

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Comunidad de Madrid



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. Reducción del gasto en farmacia: mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro	5
1.1. Programa de Atención al Mayor Polimedocado para la mejora de la utilización de los medicamentos.....	6
1.2. Adquisición de medicamentos y productos sanitarios: fraccionamiento del plasma	6
1.3. Compras centralizadas de productos sanitarios.....	7
2. Experiencia "Madrid Laboratorio Clínico": mejora de la eficiencia de laboratorios clínicos	11
2.1. Actuaciones realizadas	13
2.2. Resultados más relevantes en el año 2013.....	13
3. Mejora de la eficiencia en la utilización de recursos y concentración de la complejidad de los procesos para garantizar el menor tiempo de actuación en los mismos	19
3.1. Experiencia "Código Ictus" (CI)	19
3.2. Experiencia "Código Infarto Madrid" (CIM)	23
Índice de tablas.....	26
Índice de gráficos	27
Abreviaturas, acrónimos y siglas	28

Demografía y entorno económico

	Comunidad de Madrid	España	Fuente
Población	6.392.713	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,1	49,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,9	50,8	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,8	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	68,0	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	16,2	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	10,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	4,1	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El *Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid* implantado en 2013 contempla un conjunto de medidas efectivas para reducir el coste manteniendo la calidad asistencial mediante el uso racional de los recursos, el incremento de la productividad y la optimización de los procesos implicando en su desarrollo a todos los profesionales del sistema sanitario.

Uno de los logros más relevantes en 2013 ha sido la *reducción del gasto en farmacia* que ha disminuido en un 4,23%. El 58,74% del gasto fue debido a la receta médica, mientras que el 41,26% se debió a las adquisiciones directas especialmente en Atención Especializada. En la mejora de la utilización de los medicamentos, Madrid continuó implementando el *Programa de Atención al Mayor Polimedcado*, estando implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad con una cobertura del 70,21% de la población diana en el 2013. Otras actuaciones de especial relevancia para la disminución del gasto han sido el *contrato de suministro para fraccionamiento de plasma* que permite obtener los medicamentos que posteriormente se suministran a hospitales del SERMAS (en 2013 supuso un ahorro de 3,5 millones de euros) y las *compras centralizadas de productos sanitarios* con procedimientos de adjudicación para estent coronarios, tiras de glucemia capilar, apósitos de cura húmeda y agujas para plumas de insulina en Atención Primaria.

“Madrid Laboratorio Clínico” (MLC) se implantó como un proyecto de trabajo en red generado desde los profesionales que ha permitido la revisión y negociación de precios, la concentración de pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad y la gestión de pruebas enviadas a centros externos mediante concursos centralizados. Participan 18 hospitales de la red sanitaria madrileña. Se definió un cuadro de mandos con un indicador de seguimiento de actividad de 25 pruebas tipo y otro de seguimiento económico y se creó un espacio web específico para MLC. Están constituidos 18 grupos de trabajo sobre organización y adecuación de la demanda y se revisaron los perfiles de Atención Primaria. Se ha mejorado el control de la demanda con un claro ahorro en relación al año 2012, debido a la disminución de la actividad y el coste unitario.

El *“Código Ictus”* se implantó como una medida de mejora de la eficiencia en la utilización de recursos para garantizar el menor tiempo de actuación en la resolución del problema. El Centro Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid-SUMMA 112 establece la ordenación y racionalización de los recursos existentes para garantizar la atención sanitaria de los pacientes que sufren ictus de naturaleza isquémica susceptible de reperusión mediante trombolisis en centros asistenciales con disponibilidad de Unidades de Ictus, en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas. La inclusión en el Código Ictus hace al paciente susceptible de ser derivado a cualquiera de los 7 hospitales con Unidades de Ictus operativas 24 horas/día y 7 días/ semana.

El *“Código Infarto Madrid”* es un ejemplo de abordaje integral del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST, con el objetivo final de disminuir la mortalidad global y las secuelas en estos pacientes. Se basa en la organización de una red asistencial del infarto garantizando la coordinación entre niveles asistenciales y el plan de derivaciones entre ellos para prestar una atención urgente, encaminada a la aplicación precoz de la

estrategia de reperfusión más adecuada. Se creó un registro que garantiza la evaluación y el seguimiento y se definieron 9 indicadores de calidad del proceso. En 2013 se activaron 1.173 códigos.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

La Comunidad de Madrid con el objetivo de lograr un sistema sanitario más eficiente manteniendo el nivel de calidad de los servicios sanitarios, durante el 2013, diseñó e implantó un plan de medidas efectivas para reducir el coste sin alterar los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad y respeto hacia el trabajo de los profesionales sanitarios.

El *Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid* contempló cinco objetivos básicos:

- Conseguir un ahorro mediante la reducción del gasto.
- Mantener la calidad asistencial garantizando los indicadores de salud de la población madrileña.
- Mejorar la eficiencia mediante el uso racional de los recursos, el incremento de la productividad y la optimización de los procesos.
- Diseñar la estrategia de planificación de recursos humanos garantizando el máximo rendimiento.
- Corresponsabilizar mediante la participación a todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario madrileño.

Entre las medidas y actuaciones planteadas en dicho Plan, pasamos a describir de forma sintética aquellas de mayor relevancia e impacto durante el 2013.

1. Reducción del gasto en farmacia: mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro

El gasto en farmacia en el año 2013 en la Comunidad de Madrid, fue de 1.800.787.298 euros. Este gasto ha disminuido en un 4,23% con respecto al año 2012 (79.453.083 euros menos).

El 58,74% del gasto fue debido a la receta médica, mientras que el 41,26% fue debido a adquisiciones directas, especialmente en atención especializada (712.680.531 euros).

En el año 2013 se dispensaron 97.749.684 recetas, el 95,38% prescritas desde Atención Primaria, el 4,31% prescritas desde Atención Especializada y el 0,31% restante corresponde a recetas prescritas desde otras Comunidades Autónomas. Tanto Atención Primaria como Atención Especializada, han experimentado una reducción en el número de recetas con respecto al año 2012, de un -6,92% en Atención Primaria y de un -11,42% en Atención Especializada. Las actuaciones más relevantes durante el 2013 han sido:

1.1. Programa de Atención al Mayor Polimedicado para la mejora de la utilización de los medicamentos

El Programa de Atención al Mayor Polimedicado está implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

A fecha 31 de diciembre de 2013 hay 224.785 pacientes en el Programa, 186.901 de ellos con más de 1 año desde su captación, lo que supone una cobertura en la Comunidad de Madrid de un 70,21%.

Tabla 1.1. Datos de cobertura del programa de Atención al Mayor Polimedicado. Comunidad de Madrid. 2013

A fecha 31 de diciembre de 2013				
Dirección asistencial	Población diana	Pacientes con más de 1 año en el programa	Pacientes activos	Cobertura (%) 4º Trimestre
Centro	89.869	50.586	62.193	69,20
Norte	38.548	21.817	26.639	69,11
Este	48.567	28.134	33.139	68,23
Sureste	51.915	30.737	35.551	68,48
Sur	25.019	14.312	17.271	69,03
Oeste	25.645	16.798	20.178	78,68
Noroeste	40.591	24.517	29.814	73,45
Comunidad	320.154	186.901	224.785	70,21

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Todas las Direcciones Asistenciales han cerrado el año con coberturas del Programa superiores al 65%.

Como parte fundamental del programa, 969 oficinas de farmacia participan en el mismo de forma activa. A fecha de diciembre de 2013, 1.068 pacientes han sido seguidos desde ellas, procediendo a la entrega de un total de 689 pastilleros reutilizables y 335 blíster de un solo uso elaborados por el farmacéutico, como sistemas de ayuda a la toma de la medicación.

También en este año se ha realizado seguimiento del indicador de fármacos potencialmente inadecuados en ancianos según un listado consensuado por un grupo de trabajo multidisciplinar. El resultado de este indicador en la Comunidad de Madrid es de un 5,64% con los datos disponibles de facturación de receta médica (enero-diciembre 2013).

1.2. Adquisición de medicamentos y productos sanitarios: fraccionamiento del plasma

En la actualidad, la sangre procedente de las donaciones altruistas realizadas por los ciudadanos en la Comunidad de Madrid se procesa en el Centro de Transfusiones de la

Comunidad. Al procesar la sangre se obtienen dos productos: concentrados de hematíes (para las transfusiones sanguíneas) y plasma sanguíneo.

Una parte pequeña de este plasma (denominado plasma fresco) se utiliza para su administración directa a pacientes; previamente a su utilización este plasma fresco debe ser inactivado para eliminar la posible presencia de virus que pudieran contaminar a los pacientes.

El resto del plasma necesita ser posteriormente procesado (fraccionamiento del plasma) para convertirlo en medicamentos industriales que se utilizan en pacientes con factores de coagulación alterados, y otras enfermedades. Los productos que se obtienen son: Albúmina, Inmunoglobulina humana IV, alfa-1-antitripsina, Factor VIII, Factor IX y antitrombina III.

Desde julio de 2013 el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) mediante un contrato de suministro fracciona el plasma procedente de los donantes de la Comunidad de Madrid para obtener los medicamentos que posteriormente se suministran a los hospitales adscritos y dependientes del SERMAS.

Los productos hemoderivados que han sido ya fabricados y distribuidos en el año 2013, procedentes del fraccionamiento de plasma habrían tenido un coste en el mercado de 7,6 millones de euros. *De esta cantidad el ahorro para el SERMAS ha sido de 3,5 millones de euros (una vez descontado el coste del fraccionamiento).*

1.3. Compras centralizadas de productos sanitarios

Durante el año 2013 se continuó con la centralización de compras de los productos sanitarios.

En este año 2013 se creó el Grupo Técnico de Utilidad de Productos Sanitarios con el objetivo de dotar de herramientas a los profesionales sanitarios sobre el uso correcto de los productos sanitarios, evaluar coste-eficacia de los mismos, y actualizar la evidencia científica disponible. Se ha contado con la participación de más de 50 profesionales de enfermería y médicos en grupos de trabajo para la elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas.

Los procedimientos adjudicados han sido los siguientes:

Estent coronarios

En el año 2013 se adjudicó el Acuerdo Marco de los estent coronarios, estando pendiente la segunda fase que depende de la firma de los contratos basados de los hospitales. Sólo se reflejan los resultados económicos de la primera fase.

Tabla 1.2. Resultados económicos de la primera fase del acuerdo marco sobre estent coronarios. Comunidad de Madrid. 2013

Gasto Real 2012	Gasto previsto en concurso (precio de licitación)	Ahorro previo al concurso	Ahorro peor escenario tras adjudicación respecto a precio de licitación	Ahorro mejor escenario tras adjudicación respecto a precio de licitación	Ahorros Totales (precio licitación+ precio de adjudicación)
14.135.646	11.966.400	2.169.246	608.327	1.187.345	579.018

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Tiras para la determinación de glucemia capilar

Durante el año 2013, se puso en marcha el nuevo acuerdo para la compra de tiras de glucemia capilar. Como novedad se incluyó un tipo de lectores para invidentes y se fraccionó la adquisición de tiras de glucemia en tiras para uso de pacientes y tiras para uso profesional, con un precio de compra, este último, significativamente más bajo.

Los ahorros estimados en la primera fase de adjudicación, antes de los contratos basados en el acuerdo marco que firmaran los centros varían entre 3,9 y 7,6 millones anuales.

Tabla 1.3. Gastos por adquisición directa de tiras de glucemia en hospitales y atención primaria tras la firma de los contratos derivados. Comunidad de Madrid. 2013

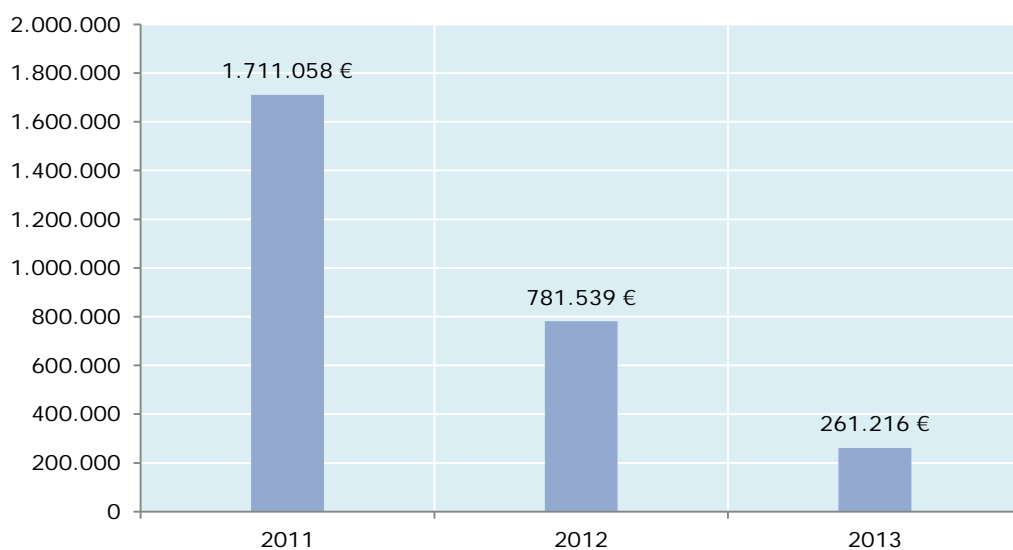
TIRAS DE GLUCEMIA	Estimación Gasto Anual 2013
Gasto por adquisición directa en Hospitales	632.869
Gasto por adquisición directa en A.P.	15.138.994
Gasto total por adquisición directa en 2013	15.771.863

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Apósitos de cura húmeda

Se ha seguido trabajando en la disminución del gasto por receta para la adquisición de apósitos de cura húmeda, con un gasto en 2013 de 261.215,60 euros de los que 260.974,39 euros, corresponden a Atención Primaria y que ha supuesto una reducción de 520.324 euros respecto al año 2012.

Gráfico 1.1. Evolución en los 3 últimos años del gasto de receta en apósitos



Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Tabla 1.4. Gastos por adquisiciones directas de apósitos de cura húmeda. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013

Gasto	2012	2013	Variación % 2013/2012
Gasto por adquisición directa en Hospitales	1.363.905	890.740	-34,69
Gasto por adquisición directa en A.P.	2.747.899	2.924.123	6,41
Gasto Total por adquisición directa	4.111.804	3.814.863	-7,22

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Agujas para plumas de insulina en atención primaria

En el año 2012, el gasto en agujas para plumas de insulina en Atención Primaria fue de 1.864.996,50 euros, con un consumo de 31.397.246 unidades. Durante el año 2013, el gasto en Atención Primaria fue 1.664.303,70 euros, con un consumo de 32.994.300 unidades.

Pese al incremento en el número de unidades, se ha obtenido un ahorro del 10,76%.

Tabla 1.5. Evolución del gasto y del consumo de agujas para plumas de insulina en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013

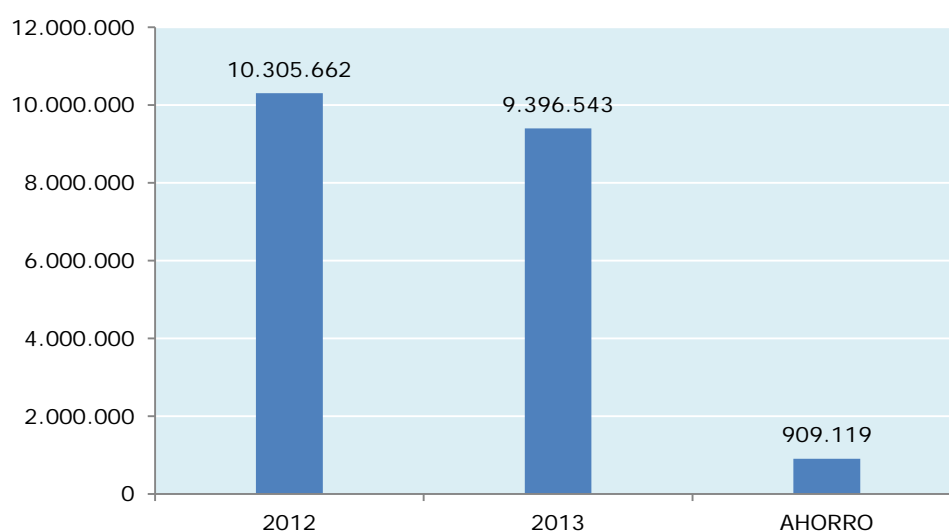
Agujas para plumas de insulina	2012	2013	Variación % 2013/2012
Número de unidades	31.397.246	32.994.300	5,09
Total gasto con IVA	1.864.996,50	1.664.303,70	-10,76

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Absorbentes de incontinencia urinaria en Atención Primaria

El gasto en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 ha disminuido en 0,9 millones de euros en el año 2013.

Gráfico 1.2. Gastos (€) en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 comparado con 2012



Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

2. Experiencia “Madrid Laboratorio Clínico”: mejora de la eficiencia de laboratorios clínicos

El proyecto *MADRID LABORATORIO CLÍNICO (MLC)* surge entre los Laboratorios de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, tras las reuniones mantenidas para el desarrollo del Plan Estratégico y la publicación del Plan de Medidas de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Como tal, fue validado por los máximos responsables de la Consejería de Sanidad y fue presentado como un proyecto innovador y de alto valor estratégico, que desde sus profesionales aporta las actuaciones que permiten el aprovechamiento óptimo de los recursos y del conocimiento.

Se diseñó un plan de trabajo que daba prioridad a los aspectos económicos dentro del proyecto global y que se orientaba a resultados objetivos y evaluables a corto plazo.

MLC propone un modelo de laboratorio organizado en red, de forma cohesionada, eficaz y eficiente a través de sus diferentes nodos. Es una organización profesional articulada de manera autónoma y funcional que coordina las estrategias y acciones de los laboratorios públicos de la Comunidad de Madrid. Se trata de una propuesta diferente del enfoque simplista de la centralización constituyendo una estructura en red innovadora de los siguientes aspectos:

- Conocimiento e ideas comunes de todos: permite aprender las mejores prácticas del grupo.
- Alta tecnología (pruebas complejas).
- Estrategias de gestión de la demanda (permite disminuir el consumo).
- Estrategias de compras: concursos, central de compras... (permite disminuir el precio).
- Sistemas de información: cuadro de mandos.
- Sistemas de gestión de la calidad.

MLC es un proyecto documentado en términos económicos y con claras mejoras de la calidad asistencial que sólo puede ser elaborado desde dentro de los laboratorios. Asegura la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, adaptándose a los actuales sistemas de información y asegurando temas tan trascendentales como la docencia (formación de especialistas) y la investigación. Todo ello diseñado como alternativa a la centralización de pruebas de rutina sin datos que avalen su beneficio ni económico ni en términos de calidad.

Se define como un grupo entre pares, a la manera artúrica, en la que todos los miembros mantienen su independencia y criterio propios, dentro del ámbito de la institución jerárquica a la que pertenece. Está abierta a todos los laboratorios, si bien en el momento actual solo han adquirido el compromiso laboratorios generales, de análisis clínicos y de bioquímica clínica.

La visión y misión de MLC es la creencia en la perspectiva médica/clínica del laboratorio.

Los objetivos estratégicos planteados en este proyecto son:

- Actuar como interlocutor de la Dirección General de Atención Especializada para temas relativos a la práctica del Laboratorio Clínico en la Comunidad de Madrid.
- Monitorizar la actividad de los laboratorios públicos de la Comunidad de Madrid con indicadores económicos, de adecuación de la demanda, etc. mediante el diseño de un cuadro de mandos.
- Mejorar la eficiencia: buscar sinergias y criterios de gestión comunes que beneficien al grupo y por tanto a la Comunidad de Madrid.
- Mejorar la información generada en el laboratorio: revisar y establecer criterios profesionales en el ejercicio de la Medicina de Laboratorio a nivel de criterios de indicación, interpretación y adecuación de la demanda.
- Mejorar la gestión del conocimiento: generar nodos de conocimiento experto para pruebas poco frecuentes o problemas complejos mediante sistemas de sesiones comunes, consultas y análisis concretos.
- Mejorar la docencia: buscar sinergias en la formación de profesionales, esencialmente residentes y formación continuada, que permitan disminuir la variabilidad de las prácticas.
- Mejorar las tecnologías de la información: emplear las nuevas tecnologías de la información para potenciar todos los procesos, lo que conlleva disminuir costes y potenciar el conocimiento y la colaboración.

El modelo MLC representa un proyecto generado desde los profesionales que incide en los aspectos que más impacto tendrían en el modelo actual sobre el coste mediante la

- Revisión y negociación de precios. Gestión de stocks y pedidos.
- Adecuación de la demanda personalizada y pactada con los clínicos.
- Concentración de las pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad, generando nodos de actividad experta y conocimiento. Al tratarse de pruebas no siempre automatizables que requieren tecnología y/o conocimiento experto, la concentración de las mismas disminuye los costes y el tiempo de respuesta y mediante la conexión entre facultativos (in situ y de laboratorio de referencia) se garantiza la adecuación de la demanda.
- Gestión de pruebas enviadas a centros externos: permite disminuir el coste a través de concursos centralizados.

Los hospitales participantes en el proyecto son: Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario La Princesa, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Santa Cristina, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Niño Jesús, Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Carlos III, Hospital de El Escorial y Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.

2.1. Actuaciones realizadas

Se establecieron como tareas prioritarias aquellas que actúan directamente sobre la sostenibilidad del sistema, produciendo ahorros a la vez que se mantiene o mejora la calidad asistencial. En esta línea, se realizaron las siguientes actividades:

- Formalización institucional: presentación del proyecto a los medios por el Consejero de Sanidad. Reunión de los responsables institucionales de la Dirección General de Atención Especializada de la Consejería de Sanidad con los 18 responsables de los laboratorios que integran MLC.
- Definición del cuadro de mando estableciendo un *indicador de seguimiento de actividad* mediante 25 pruebas que representan los objetivos de gestión de la demanda (Top 25) y un *indicador de seguimiento económico* consistente en la comparación de los consumos de laboratorio con respecto al mismo periodo del año anterior.
- Realización de un estudio preliminar de benchmarking entre los precios de pruebas representativas o de alta frecuentación para su difusión y utilización en concursos.
- Creación de un espacio web específico para MLC como elemento clave para la gestión del conocimiento y vehículo de comunicación instantánea. Constituye la herramienta donde depositar toda la información relevante, los grupos y documentos de trabajo, agenda de actividades, etc.
- Análisis detallado de las pruebas derivadas dentro y fuera de MLC.
- Coordinación con Atención Primaria: MLC contactó y se coordinó con Atención Primaria a través de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad para ofrecer su participación, validación y ayuda en los grupos existentes para definir los perfiles de solicitud analítica de la aplicación AP Madrid.
- Diseño, constitución y puesta en marcha de grupos de trabajo.

2.2. Resultados más relevantes en el año 2013

2.2.1. Indicadores de actividad

Se seleccionaron las siguientes 25 pruebas como indicadores de actividad:

- Glucosa.
- Creatinina y Urea.
- ALT/GPT y AST/GOT.
- Hierro, Ferritina, Transferrina, vitamina B12 y Ac. Fólico.
- TSH y T4 libre.
- Colesterol Total y Colesterol HDL.
- HbA1c.
- Proteína C reactiva.
- Troponina y CK-MB.
- Procalcitonina y BNP / NT proBNP.

- Ac anti Rubeola IgG y Ac anti Toxoplasma IgG.
- Hemograma, VSG, Actividad Protrombina.

A través de su monitorización es posible evaluar los distintos objetivos y actuaciones desarrollados por MLC. Se comparó la actividad en un periodo determinado frente al mismo periodo del año anterior: 2013 frente a 2012 (con MLC).

La revisión del evolutivo de las 25 pruebas en el periodo Enero- Diciembre 2013, muestra una evolución global muy satisfactoria: se está produciendo una adecuación de la demanda mediante la protocolización de pruebas y colaboración con Atención Primaria con respecto al mismo periodo del año anterior (2012).

Tabla 2.1. Evolución trimestral del indicador de actividad global en el periodo 2012-2013

Indicador de actividad global : evolutivo trimestral			
	2012	2013	2013-2012 %
Enero-Marzo	10.360.001	9.171.111	-11,48
Abril-Junio	9.318.102	9.349.274	0,33
Julio-Septiembre	7.715.973	7.573.335	-1,85
Octubre-Diciembre	8.252.451	8.249.702	-0,03
Total anual	35.646.527	34.343.422	-3,66

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Se presentan a continuación, los datos del evolutivo de cada una de las 25 pruebas seleccionadas como indicadores de actividad, comparando los periodos 2013-2012.

Tabla 2.2. Evolutivo anual de los indicadores de actividad desglosados por pruebas para el periodo 2012-2013

Prueba	2012	2013	2013-2012 %
Glucosa	4.503.698	4.366.627	-3.04
Creatinina	4.565.456	4.432.170	-2.92
Urea	2.470.263	2.283.341	-7.57
AST/GOT	3.246.944	3.098.843	-4.56
ALP/GPT	3.536.542	3.463.903	-2.05
Hierro	1.137.459	1.052.753	-7.45
Ferritina	1.170.073	1.083.288	-7.42
Transferrina	719.667	609.687	-15.28
Vitamina B12	559.660	574.930	2.73
Folato Sérico	542.995	540.724	-0.42
TSH	1.354.725	1.378.439	1.75
T4 libre	724.873	615.193	-15.13
Colesterol	2.854.910	2.751.566	-3.62
HDL	1.731.782	1.683.816	-2.77
HbA1c	528.594	551.302	4.30
PCR	1.211.991	1.179.317	-2.70
Procalcitonina	94.402	92.919	-1.57
Troponina	267.479	245.588	-8.18
CK-MB	78.795	58.181	-26.16
BNP/NT-PROBNP	102.340	90.152	-11.91
AC Rubeola IgG	10.451	9.486	-9.23
AC Toxoplasma IgG	21.178	19.687	-7.04
Nº de Hemogramas	2.613.550	2.623.409	0.38
Nº DE VSG	412.516	393.224	-4.68
Protombina	1.186.184	1.144.877	-3.48
Totales	35.646.527	34.343.422	-3.66

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

En el estudio tiroideo, se producen descensos acumulados anuales del 15,13% en la T4 libre. Esto implica que la ratio T4L/TSH desciende de 0,54 a 0,45 en 2013 en base a las recomendaciones del grupo de trabajo. Estos datos son muy positivos y han sido objeto de afianzamiento con las actuaciones del grupo de trabajo específico de MLC.

Tabla 2.3. Estudio patología tiroidea: evolutivo T4L en el periodo 2012-2013

Número T4 Libre	2012	2013	2013-2012 (%)
Enero-Marzo	208.621	175.632	-15.81
Abril-Junio	201.691	164.506	-18.39
Julio-Septiembre	150.859	130.002	-13.83
Octubre-Diciembre	163.702	144.953	-11.45
Total anual	724.873	615.193	-15.13

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Tabla 2.4. Evolutivo ratio T4L/ TSH en el periodo 2012-2013

Ratio T4/TSH	2012	2013
Enero-Marzo	0.53	0.48
Abril-Junio	0.57	0.44
Julio-Septiembre	0.52	0.43
Octubre-Diciembre	0.52	0.44
Total anual	0.54	0.45

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Respecto a las pruebas que pueden catalogarse como "Little ticket test" (LTT): glucosa, creatinina, ALT, AST y colesterol, experimentaron un descenso medio acumulado anual del 4,5% en el año 2013.

Tabla 2.5. Descenso acumulado para las glucosas en el periodo 2012-2013.

Glucosas	2012	2013	2013-2012 (%)
Enero-Marzo	1.297.406	1.170.279	-9.80
Abril-Junio	1.173.580	1.191.006	1.48
Julio-Septiembre	987.486	980.342	-0.72
Octubre-Diciembre	1.045.226	1.025.000	-1.94
Total anual	4.503.698	4.366.627	-3.04

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

La monitorización de las actuaciones sobre la Ratio Urea/Creatinina muestran una consolidación de las mismas, con un descenso en el acumulado anual del 0,52 frente al 0,54 del año anterior. Esto evidencia una disminución del número de ureas que decrece en un 7,57%, en la línea de adecuar la demanda eliminando pruebas innecesarias que no aportan valor diagnóstico.

Tabla 2.6. Evolutivo trimestral de la ratio urea/creatinina en el periodo 2012-2013

Ratio Urea/Creatinina	2012	2013
Enero-Marzo	0.55	0.51
Abril-Junio	0.54	0.51
Julio-Septiembre	0.55	0.51
Octubre-Diciembre	0.52	0.53
Total anual	0.54	0.52

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

A continuación se presentan los datos acumulados por trimestre del indicador de seguimiento económico para el periodo 2012 y 2013. El resultado obtenido en 2013 representa una disminución de 5.031.215 euros en relación al año 2012 (datos obtenidos en 17 de los 18 hospitales). Por lo tanto los datos representan una disminución del 10,2% en los costes de recursos materiales de 2013.

Tabla 2.7. Indicador de seguimiento económico: datos acumulados en el periodo 2012 y 2013

	2012 (€)	2013 (€)	Disminución (€)	%
1 Trimestre	13.110.300	11.115.212	-1.995.088	-15.2
2 Trimestre	13.074.194	11.872.841	-1.201.354	-9.2
3 Trimestre	11.021.254	9.894.706	-1.126.548	-10.2
4 Trimestre	12.015.589	11.307.364	-708.226	-5.9
Acumulado	49.221.338	44.190.123	-5.031.215	-10.2

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

2.2.2. Resultados de los grupos de trabajo

La primera fase contiene los grupos que, por las pruebas que incluyen o por su importancia estratégica, pueden tener un mayor impacto en los objetivos prioritarios de MLC. Sus objetivos son normalizar los protocolos de laboratorio en distintos ámbitos (Atención Primaria y Atención Especializada), grupos de pacientes, distintas necesidades (diagnóstico y seguimiento de tratamiento) y recomendar tiempos adecuados para el seguimiento.

Los grupos en esta primera fase son: anemias micro y macrocíticas; estudio de patología tiroidea, dislipemias; Little ticket test (LTT); tiempos de respuesta/ tiempos de rechazo y pruebas derivadas. Participan un total de 30 profesionales de 13 hospitales.

Informática: proyecto Lync

Se instauró la participación en el proyecto Lync de comunicación entre servicios de laboratorio. Está instalado actualmente en los siguientes hospitales: Hospital Universitario La Paz; Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Hospital Universitario de Móstoles; Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital universitario Fundación Alcorcón.

Actualmente el proyecto está en fase de pruebas, realizándose el proyecto piloto.

A modo de resumen ejecutivo, podemos sintetizar las siguientes conclusiones de lo que ha supuesto el Proyecto Madrid Laboratorio Clínico en el ejercicio 2013:

Acciones sobre estructura

- Consolidación del grupo de MLC: los datos se refieren a 17 de los 18 hospitales participantes.
- Definición del cuadro de mandos con dos indicadores: seguimiento de actividad de 25 pruebas tipo y seguimiento económico de consumos versus trimestre previo.
- Creación de espacio web específico para MLC.

Acciones sobre proceso

- Estudio de pruebas remitidas entre centros y a centros externos.
- Creación de grupos de trabajo sobre organización y adecuación de la demanda: 18 grupos constituidos en los que participan 70 profesionales de 15 hospitales. Se han finalizado 5 documentos aprobados que están implementándose en los centros.
- Coordinación entre MLC y Atención Primaria. Se revisaron los perfiles de Atención Primaria.

Efectos sobre resultados de actividad

- Regulación y control de la demanda: se consiguió un descenso del 4,13 % con respecto al periodo previo (2012).

Efectos sobre resultados económicos

- Objetivo alcanzado, con un ahorro en el trimestre del 12,1%.
- Algo más de un 4% del ahorro podría explicarse por disminución de la actividad y aproximadamente un 8% por la disminución del coste unitario.

3. Mejora de la eficiencia en la utilización de recursos y concentración de la complejidad de los procesos para garantizar el menor tiempo de actuación en los mismos

3.1. Experiencia “Código Ictus” (CI)

El ictus es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes, siendo el principal motivo de hospitalización neurológica y una de las que más gasto sanitario consume, tanto durante la fase aguda como posteriormente, ya que es la principal causa de discapacidad en el adulto. A esto debe añadirse el coste indirecto de la enfermedad, en cuanto a pérdida de capacidad laboral del paciente o de sus cuidadores, adecuación domiciliaria, etc. Sin embargo, el ictus se puede prevenir y tratar de manera eficaz. La aplicación de un tratamiento adecuado precoz mejora significativamente la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad y la probabilidad de dependencia. En este sentido, esta enfermedad neurológica es un buen ejemplo para ilustrar la necesidad de organizar programas asistenciales en la comunidad que aseguren la atención urgente de los pacientes en los centros con los medios especializados necesarios, así como el tratamiento adecuado durante todo el proceso de su enfermedad, sin que existan diferencias en función de las áreas sanitarias de procedencia.

3.1.1. Definición

Se denomina Código Ictus (CI) al procedimiento de actuación sanitaria prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y *síntomas de un ictus* de probable naturaleza isquémica, (disminución importante del flujo sanguíneo cerebral, de forma anormalmente brusca) , con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato por parte de los servicios de urgencia a un hospital con Unidad de ictus de aquéllos pacientes que, por sus condiciones clínicas, puedan beneficiarse de una terapia de reperfusión y de cuidados especiales en una Unidad de ictus.

El Objetivo de este procedimiento es que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada a la puerta del hospital no sea superior a 2 horas. Igualmente, que el tiempo transcurrido desde la transmisión del aviso por parte del Centro Coordinador de Urgencias hasta la llegada a la puerta de hospital sea menor de 1 hora.

En cualquier caso, que la atención se realice con la mayor celeridad posible.

3.1.2. Requisitos

Como primer eslabón en la asistencia de todo cuadro compatible con un ictus, el código ictus ha de cumplir una serie de características:

- Consideración de ictus como emergencia médica: en el Código Ictus se da prioridad a aquellos pacientes que puedan ser susceptibles de tratamiento agudo y de una terapia de reperfusión y, por extensión, aquéllos que finalmente no lo sean,

que puedan beneficiarse de otros tratamientos específicos, en una Unidad de ictus (UI).

- Reconocimiento precoz de un posible ictus isquémico mediante formación específica del personal sanitario.
- Cuidados específicos en la atención del ictus manteniéndolo en una situación clínica adecuada que haga posible el tratamiento más idóneo a su llegada al hospital.
- Priorización en el traslado, poniendo a disposición el recurso más avanzado y rápido posible.
- Coordinación con el resto de los eslabones de la cadena asistencial según el procedimiento operativo de SUMMA-112. Se define como Hospital con Unidad de Ictus aquel hospital que cumple los requisitos mínimos exigidos para los cuidados agudos del ictus.

Al introducirse el tratamiento endovascular como parte de la cadena asistencial al ictus, es necesario considerar la necesidad de traslado interhospitalario desde la UI al Centro de Ictus de guardia para tratamiento endovascular, en coherencia con el protocolo de actuación en el traslado interhospitalario asistido y urgente no asistido, actualmente en vigor.

3.1.3. Criterios de inclusión de un Código Ictus extrahospitalario

- Inicio de los síntomas a puerta de Hospital < 9 horas o a una hora desconocida.
- Situación basal del paciente: Escala de Rankin Modificado ≤ 2 .
- Déficit neurológico actual presente en el momento del diagnóstico. Presencia de alguno de los síntomas de sospecha de ictus:
 - Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna de un hemicuerpo.
 - Confusión repentina.
 - Dificultad para hablar o entender.
 - Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos.
 - Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no achacable a otras causas).
 - Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

3.1.4. Criterios de exclusión de un Código Ictus:

- No cumple criterios diagnósticos de ictus.
- Más de 9 horas de evolución de los síntomas.
- Paciente con gran dependencia (escala de Rankin Modificado ≥ 3).
- Situación clínica de enfermedad avanzada irreversible.
- Demencia (moderada-grave).

3.1.5. Hospitales con Unidad de Ictus

- La inclusión en el Código Ictus hace al paciente susceptible de ser derivado a cualquiera de los 7 hospitales que, en la actualidad, disponen de Unidades de Ictus operativas 24 horas/día y 7 días/semana:
 - Hospital Universitario Clínico San Carlos.
 - Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
 - Hospital Universitario La Paz.
 - Hospital Universitario La Princesa.
 - Hospital Universitario Ramón y Cajal.
 - Hospital Universitario 12 de Octubre.
 - Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda.

Procedimiento operativo del Código Ictus

Fase prehospitalaria. SUMMA 112

Mediante este procedimiento la Consejería de Sanidad, a través del Centro Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid–SUMMA 112, establece la ordenación y racionalización de los recursos existentes, para permitir que aquellos pacientes que sufren un ictus, de posible naturaleza isquémica, susceptible de reperusión mediante trombolisis, puedan ser atendidos en centros asistenciales con disponibilidad de UI, lo antes posible en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas.

En el caso de que el paciente fuese candidato a reperusión mediante trombectomía mecánica, debería ser atendido en un tiempo inferior a 9 horas desde el inicio de los síntomas.

Para conseguir los objetivos de este procedimiento es necesario:

1. Centralizar la disponibilidad de recursos existentes en la comunidad para realizar el tratamiento de reperusión del ictus.
 - Centralizar la información de la disponibilidad o saturación de los distintos hospitales con UI. La unidad que debe recibir esta información es la Coordinadora de Camas del Centro Coordinador de Urgencias.
2. Centralizar la información de las distintas unidades periféricas sobre la detección de un posible candidato de Código Ictus.

Según está estructurada la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid (CM), las unidades que pueden realizar la detección precoz de estos pacientes son:

- Unidades de Atención Primaria.
- Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112.
- Unidades de los dispositivos de urgencias y emergencias extrahospitalarias de SUMMA 112 y SAMUR.
- Hospitales de la Comunidad de Madrid sin Unidad de ictus.

- Otros (Residencias Geriátricas, etc.).

La detección, por parte de las unidades anteriormente mencionadas, de un paciente con signos y síntomas de ictus de posible naturaleza isquémica, y que cumpla los criterios de inclusión del protocolo del Código Ictus, será puesta en conocimiento del Centro Coordinador de Urgencias. El contenido de esta información será el siguiente:

- Dirección en la que se encuentra el paciente y domicilio del mismo (si es posible).
- Edad y Sexo.
- Tiempo de evolución del ictus.
- Cualquier otro dato que el médico responsable del paciente en ese momento considere oportuno.

3. Distribución de pacientes y activación de las unidades y equipos del Código Ictus.

Con la información de la disponibilidad de camas en los distintos hospitales con UI, el Centro Coordinador de Urgencias cuando tenga conocimiento de la existencia de un paciente candidato para el CI, designará el hospital con UI receptor en función a los siguientes criterios:

- Menor tiempo de traslado del paciente, siempre que sea posible, dentro del intervalo de dos horas como máximo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada a la puerta del hospital.
- Sectorización vigente, sujeta a modificaciones en función de la actualización de las UI.

Esta información le será facilitada a las unidades periféricas citadas anteriormente que han detectado al paciente, en el mismo momento en el que comunican al Centro Coordinador este hecho.

Desde el Centro Coordinador se alerta al neurólogo de guardia del hospital con UI receptor del paciente informándole de las características del mismo y del tiempo aproximado de llegada. Desde el centro receptor se establecerán los mecanismos que aseguren una recepción directa y adecuada del paciente.

Cualquier activación que reciban los hospitales con UI que no proceda del Centro Coordinador de Urgencias, será derivada de forma inmediata a este último para su canalización por la vía ordinaria establecida en este procedimiento.

En caso de sobrecapacidad del hospital con UI de referencia, una vez evaluado por el neurólogo de guardia y puesto en marcha el tratamiento (especialmente la trombolisis intravenosa, si estuviese indicada), se gestionará el traslado interhospitalario (TIH) de acuerdo al protocolo TIH al hospital con UI que disponga de camas. Dicho traslado deberá llevarse a cabo mediante una ambulancia medicalizada.

Traslados interhospitalarios (TIH)

Coordinación de traslados interhospitalarios a centros de referencia para tratamiento endovascular.

Una vez establecida la indicación de tratamiento endovascular y la necesidad de traslado al Centro de Ictus con disponibilidad de neurointervencionismo, el neurólogo responsable contactará con la Coordinadora del SUMMA 112 para proceder a traslado urgente, de acuerdo al protocolo TIH.

Desactivación de un Código Ictus

El Código Ictus se desactivará en las siguientes situaciones:

- Entrada en criterios de exclusión del propio paciente durante el traslado
- Negación del paciente o su familia a llevarle al hospital con UI correspondiente

Protocolo de recogida de datos por SUMMA 112

Ante la activación de un posible CI, la recogida de los datos se realizará de forma coordinada por el personal del Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112 y por el personal de la unidad móvil que se destine a prestar la asistencia "in situ".

En el caso del Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112, los datos que le correspondan se introducirán en la base de datos establecida, y en el caso de la unidad móvil, por medio de un informe por escrito, con al menos dos copias, una de las cuales se retornará al Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112 y la otra se entregará al médico que se responsabilice del paciente en el hospital con UI al que se le derive.

3.2. Experiencia "Código Infarto Madrid" (CIM)

El Código Infarto Madrid es un programa asistencial integral aplicable a los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST), que tiene como finalidad una atención urgente y coordinada encaminada a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada. El objetivo final es disminuir la mortalidad global y las secuelas de los pacientes que han sufrido un IAMEST en la Comunidad de Madrid.

La aplicación precoz de las estrategias de reperfusión en el IAMEST mejora la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad de la fase aguda y disminuye el tamaño del infarto y la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca.

El Servicio Madrileño de Salud tiene protocolizada y organizada la atención temprana al paciente con dolor torácico. El *Código Infarto Madrid* complementa la organización de la atención temprana a este tipo de pacientes, pues la activación del código se produciría en el momento en que se detecta en el electrocardiograma (ECG) elevación del segmento ST y el paciente es diagnosticado de un *síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST* (SCAEST), término equivalente al utilizado en este código como IAMEST. El Código Infarto Madrid no podría existir sin haberse establecido previamente la organización de la atención temprana al paciente con dolor torácico en la Comunidad de Madrid.

El plan propuesto pretende ofrecer un *abordaje integral del IAMEST*, abarcando todos los eslabones precisos para ello, desde la información al paciente, los médicos y profesionales de Atención Primaria, los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios, las

urgencias hospitalarias y los servicios y secciones de los hospitales que atienden el IAMEST. De este modo permite incrementar tanto la accesibilidad a los recursos para los pacientes, como la equidad del servicio. Igualmente establece el denominado Código Infarto Madrid (extrahospitalario e intrahospitalario) y los niveles asistenciales, con un plan de derivaciones entre ellos, constituyendo así una *red asistencial del infarto*.

A esto se une la previsión de un registro que permita la evaluación y el seguimiento, así como contar con un plan orientado a la mejora continua, detectando los aspectos que puedan ser perfeccionados y adaptándose a las necesidades de los pacientes y de los profesionales.

Evaluación y seguimiento

Se ha formado una comisión constituida por miembros de los distintos hospitales madrileños (Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Hospital General Universitario Gregorio Marañón) así como el SAMUR, SUMMA-112, Dirección General de Atención Especializada y Atención Primaria.

Se establecen como *indicadores de calidad del Código Infarto Madrid*, para ser evaluados tras el primer año de implantación del programa los siguientes:

- Porcentaje de primer contacto médico realizado por los servicios de emergencias superior al 50% de los pacientes atendidos por IAMEST en la Comunidad de Madrid durante esa anualidad.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST < 12 horas de evolución, no tratados inicialmente con una estrategia de reperusión, inferior al 25%.
- Tasa de angioplastia primaria, en pacientes con IAMEST reperfundidos con > 2 horas de dolor, superior a 80%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST sometidos a angioplastia primaria, con un tiempo primer contacto médico hasta apertura de la arteria < 120 minutos, superior al 70%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, sometidos a fibrinólisis con un tiempo primer contacto médico-aguja \leq 30 minutos, superior al 90%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, ingresados inicialmente en un hospital sin alerta de hemodinámica con un tiempo transcurrido desde que llegan al hospital hasta que salen del hospital para angioplastia primaria \leq 30 minutos, superior a 15%.
- Porcentaje de primer contacto sistema sanitario – primer contacto médico, menor de 15 minutos, superior al 50%.
- Porcentaje de fibrinólisis realizadas en la primera hora superior al 20%.
- Porcentaje de infartos abortados en pacientes sometidos a fibrinólisis superior al 20%.

Resultados de actividad

Los resultados obtenidos están referidos al último semestre de 2013. En total se activaron 1.173 códigos. El 80% eran varones. La edad media fue de 63 años (D.E. de 14). A destacar los siguientes resultados:

- Porcentaje de pacientes con IAMEST sometidos a angioplastia primaria, con un tiempo primer contacto médico hasta apertura de la arteria <120 minutos fue superior al 75%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, sometidos a fibrinólisis con un tiempo primer contacto médico-aguja ≤ 30 minutos, fue del 100%.
- Porcentaje de fibrinólisis realizadas en la primera hora fue superior al 40%.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Datos de cobertura del programa de Atención al Mayor Polimedicado. Comunidad de Madrid. 2013	6
Tabla 1.2. Resultados económicos de la primera fase del acuerdo marco sobre estent coronarios. Comunidad de Madrid. 2013	8
Tabla 1.3. Gastos por adquisición directa de tiras de glucemia en hospitales y atención primaria tras la firma de los contratos derivados. Comunidad de Madrid. 2013.....	8
Tabla 1.4. Gastos por adquisiciones directas de apósitos de cura húmeda. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013	9
Tabla 1.5. Evolución del gasto y del consumo de agujas para plumas de insulina en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013	10
Tabla 2.1. Evolución trimestral del indicador de actividad global en el periodo 2012-2013.....	14
Tabla 2.2. Evolutivo anual de los indicadores de actividad desglosados por pruebas para el periodo 2012-2013.....	15
Tabla 2.3. Estudio patología tiroidea: evolutivo T4 Libre en el periodo 2012-2013	16
Tabla 2.4. Evolutivo ratio T4L/ TSH en el periodo 2012-2013	16
Tabla 2.5. Descenso acumulado para las glucosas en el periodo 2012-2013.	16
Tabla 2.6. Evolutivo trimestral de la ratio urea/creatinina en el periodo 2012-2013	17
Tabla 2.7. Indicador de seguimiento económico: datos acumulados en el periodo 2012 y 2013	17

Índice de gráficos

Gráfico 1.1. Evolución en los 3 últimos años del gasto de receta en apósitos.	9
Gráfico 1.2. Gastos (€) en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 comparado con 2012.	10

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AC anti rubeola IgG: Anticuerpos anti Rubeola inmunoglobulinas G

AE: Atención Especializada

ALT/GPT: Alanina Aminotransferasa /Glutamato- piruvato transaminasa

AP: Atención Primaria

AST/GOT: Aspartato aminotransferasa/glutamato-oxalaceto transaminasa

B

BNP/NT-PROBNP: Péptido Natriurético cerebral tipo B / propéptido natriurético cerebral N-terminal

C

CI: Código Ictus

CIM: Código Infarto Madrid

CK-MB: Creatina quinasa MB (MB es una isoenzima de la CK)

D

D.E.: Desviación Estándar

E

ECG: Electrocardiograma

I

IAMEST: Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST

K

HbA1c : Hemoglobina glicosilada

HDL: Lipoproteínas de alta densidad (fracción de colesterol)

M

MLC: Madrid Laboratorio Clínico

P

PCR: Proteína C Reactiva

S

SAMUR: Servicio de Atención Médica de Urgencias (Ayuntamiento de Madrid)

SCAEST: Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SUMMA 112: Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (Comunidad de Madrid)

T

TIH: Traslado Interhospitalario

TSH: Hormona Estimulante del Tiroides

T4 Libre: Tiroxina

U

UI: Unidad de Ictus

V

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular