laboratorio referencia	0	0	0	0	0	0	11	11
Total contactos	27	34	1	130	6	10	24	232 (15)

Observaciones:() alto riesgo. (*) 2 ambulancias (domicilio-Hospital Fundación Alcorcón y Hospital Fundación Alcorcón- Hospital de referencia). (**) taxi, peluquería, relojería, oficina registro (***)Contactos sanitarios generados en el tratamiento del caso.

Fuente: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Durante el seguimiento uno de los contactos presentó fiebre y se descartó EVE.

Tabla 1-2 Clasificación y acciones sobre los contactos

Clasificación de los contactos	Acciones indicadas sobre los contactos
<p>Contacto de bajo riesgo:</p> <p>Personal que, usando adecuadamente y sin incidencias el EPI, ha tenido contacto directo con el caso, con sus fluidos corporales o con cualquier otro material potencialmente contaminado en el transcurso de la atención sanitaria</p> <p>Persona que ha compartido espacios físicos cerrados en los que pueda haber fómites con restos biológicos del caso, y que no cumpla criterios de contacto de alto riesgo (ej. asientos en sala de espera, la misma consulta, la misma ambulancia, etc.).</p>	<p>Contactos de bajo riesgo:</p> <p>Vigilancia activa: los profesionales responsables de su seguimiento han contactado diariamente con la persona en seguimiento y han registrado la temperatura axilar en 2 momentos del día (mañana y tarde). Así mismo, se ha investigado la presencia de cualquier síntoma sospechoso, para detectar precozmente la presencia de signos o síntomas de enfermedad. Se ha facilitado la identificación de los contactos en seguimiento a los centros de salud, hospitales (alertas en la historia clínica electrónica) para la detección precoz de los mismos ante la consulta por sintomatología relacionada con EVE, así como al Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid, para evitar cualquier incidente relacionado con posibles donaciones de estas personas.</p>
<p>Contacto de alto riesgo:</p> <p>Contacto cercano (menos de 1 metro), sin EPI apropiado o con incidencias en la utilización del EPI, si el caso estaba tosiendo, vomitando, sangrando o con diarrea.</p> <p>Relaciones sexuales con el caso.</p> <p>Contacto directo con ropas, ropa de cama o fómites contaminados con sangre, orina o fluidos de un caso confirmado, sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del EPI.</p> <p>Herida percutánea (por ejemplo, con una aguja) o exposición de las mucosas a fluidos corporales, tejidos, o muestras de laboratorio de caso.</p> <p>Atención sanitaria a un caso o manejo de sus muestras sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del EPI.</p>	<p>Contactos de alto riesgo:</p> <p>Se indicó cuarentena. Para garantizar y facilitar su cumplimiento, se ofreció que se realizase mediante ingreso en el Complejo Hospitalario la Paz-Carlos III. Todos los contactos incluidos en este grupo (15 personas) aceptaron de forma voluntaria el ingreso.</p>
<p>Observaciones: EPI - Equipo de Protección Personal Individual.</p> <p>Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid y MSSSI, Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) octubre de 2014.</p>	

El día 27 de noviembre finalizó el período de vigilancia desde la última exposición de riesgo de todos los contactos. Ninguno de los contactos presentó enfermedad por el virus Ébola durante el periodo de seguimiento de 21 días.

El 2 de diciembre, la OMS declaró a España libre de virus Ébola, 42 días después de la segunda prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) negativa en sangre de la auxiliar de enfermería.

El 3 de diciembre, el presidente de la Comunidad Autónoma de Madrid comunica la decisión de establecer al Hospital La Paz-Carlos III como centro de referencia de la Comunidad Autónoma de Madrid para la atención de pacientes con patologías infecciosas importadas y emergentes en el contexto de las alertas sanitarias internacionales.

1.1.4 Conclusiones y lecciones aprendidas

El primer caso de transmisión secundaria de EVE fuera de África ha supuesto un reto sin precedentes tanto para las autoridades de salud pública en España y en Europa como para el sistema sanitario y ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar la preparación y la formación continuada para responder adecuadamente a este tipo de emergencias.

Algunas de las lecciones aprendidas han sido:

- La necesidad de crear una red nacional de unidades de aislamiento de alto nivel.
- Respecto a las unidades de aislamiento:
 - Deben contar con una estructura física adecuada y un equipo de personal voluntario seleccionado.
 - La selección del equipo de la unidad es clave, ya que se trabaja en situaciones de mucho estrés en las que hay que ser muy estricto en el seguimiento de los protocolos y reconocer la figura de la autoridad que dicta las normas, las cuales pueden variar según avance el conocimiento o se modifiquen las situaciones clínicas.
 - El personal del equipo debe estar formado y entrenado, y tiene que ser evaluado de manera continua.
 - El equipo es multidisciplinario, pero debe tener un jefe clínico único con capacidad para la toma de decisiones en todos los estamentos, por lo que ha de tener reconocimiento real entre los profesionales para que pueda ejercer su autoridad.
 - El número de personas que forman el equipo asistencial viene establecido por el tipo de EPI que deba utilizarse.
- La relación entre las autoridades sanitarias debe ser fluida y transparente, y tiene que permitir la toma de decisiones de una manera ágil.
- Debe haber uno o varios portavoces designados desde el inicio de este tipo de situaciones, que tiene que estar aceptado por todas las autoridades implicadas. Estos deben ser profesionales con dotes de comunicación, conocimiento del tema y reconocimiento profesional y social.
- Hay que pedir responsabilidad a los medios de comunicación cuando están generando una alerta que, como resultado, dificulta la correcta atención de los pacientes y estigmatiza a los profesionales que los atienden.
- La creación de un comité nacional facilitó la relación entre los ministerios y la comunidad autónoma implicados, permitió un conocimiento de primera mano de las necesidades y agilizó la toma de decisiones.
- La profesionalidad y el buen hacer del equipo, limpiadoras, auxiliares, celadores, enfermeras, médicos, jefe de unidad y el resto de los profesionales del hospital implicados, así como de los profesionales de salud pública hicieron que este proyecto llegara a buen puerto.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud

En abril de 2014 la Consejería de Sanidad presentó el Observatorio de Resultados, un proyecto estratégico que tiene como objetivo dar respuesta a la demanda de la sociedad de información transparente sobre la gestión de un servicio público.

Dirigido a los ciudadanos y profesionales, proporciona información clave del estado de salud de la población madrileña e indicadores de la actividad asistencial llevada a cabo en los centros de salud de atención primaria y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

El Observatorio de Resultados permite al usuario ejercer su derecho a la libre elección sanitaria con un mayor conocimiento de los centros asistenciales, a los que puede acudir. Además, su publicación responde al cumplimiento de la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza que, dentro del marco de la Unión Europea, establece la obligación de facilitar información de los resultados por parte de los proveedores de asistencia sanitaria.

La dirección del Observatorio, es competencia del titular de la Dirección General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, que para hacerlo efectivo cuenta con la participación de las diferentes unidades directivas relacionadas con los distintos indicadores. Además, existe una Comisión Asesora en Indicadores de Calidad de Asistencia Sanitaria, formada por representantes de sociedades científicas y expertos de reconocido prestigio, para asesorar al Servicio Madrileño de Salud sobre los indicadores de calidad y seguridad asistenciales.

Para su desarrollo, en la selección inicial de los distintos indicadores que evalúan la asistencia sanitaria, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica y de distintas experiencias nacionales e internacionales.

Tras esta revisión, un grupo de trabajo formado por representantes de las unidades directivas con competencias en atención primaria, hospitales, prevención y promoción de la salud, farmacia, formación e investigación, sistemas de información, atención al paciente y calidad, participaron en la selección de los indicadores atendiendo a criterios de validez, fiabilidad, relevancia, disponibilidad, interés y utilidad para el ciudadano, el profesional y el gestor.

Así, el Observatorio de Resultados, publicado en el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/sanidad/observatorioresultados), ofrece información de más de 260 indicadores, estructurados en 3 apartados: estado de salud de la población, indicadores de atención primaria e indicadores de hospitales.

Figura 2-1 Observatorio de Resultados: imagen inicial de acceso a los diferentes apartados



Fuente: Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
www.madrid.org/sanidad/observatorioresultados.

En el apartado de Estado de salud de la población se presentan los principales datos sobre dinámica demográfica, indicadores de morbi-mortalidad e indicadores de un conjunto de 16 enfermedades relevantes que analizan el estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid.

Toda esta información facilitada se encuentra recogida en el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, que se publica bianualmente.

A continuación se muestran los indicadores del estado de salud de la población dentro de las tres áreas.

Tabla 2-1 Indicadores del estado de salud de la población

Áreas	Estado de Salud de la Población	
Dinámica demográfica	Componentes del crecimiento Pirámide poblacional	
Indicadores de salud	Tasas de mortalidad Evolución mortalidad Esperanza de vida Morbilidad en atención primaria Morbilidad hospitalaria Carga de enfermedad Contribución a la esperanza de vida Análisis comparativo	
Indicadores de enfermedades seleccionadas	Cáncer de pulmón Cáncer de mama Cáncer de colon y recto Cáncer de cuello de útero Cáncer de cuerpo de útero Cáncer de ovario Cáncer de próstata Enfermedades cerebrovasculares Cardiopatía isquémica	Diabetes Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Asma Enfermedades osteomioarticulares Salud mental VIH/sida Causas externas

Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2014.

En el apartado de indicadores de atención primaria se presenta información relevante de la asistencia sanitaria prestada desde Atención Primaria, tanto a nivel global como a nivel individual de los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Los indicadores comprenden 53 medidas presentadas en cinco apartados: datos generales de actividad (4), efectividad clínica y seguridad del paciente (28), eficiencia (5), atención al paciente (9) y docencia e investigación (7).

A continuación se relacionan todos estos indicadores de atención primaria dentro de cada una de las cinco áreas en las que se agrupan.

Tabla 2-2 Indicadores de atención primaria	
Datos generales	
Población asignada total y por tramos etarios	Número de consultas totales en el año
Porcentaje de población atendida en el año	Presión asistencial
Efectividad clínica y seguridad del paciente	
Cobertura de promoción en la infancia de hábitos saludables	Porcentaje de pacientes mayores de 74 años que toman 6 o más medicamentos con revisión del tratamiento al menos dos veces al año Planes de cuidados de enfermería en población atendida Planes de cuidados de enfermería en pacientes frágiles Planes de cuidados de enfermería en pacientes inmovilizados Planes de cuidados de enfermería en pacientes en situación terminal Planes de cuidados de enfermería en procesos cardiovasculares Medición de INR con buen control en pacientes anticoagulados Pacientes inmovilizados a los que se hace prevención de úlceras por presión Pacientes con cardiopatía isquémica con cifras de colesterol controladas Pacientes con cardiopatía isquémica que toman antiagregantes Pacientes diabéticos con nefropatía tratados adecuadamente Pacientes hipertensos con buen control Pacientes diabéticos con buen control
Cobertura de promoción de la salud en la adolescencia	
Cobertura de la detección de problemas de salud prevalentes en el adulto	
Cobertura de prevención y detección de problemas en personas mayores	
Cobertura de vacunación en la infancia	
Cobertura de vacunación antigripal (mayores de 60 años)	
Cobertura de valoración de riesgo cardiovascular en el adulto	
Cobertura de atención a pacientes adultos con hipertensión	
Cobertura de atención a pacientes adultos con diabetes mellitus	
Cobertura de atención a pacientes adultos con obesidad	
Cobertura de atención a pacientes adultos con EPOC	
Cobertura de atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia	
Actividades de educación para la salud a grupos	
Actividades de educación para la salud en centros educativos	
Medicamentos con alternativa terapéutica más adecuada en personas mayores de 74 años	
Eficiencia	
Número de recetas por habitante y tramo de edad	Medicamentos genéricos
Importe por receta	Grado de adecuación de la duración de la incapacidad temporal
Gasto a través de receta por habitante y tramo de edad	
Atención al paciente	
Satisfacción global con la atención recibida	Satisfacción con el profesional de enfermería Satisfacción con la amabilidad del profesional de enfermería Satisfacción con la comodidad y confort de la sala de espera Índice de reclamaciones
Grado de recomendación del centro	
Satisfacción con la facilidad para conseguir cita con médico familia/pediatra	
Satisfacción con el médico de familia o pediatra	
Satisfacción con la amabilidad del médico de familia o pediatra	
Docencia e investigación	
Centros de salud universitarios	Proyectos de investigación Publicaciones indexadas Factor de impacto y factor de impacto medio por publicación
Centros de salud acreditados para la formación de los especialistas	
Investigadores	
Estudios clínicos con medicamentos y productos sanitarios	
Fuente: Observatorio de Resultados. Tercer Informe de Atención Primaria, 2012-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; 2015.	

Cada uno de los indicadores presenta una ficha técnica en la que se describe el indicador, el cálculo del mismo, la fuente de datos y los resultados globales de los centros de salud en los 3 últimos años disponibles (actualmente 2012-2014). También se presentan los resultados de los indicadores de forma individual desglosados según los 262 centros de salud de la Comunidad de Madrid. En la consulta por centros de salud existe la posibilidad de seleccionar un máximo de cinco centros o bien de descargar un PDF con todos los centros ordenados de forma alfabética.

Figura 2-2 Observatorio de Resultados: ejemplo de presentación de ficha técnica de indicador en atención primaria, 2012-2014



Fuente: Observatorio de Resultados. Tercer Informe de Atención Primaria, 2012-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud, 2015.

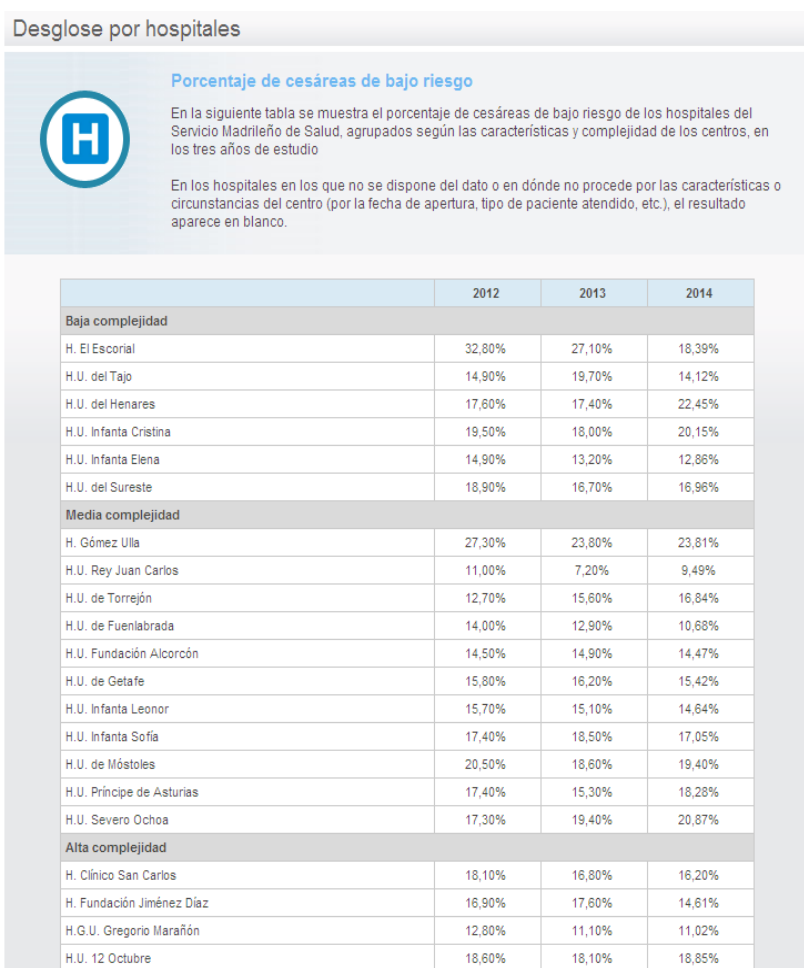
En hospitales se muestran 61 indicadores agrupados también en cinco apartados: datos generales de actividad asistencial (15), así como indicadores clave de efectividad y seguridad (16), eficiencia (10), atención al paciente (11) y docencia e investigación (9), que muestran los resultados más significativos de la atención sanitaria que se presta en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, tanto a nivel global como individual de cada centro.

A continuación se relacionan todos estos indicadores de hospitales dentro de cada una de las cinco áreas en las que se agrupan.

Tabla 2-3 Indicadores de hospitales	
Datos generales	
Ingresos hospitalarios/ingresos urgentes (%)	Intervenciones quirúrgicas con: hospitalización/ambulatorias
Urgencias /urgencias ingresadas (%)	Trasplantes/Trasplantes de órganos y progenitores
Partos/partos por cesárea (%)	hematopoyéticos y de tejidos
Consultas externas	TAC/Resonancias magnéticas
Efectividad clínica y seguridad del paciente	
Índice agregado de mortalidad	Enfermedad tromboembólica postquirúrgica
Mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Septicemia postquirúrgica
Mortalidad por Insuficiencia Cardíaca (IC)	Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria
Mortalidad por ictus	Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de colon
Mortalidad por neumonía	Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de rodilla
Porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas	Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de cadera
Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días	
Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días	
Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días	
Porcentaje de cesáreas de bajo riesgo	
Eficiencia	
Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables	Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos
Porcentaje de pacientes con ictus con estancia mayor de 20 días	Estancia media de atención hospitalaria
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera: con estancia mayor de 20 días	Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)
Índice de colecistectomía laparoscópica	Peso medio de las altas hospitalarias
	Importe por receta
	Medicamentos genéricos
Atención al paciente	
Índice de satisfacción global	Satisfacción con el trato y la amabilidad de los profesionales de enfermería
Índice de recomendación global	Satisfacción global con la habitación
Índice de satisfacción con la información	Índice de reclamaciones
Satisfacción con los profesionales médicos	Espera media para intervenciones quirúrgicas
Satisfacción con el trato y la amabilidad de los profesionales médicos	Espera media para primera consulta en atención especializada
Satisfacción con los profesionales de enfermería	
Docencia e investigación	
Elección entre los 10 primeros MIR	Proyectos de investigación
Elección entre los 100 primeros MIR	Publicaciones indexadas
Hospitales acreditados para la formación de especialistas	Factor de impacto global y factor de impacto medio de las publicaciones
Hospitales con docencia universitaria	
Investigadores	
Estudios clínicos con medicamentos y productos sanitarios	
Fuente: Observatorio de Resultados. Tercer Informe de Hospitales, 2012-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; 2015.	

Al igual que en atención primaria, cada indicador presenta una ficha técnica. Por otra parte, también se presentan los resultados de los indicadores de forma individual desglosados según los 34 hospitales de la Comunidad de Madrid y agrupados por nivel de complejidad.

Figura 2-3 Observatorio de Resultados: ejemplo de presentación de resultados en indicadores de hospitales



Fuente: Observatorio de Resultados. Tercer Informe de Hospitales, 2012-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud, 2015.

Las fuentes de información utilizadas para el desarrollo del *Observatorio de Resultados* son diversas según los tres apartados desarrollados. Se utilizan estadísticas poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), sistemas de información de atención primaria, sistemas de información de actividad hospitalaria, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE); sistemas de vigilancia epidemiológica como el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE) y el protocolo de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS); sistemas de información y análisis de la prestación farmacéutica; la encuesta de satisfacción de los usuarios de los centros de salud y hospitales madrileños; el registro de reclamaciones; registros de listas de espera; y registros de formación, acreditación e investigación.

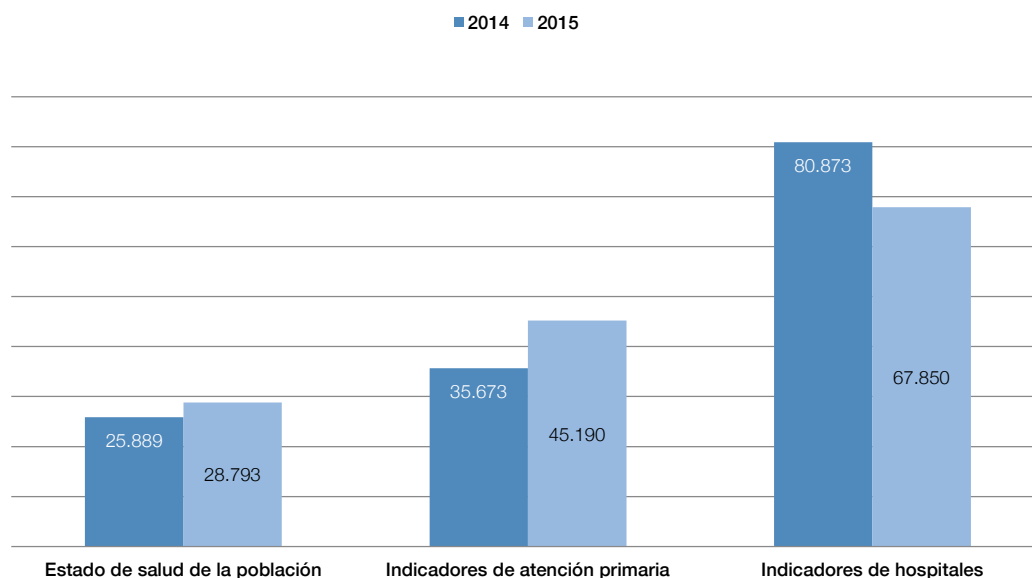
Así, en el cálculo de los indicadores hay que tener en cuenta que los resultados se encuentran condicionados por las fuentes de datos empleadas en su cálculo. La robustez y fiabilidad de los principales indicadores incluidos en el Observatorio de Resultados viene garantizada por la estabilidad de las fuentes primarias de las que se nutre, como el Cuadro de Mando de Atención Primaria (eSOAP) o el CMBD en hospitales; así como por la estandarización de la carga de los datos y su posterior proceso interno de elaboración y revisión de indicadores.

Por otra parte señalar que en el apartado de hospitales, se calculan de forma ajustada, mediante un modelo estadístico de regresión logística, los resultados individuales de los hospitales en 11 indicadores, que clásicamente suelen estar más influenciados por distintas características de

los pacientes; como son mortalidad, reingresos, enfermedad tromboembólica postquirúrgica, septicemia postoperatoria y el Índice de Estancia Media Ajustado(IEMA).

En cuanto a los resultados, desde la puesta en marcha en abril de 2014, el servicio electrónico del Observatorio de Resultados ha registrado un total de 284.268 consultas, con una media mensual que se sitúa en torno a 12.000 consultas.

Gráfico 2-1 Evolución del número de consultas del Observatorio de Resultados según apartados, 2014 y 2015



Fuente: elaboración propia Servicio Madrileño de Salud.

Por último, es importante señalar que el Observatorio de Resultados es un instrumento dinámico, que se actualiza periódicamente y evoluciona e incorpora nuevos indicadores en función de la disponibilidad de las diferentes fuentes, y atendiendo a las necesidades de información de los diferentes agentes interesados para promover la máxima comprensión sobre la compleja actividad asistencial de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

Hasta el momento se han realizado tres versiones del Observatorio: el primer Observatorio 2010-2012, presentado en abril 2014; el segundo Observatorio 2011-2013, presentado en noviembre 2014 y la última versión disponible, Observatorio 2012-2014, presentado en noviembre 2015.

3 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

3.1 Introducción

La asistencia sanitaria en zonas limítrofes en la Comunidad de Madrid ha requerido la implantación de medidas organizativas y de coordinación con las comunidades autónomas limítrofes para garantizar la asistencia sanitaria por criterios de accesibilidad a los servicios.

En los siguientes apartados se identifican y describen estas situaciones y los aspectos organizativos implantados para su resolución.

Además de estas situaciones, nos parece relevante mencionar las particularidades que se dan en la Comunidad de Madrid en base a su situación geográfica y características socio-demográficas. Madrid tiene la peculiaridad de recibir con carácter habitual una población procedente de otras comunidades autónomas establecidas por estancia temporal con carácter de desplazados. La mayoría de esta población se corresponde con familiares de madrileños que pasan temporadas como desplazados por motivos de organización familiar, estudiantes y trabajadores durante un tiempo determinado en Madrid a los que se presta la atención sanitaria requerida en el seguimiento de su estado de salud.

En el año 2015 se contabilizaron 161.631 personas desplazadas de otras comunidades autónomas correspondiéndoles un total de 205.601 desplazamientos (una misma persona a lo largo del año tiene la condición de desplazado más de una vez). Los efectivos de desplazados más numerosos corresponden a los procedentes de Castilla-La Mancha, Castilla y León, Andalucía y Extremadura.

Asimismo durante el año 2015 se constataron 6.900 personas desplazadas de países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo y de 22 de países con los que existe un convenio internacional de asistencia sanitaria.

Tabla 3-1 Personas desplazadas y número de desplazamientos atendidos en la Comunidad de Madrid procedentes de otras comunidades autónomas, 2015

Comunidades Autónomas	Personas desplazadas	Número de desplazamientos
Andalucía	25.287	30.787
Aragón	3.408	4.130
Asturias	4.561	5.432
Baleares	3.338	3.969
Canarias	8.142	9.679
Cantabria	2.850	3.410
Castilla- La Mancha	32.818	44.353
Castilla y León	28.772	38.647
Cataluña	5.301	6.191
Ceuta	323	403
Comunidad Valenciana	12.023	14.746
Extremadura	13.271	17.966
Galicia	8.976	10.890
La Rioja	1.312	1.563
Melilla	289	347
Murcia	3.669	4.471
Navarra	1.865	2.196
País Vasco	5.426	6.421
Total comunidades autónomas	161.631	205.601
Desplazados países Unión Europea y Espacio Económico Europeo	6.900	7.877
Convenios internacionales	22	22
Total	168.553	213.500

Fuente: Sistema de Información Poblacional CIBELES.

3.2 La asistencia sanitaria de la atención primaria en zonas limítrofes de la Comunidad de Madrid

Históricamente se han constatado determinadas situaciones en las que, como consecuencia de la proximidad geográfica, la población residente en algunos municipios de la Comunidad de Castilla- La Mancha con dificultades de acceso geográfico a sus servicios de referencia, utiliza los servicios sanitarios de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Se trata de un pequeño volumen de población a la que se ha garantizado habitualmente la asistencia sanitaria en los centros de salud y consultorios locales de la Comunidad de Madrid. No son desplazados, sino personas que sin estar registradas como desplazadas, utilizan habitualmente los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y que describimos brevemente a continuación según su distribución por direcciones asistenciales:

1.- Dirección Asistencial Oeste

En el Servicio de Atención Rural (SAR)¹ de Navalcarnero (Madrid) se suele atender a población procedente de Méntrida y Valmojado (ambos en Toledo), municipios limítrofes de la Comunidad de Castilla- La Mancha. Durante 2015, se atendieron 120 pacientes de estas características.

2.- Dirección Asistencial Sureste

Limítrofe con la Comunidad de Madrid, y cercano al municipio de Estremera (Madrid), se encuentran situadas cuatro urbanizaciones con una población aproximada de 4.000 habitantes, que se distribuyen de la siguiente forma:

¹ SAR: es un centro de salud rural con Punto de Atención Continuada (PAC) incluido o, un PAC que funciona cuando no está abierto el centro de salud.

- Dependientes del Municipio de Illana (Guadalajara): El Soto, El Cuartillejo y Buena Tierra.
- Dependientes del Municipio de Barajas de Melo (Cuenca): El Ballestar.

Estas urbanizaciones deberían acudir a los consultorios de Illana y Barajas de Melo, teniendo como centro de referencia a las urgencias en el municipio de Tarancón (Cuenca). Con el fin de evitar posibles derivaciones a hospitales de Guadalajara o de Cuenca, esta población, que es mayoritariamente madrileña con una segunda residencia en esta zona, acude a la consulta de Estremera y/o al SAR del Centro de Salud de Villarejo (ambos en Madrid).

3.- Dirección Asistencial Norte

En el Centro de Salud de Buitrago de Lozoya (Madrid) se atiende a la población de varios municipios pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha por dificultades de accesibilidad a los servicios sanitarios de su propia Comunidad. Se trata del municipio de El Cardoso de la Sierra y sus cinco pedanías (Bocígano, Cabida, Colmenar de la Sierra, Corralejo y Peñalba) de la provincia de Guadalajara. En total son 79 habitantes con tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid.

3.3 La asistencia sanitaria en atención hospitalaria en zonas limítrofes de la Comunidad de Madrid

El volumen de población desplazada de las comunidades limítrofes de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, y que son registrados como tales en los centros de salud, es muy alto.

Hay razones históricas, familiares, de vías de comunicación o transporte y de flujos de población ajenas a la planificación y, también razones geográficas de accesibilidad que la población tiene en cuenta a la hora de utilizar los servicios sanitarios.

En concreto los ciudadanos de la provincia de Guadalajara y el norte de la provincia de Toledo tienen una mayor accesibilidad a todos o a algunos de los servicios hospitalarios de la Comunidad de Madrid, que a los de su propia Comunidad, que se encuentran más lejos o peor comunicados. Asimismo, hay ciudadanos de la Comunidad de Madrid, que han trasladado su domicilio a los desarrollos urbanísticos de estas zonas mencionadas, pero que desarrollan su actividad laboral en nuestra región y han mantenido su tarjeta sanitaria en la Comunidad de Madrid. Ambas situaciones son difícilmente medibles.

La población de estas zonas es cercana a 130.000 personas, aunque no todos usan la totalidad de los servicios sanitarios madrileños; dependiendo de las zonas, algunos usan los servicios hospitalarios madrileños como hospital de primer nivel, y otros únicamente utilizan los de segundo nivel.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Número de contactos por lugar de exposición, relación con el caso y categoría de riesgo, 2014	11
Tabla 1-2	Clasificación y acciones sobre los contactos	12
Tabla 2-1	Indicadores del estado de salud de la población	17
Tabla 2-2	Indicadores de atención primaria	18
Tabla 2-3	Indicadores de hospitales	20
Tabla 3-1	Personas desplazadas y número de desplazamientos atendidos en la Comunidad de Madrid procedentes de otras comunidades autónomas , 2015	24

Índice de gráficos

Gráfico 1-1	Distribución de las llamadas recibidas, según tipo, en el Servicio de Alertas de Salud Pública, abril-noviembre 2014	8
Gráfico 1-2	Número de contactos por fecha de la última exposición y categoría de riesgo, 2014	11
Gráfico 2-1	Evolución del número de consultas del Observatorio de Resultados según apartados, 2014 y 2015	22

Índice de figuras

Figura 2-1	Observatorio de Resultados: imagen inicial de acceso a los diferentes apartados	16
Figura 2-2	Observatorio de Resultados: ejemplo de presentación de ficha técnica de indicador en atención primaria, 2012-2014	19
Figura 2-3	Observatorio de Resultados: ejemplo de presentación de resultados en indicadores de hospitales	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CM	Comunidad de Madrid
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia

E

EPI	Equipo de Protección Personal Individual
EPINE	Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
eSOAP	Cuadro de Mando de Atención Primaria
ESPII	Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional
EVE	Enfermedad por Virus Ébola

I

IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IC	Insuficiencia Cardíaca
IEMA	Índice de Estancia Media Ajustada
INE	Instituto Nacional de Estadística
INR	Indicador de Coagulación Sanguínea (<i>International Normalized Ratio</i>)

M

MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
MIR	Médico Interno Residente
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

O

OMS	Organización Mundial de la Salud
OHSJD	Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

P

PCR	Proteína C Reactiva
-----	---------------------

R

RSI Reglamento Sanitario Internacional

S

SAR Servicio de Atención Rural

SARSP Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública

SERMAS Servicio Madrileño de Salud

SIAE Sistema de información de Atención Especializada

SPRL Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

SUMMA Servicio de Urgencia Médica de Madrid

T

TAC Tomografía Axial Computarizada

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

V

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VIRAS Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria