

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2016

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud – Información Sanitaria – Informe – Estadísticas

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento

Cita sugerida: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016 Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

NIPO en línea: 680-17-086-X

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Índice

Introducción	15
Resumen	17
Demografía y Situación de Salud	17
Cifras de población e indicadores demográficos básicos	17
Mortalidad	17
Valoración del estado de salud	18
Problemas de salud crónicos	18
Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	18
Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	19
Vigilancia epidemiológica	19
Bajo peso al nacer	20
Interrupción voluntaria del embarazo	20
Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio	20
Hábitos de vida	17
Consumo de tabaco	21
Consumo de alcohol	21
Consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria	21
Obesidad y sobrepeso	21
Consumo de frutas y verduras	22
Actividad física	22
Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos	21
Profesionales médicos y de enfermería	22
Médicos y enfermeras graduados	23
Farmacéuticos	23
Centros de salud y hospitales	23
Tecnologías médicas	24
Oficinas de farmacia	24
Centros servicios y unidades de referencia	24
Red de equipos de trasplante	24
Centros de transfusión sanguínea	24

Promoción, prevención y atención a los problemas de salud	25
Promoción y prevención sanitaria	25
Atención a los problemas de salud	25
Urgencias	26
Centros, servicios y unidades de referencia	27
Donación y trasplante de órganos	27
Red transfusional	27
Calidad de los Servicios Sanitarios	27
Ordenación Profesional y Formación Continuada	28
Prestación Farmacéutica	22
Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS	29
Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS	29
Prestación farmacéutica hospitalaria	30
Medicamentos huérfanos	31
Gasto Sanitario	31
e-Salud	31
Percepción y opinión de los ciudadanos	32
I. Demografía y situación de salud	33
I.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos	33
I.1.1 Cifras de población	33
I.1.2 Natalidad, edad media materna	34
I.1.3 Dependencia	36
I.2 Esperanzas de vida	37
I.2.1 Esperanza de vida al nacer	37
I.2.2 Esperanza de vida a los 65 años	39
I.2.3 Años de vida saludables	40
I.3 Mortalidad	41
I.3.1 Mortalidad general	41
I.3.2 Mortalidad por las principales causas	43
I.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal	51
I.3.4 Mortalidad materna	53
I.4 Morbilidad en la población española	53
I.4.1 Autovaloración del estado de salud	53

I.4.2	Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos	57
I.4.3	Problemas bucodentales	60
I.4.4	Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	63
I.4.5	Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	65
I.4.6	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela	67
I.4.7	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis	69
I.4.8	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA, infección gonocócica y sífilis	70
I.4.9	Vigilancia epidemiológica de las hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C	73
I.4.10	Bajo peso al nacer	75
I.4.11	Interrupción voluntaria del embarazo	77
I.4.12	Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio	79
II.	Hábitos de vida	83
II.1	Tabaco	83
II.1.1	Consumo de tabaco en la población adulta	83
II.1.2	Consumo de tabaco y ámbito laboral	85
II.2	Alcohol	88
II.2.1	Consumo de alcohol en población adulta	88
II.2.2	Consumo de alcohol y ámbito laboral	90
II.3	Consumo de drogas en en estudiantes de educación secundaria (14 a 18 años)	91
II.3.1	Consumo de tabaco	92
II.3.2	Consumo de alcohol	92
II.3.3	Consumo de hipnosedantes	94
II.3.4	Consumo de cannabis	95
II.3.5	Consumo de otras sustancias psicoactivas	96
II.4	Obesidad y sobrepeso	97
II.4.1	Obesidad y sobrepeso en población adulta	97
II.4.2	Obesidad y sobrepeso en población infantil	98
II.5	Consumo de frutas y verduras	101
II.5.1	Fomento del hábito de la alimentación saludable en el trabajo	105

II.6	Actividad física	106
II.6.1	Sedentarismo y actividad física en tiempo libre	106
II.6.2	Actividad física en el trabajo	109
III.	Recursos Asistenciales	111
III.1	Recursos humanos	111
III.1.1	Médicos	111
III.1.2	Enfermeras	118
III.1.3	Farmacéuticos	123
III.2	Recursos físicos	126
III.2.1	Centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud	126
III.2.2	Hospitales	128
III.2.3	Oficinas de Farmacia	131
III.2.4	Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud	133
III.2.5	Tecnologías médicas en el Sistema Nacional de Salud	136
III.2.6	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud	139
III.2.7	Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud	140
III.2.8	Red de equipos de trasplante de órganos sólidos	143
III.2.9	Centros y servicios de transfusión sanguínea	144
IV.	Promoción, prevención y atención a los problemas de salud	147
IV.1	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	147
IV.1.1	Promoción	147
IV.1.2	Vacunación	147
IV.1.3	Detección precoz del cáncer	157
IV.1.4	Red española de escuelas de salud para la ciudadanía	161
IV.2	Atención a los problemas de salud	162
IV.2.1	Atención Primaria	162
IV.2.2	Atención Especializada	170
IV.3	Atención a la urgencia	181
IV.3.1	Actividad urgente en centro de salud y domicilio	181
IV.3.2	Servicios de urgencias y emergencias 112/061	183

IV.3.3	Servicios de urgencias hospitalarios	184
IV.4	Actividad en los centros, servicios y unidades de referencia	185
IV.5	Donación y trasplante de órganos	189
IV.5.1	Trasplante de órganos sólidos	189
IV.5.2	Trasplante de progenitores hematopoyéticos	191
IV.6	Medicina transfusional	194
IV.7	Calidad de los servicios sanitarios	196
IV.7.1	Atención Primaria	196
IV.7.2	Atención Especializada	199
IV.7.3	Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud	204
V.	Ordenación Profesional y Formación Continuada	207
V.1	Formación Sanitaria Especializada	207
V.1.1	El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud	207
V.1.2	Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16	207
V.1.3	Especialistas en formación	208
V.1.4	Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes	210
V.2	Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias	213
V.3	Estancias formativas de profesionales sanitarios extranjeros en centros del SNS	215
V.4	Formación continuada de los profesionales sanitarios	216
V.4.1	Actuaciones relacionadas con la Formación Continuada y con el Sistema Acreditador	216
V.4.2	Certificación del Curso de Protección Radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista	217
VI.	Prestación Farmacéutica	219
VI.1	Oferta de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS	219
VI.1.1	Medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS durante el año	220
VI.1.2	Total de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, situación a 31 de diciembre de 2015	229
VI.1.3	Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014	234
VI.2	Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia	235

VI.2.1	Oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS	236
VI.2.2	Gasto farmacéutico	237
VI.2.3	Recetas facturadas	240
VI.2.4	Gasto medio por receta	242
VI.2.5	Gasto por habitante	243
VI.2.6	Recetas por habitante	244
VI.2.7	Consumo por grupos de facturación	245
VI.2.8	Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)	245
VI.2.9	Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)	248
VI.2.10	Consumo de medicamentos genéricos	250
VI.2.11	Consumo de productos sanitarios	253
VI.2.12	Ventas de laboratorios farmacéuticos ofertantes	254
VI.2.13	Ventas de ofertantes de productos sanitarios	255
VI.3	Prestación farmacéutica hospitalaria	255
VI.3.1	Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)	256
VI.3.2	Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)	257
VI.4	Consumo medicamentos huérfanos	258
VII.	Gasto Sanitario	261
VII.1	Gasto sanitario total según función	262
VII.2	Gasto sanitario total según proveedor	264
VII.3	Gasto sanitario total según agente de financiación	265
VII.4	Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas	266
VIII.	e-Salud	269
VIII.1	La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud	269
VIII.2	La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud	271
VIII.3	La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud	274
IX.	Percepción y opinión de los ciudadanos	279
IX.1	Valoración del funcionamiento del sistema sanitario	279
IX.2	Elección de servicio público o privado	281
IX.3	Equidad en la prestación de los servicios	282

IX.4	Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios	282
IX.5	Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud	284
	Índice de Tablas	285
	Índice de Gráficos	295
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	303
	Fuentes	311
	Equipo de Trabajo	327
	Anexo: Comunidades Autónomas e INGESA: Ceuta y Melilla	329

Introducción

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 es la entrega número doce de la serie¹ iniciada en el año 2003. Desde el informe de 2015 y por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el documento se denomina según el año de su edición. Junto a la información general del Sistema Nacional de Salud se adjunta una información que alterna cada año según dos formatos: en un año se realiza una revisión de cómo está España en relación con los países de la Unión Europea; y al año siguiente, como es el caso de la edición 2016, el análisis del Sistema Nacional de Salud se complementa con un anexo redactado por cada una de las comunidades e INGESA sobre acciones propias específicas y destacables, llevadas a cabo en su ámbito de responsabilidad.

El índice de la parte general para la edición 2016 recoge en nueve apartados datos sobre:

1. Demografía y Situación de salud
2. Hábitos de vida
3. Recursos asistenciales
4. Promoción, prevención y atención a los problemas de salud
5. Ordenación profesional y formación continuada
6. Prestación farmacéutica
7. Gasto sanitario
8. e-Salud
9. Percepción y opinión de los ciudadanos

En su elaboración, al igual que en las ediciones anteriores, han participado las direcciones generales y subdirecciones generales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad responsables de las diferentes materias. Se han tenido en cuenta los calendarios de cierre de la información centralizada del SNS, por lo que las cifras incluidas corresponden a la información disponible y difundida hasta el mes de octubre de 2016. En la mayoría de los casos los datos recopilados hacen referencia a los años 2014 y 2015, aunque en el apartado de e-Salud la referencia temporal es Septiembre de 2016.

Los informes redactados por las comunidades autónomas e INGESA, se han centrado en describir cuales han sido las políticas, estrategias y acciones propias específicas y destacables llevadas a cabo en su territorio en el ámbito de la salud pública, la asistencia sanitaria, las infraestructuras, los recursos humanos y la gestión económico-financiera.

Con carácter general se solicitaba incluir la información y datos estadísticos disponibles y difundidos desde el año 2005 hasta el 31 de diciembre de 2015, estableciendo como fecha límite de remisión de los documentos el 30 de abril de 2016. Cuando en algún caso esta fecha de recepción fue sobrepasada siempre se ha mantenido el periodo de referencia de 31 de diciembre de 2015.

Por primera vez, a esta parte del informe se le ha añadido un tema monográfico “La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes y en los casos de insularidad: la accesibilidad a la atención sanitaria de la población residente” por lo que finalmente el índice ha quedado configurado:

1. Salud Pública
-

¹ Los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud están disponibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

2. Asistencia sanitaria
3. Infraestructuras sanitarias
4. Recursos humanos
5. Gestión económico-financiera
6. Tema monográfico: La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes y en los casos de insularidad: la accesibilidad a la atención sanitaria de la población residente.

El tema monográfico ha sido sugerido por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación con el propósito de conocer cómo se salvan los obstáculos que pueden dificultar la asistencia sanitaria con independencia del lugar de residencia de los ciudadanos y recoger como se hace efectiva la coordinación de recursos que garantiza a los residentes en un territorio, la prestación de servicios sanitarios en términos de excelencia.

Entendiendo la diversidad de situaciones posibles, a las comunidades autónomas e INGESA se les ha solicitado, siempre referido a la población residente, información referida a:

1. Convenios, acuerdos o protocolos en vigor y vigencia de los mismos.
2. Para cada convenio, acuerdo o protocolo relación de núcleos de población atendida indicando número de habitantes residentes y dependencia provincial.
3. Régimen económico: compensación y forma de pago acordado.
4. Comisiones de seguimiento, comisiones mixtas: constitución, organización y funciones.
5. El acceso a las historias clínicas.
6. La Tarjeta Sanitaria Individual en esas condiciones de atención: ¿los usuarios de las zonas limítrofes disponen de tarjeta sanitaria del servicio de salud prestador de la atención?
7. Para cada convenio, acuerdo o protocolo los contenidos de la cartera de servicios:
 - a. Atención Primaria: Medicina de familia, pediatría, enfermería, atención domiciliaria, atención urgente, pruebas diagnósticas. Especificar otros.
 - b. Atención Especializada: Consultas externas, atención hospitalaria, pruebas diagnósticas, farmacia hospitalaria. Urgencias. Especificar otros.
 - c. Transporte sanitario
 - d. Atención de emergencias
 - e. Laboratorio de salud pública
 - f. Especificar otros

Agradecemos la colaboración prestada por los integrantes de los equipos de trabajo tanto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como de las comunidades autónomas e INGESA por la información, estadísticas y datos aportados, imprescindibles para la elaboración del Informe Anual del SNS 2016.

Resumen

Demografía y Situación de Salud

Cifras de población e indicadores demográficos básicos

- A 1 de enero de 2016 residen en España 46,4 millones de habitantes, con una tasa bruta de natalidad de 9,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de 31,9 años. La tasa de dependencia es de 53,0% con un aumento de 4,1 puntos desde el año 2000.
- La esperanza de vida al nacer alcanza los 83,2 años con 80,3 años en los hombres y 86,1 años en las mujeres. Desde el año 2001 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3,5 años. A los 65 años la esperanza de vida es de 21,5 años, con 19,3 años en los hombres y 23,4 años en las mujeres que esperan vivir 4,1 años más que los hombres.
- Los años de vida saludable al nacer son de 66,9 años: en hombres 67,6 y 66,2 en mujeres. Entre el 2006 y el 2014 han aumentado, en conjunto, 4 años, algo más en los hombres (4,7 años) que en las mujeres (3,3 años).
- A los 65 años se espera tener 12,4 años de vida saludable, 12,7 los hombres y 12,1 las mujeres. Entre 2006 y 2014, para el conjunto de la población ha aumentado 1 año.

Mortalidad

- La tasa bruta de mortalidad es de 852,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Desde 2001, el riesgo de muerte en España se ha reducido un 25,3%. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (que supone un 29,7% del total de las defunciones) y los tumores (26,8%), son las principales causas de muerte.
- Entre las enfermedades cardiovasculares, la causa de muerte predominante es la enfermedad isquémica del corazón, que causa el 8% del total de defunciones en España, si bien el riesgo de muerte por esta causa ha disminuido un 45,3% desde principios del siglo XXI. Dentro del mismo grupo, las enfermedades cerebrovasculares causan el 7% del total de los fallecimientos. El riesgo de muerte por esa causa ha disminuido un 50,5% desde el inicio del presente siglo.
- El cáncer de pulmón causa el 20% de las muertes por tumores malignos en España. En hombres es la neoplasia que más muertes causa: alrededor de un 26% de las defunciones. Este porcentaje es del 10% entre las mujeres. La evolución de riesgo de muerte por cáncer de pulmón ha sido diferente en hombres y mujeres: mientras que en aquellos la tasa de mortalidad ajustada por edad descendió 20,1% durante el período 2001/2014, en las mujeres aumentó 70,9%. El tumor maligno de mama sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer, suponiendo más del 3% del total de las muertes en mujeres y el 15% de las muertes por tumores malignos. Desde inicios del presente siglo, el riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer se ha reducido un 24,6%.
- La cirrosis hepática supone el 1,1% del total de defunciones, el 1,6% en hombres y el 0,6% en mujeres. En el conjunto de España desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido un 34,2%.

- Respecto a las muertes por causas externas, en los últimos años se ha reducido el número y la importancia relativa de los accidentes de tráfico, que suponen en la actualidad un 13% del total de las defunciones debidas a causas externas y cuyo riesgo de muerte ha disminuido en un 72,6% desde 2001. De este modo, el suicidio ha tomado la primera posición relativa dentro de este grupo: supone el 26% de las defunciones por causas externas y el 1% de total de las defunciones registradas.
- La tasa de mortalidad infantil es de 2,9 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de casi un 30%, en el periodo entre 2001 y 2014.
- Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud materno-infantil, se sitúa en 4,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2001 y 2014, la mortalidad perinatal ha descendido en España un 18%.
- La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno-infantil. En España, en 2014 han ocurrido 9 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el número más bajo desde 1999, cuando se habían producido 15 muertes maternas.

Valoración del estado de salud

- Un 71% de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,4% y el 67,0% respectivamente.
- La percepción de un estado de salud positivo disminuye con la edad: en el grupo de 65 y más años, el 50,5% de los hombres y el 34,3% de las mujeres perciben su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que en la población de 85 y más años lo valoran así el 36,8% de los hombres y el 26,8% de las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos.

Problemas de salud crónicos

- Los problemas de salud crónicos en la población adulta más frecuentes están constituidos por la hipertensión arterial (18,4%) el dolor de espalda lumbar (17,3%), la hipercolesterolemia (16,5%), la artrosis (16,3%), y el dolor cervical crónico (14,7%).
- Algunos de los problemas muestran una tendencia ascendente en el tiempo: en los últimos veinte años la hipertensión ha pasado de afectar del 11,2% de la población adulta al 18,4%, la diabetes del 4,1% al 6,8% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,6%.

Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

- El 20,7% de la población de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,7%, (el 38,8% de los hombres y el 61,8% de las mujeres).
- Por tipo de limitación, asearse con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años, tanto en hombre (11,7%) como en mujeres (21,6%) declara como más frecuente. Con

un 5,4%, alimentarse, es la limitación que declara menos la población de 65 años y más años, tanto en hombres (4,6%) como en mujeres (6,0%).

Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

- El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres.
- Por tipo de limitación, las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las mayores limitaciones tanto en hombres como en mujeres. Usar el teléfono y tomar la medicación son las limitaciones menos frecuentes en la población de 65 y más años (13,5%).

Vigilancia epidemiológica

- Rubéola, sarampión y parotiditis, incluidas en el calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presenta ondas epidémicas, la última de las cuales tuvo lugar entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis ha aumentado ligeramente, con una tasa de 8,11 casos declarados por 100.000 habitantes. En el mismo año se han declarado en España 0,08 casos de sarampión y 0,01 casos de rubéola por cada 100.000 habitantes. La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia, la hospitalización y la mortalidad por esta enfermedad. El número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes fue de 17,99.
- En España, en el año 2015, se notificaron 4.578 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes, cifra un 8,3% inferior a la del año 2014. La incidencia de la tuberculosis sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias, que han pasado de una tasa por 100.000 habitantes de 14,2 en 2007 a 7,6 en 2015.
- El número de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene estable durante los últimos años, mientras que los casos de sida muestran una tendencia decreciente.
- En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 10,4 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado.
- Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes en 2015. En este año las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis
- La hepatitis A ha descendido importantemente en los últimos años pasando de 5,9 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 a 1,3 en el año 2015; también descienden, aunque no tan llamativamente, los casos de hepatitis B y otras hepatitis víricas que presentan una incidencia de 1,7 y 1,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.
- En cuanto a la hepatitis C, se estima que la prevalencia de anticuerpos en adultos es de 1,7%. Ante el problema de salud que supone para nuestro país la hepatitis C, el Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha acordado por unanimidad la elaboración un Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud con desarrollo en el trienio 2015-2017

Bajo peso al nacer

- Se mantiene la tendencia apreciada del incremento del número de recién nacidos con bajo peso, si bien se ha estabilizado en los últimos años. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2014 a ser de 8,2%.

Interrupción voluntaria del embarazo

- El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en 2014 se sitúa en 94.796 lo que supone una incidencia del 10,5 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cuatro años con 2,0 puntos menos que en 2011. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,9 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 3,8 puntos menos que en 2011.
- El número de interrupciones voluntarias del embarazo y la incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) muestra signos claros de descenso, si revisamos el número de abortos inducidos en relación al número de nacimientos, esa tendencia se confirma, situándose en 221,7 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio

- En los últimos veinticinco años el número de víctimas por accidentes de tráfico viene mostrando un claro descenso tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.582 en 1991 a 1.393 en 2015. La tasa por 100.000 habitantes ha pasado de 399 en el año 1991 a 293 por 100.000 habitantes, aunque con un repunte desde 2012.
- La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2015, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 39,3 en la construcción y 30,4 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2006 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España 15,1 puntos.
- Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, además de por su magnitud, son el tipo de accidente más habitual, su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; son más frecuente en la vejez y en el sexo femenino. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres.

Hábitos de vida

Consumo de tabaco

- El 23% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 2,4% es fumador ocasional y el 25,7% se declara exfumador. El porcentaje de fumadores diarios es del 27,6% en hombres y del 18,6% en mujeres. Según la clase social ocupacional los hombres muestran un claro gradiente ascendente desde la clase alta hasta la clase menos favorecida. En las mujeres el hábito de consumo de tabaco no se observa un patrón claro.

Consumo de alcohol

- El 67,3% de la población de 15 y más años ha consumido alcohol alguna vez en el último año con diferencias según sexo, en hombres el 77,5% y en mujeres el 57,7%.
- El 1,6% de la población de 15 y más años declara beber habitualmente por encima del umbral de riesgo mostrando una disminución respecto a lo declarado diez años antes. La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuada en hombres.
- El 9,1% declara haber hecho un consumo intensivo episódico de alcohol en el último mes; los hombres con mayor frecuencia, más del doble (13,5%) que en mujeres (5%).

Consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria

- La tendencia en el consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria es descendente. En los últimos doce meses, el alcohol (76,8%) y el tabaco (31,4%) seguido del cannabis (25,4%) son las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años; le siguen por este orden: hipnosedantes, con o sin receta en los últimos doce meses (10,8%), cocaína (2,8%), alucinógenos (1,2%), éxtasis (0,9%), anfetaminas (0,9%), inhalables volátiles (0,7%) y heroína (0,7%).
- El consumo de drogas psicoactivas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) está más extendido entre las mujeres que entre los hombres; por el contrario, el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Obesidad y sobrepeso

- La obesidad afecta al 16,9% de la población de 15 y más años (17,1% hombres y 16,7% mujeres). Por primera vez desde 1987 no se observa un incremento de la prevalencia declarada de obesidad en España. La frecuencia de obesidad aumenta según desciende el nivel de estudios: el 26,4% de personas con educación primaria o inferior frente al 8,7% con estudios universitarios. Un 52,7% de la población de 18 y más años padece obesidad o sobrepeso.
- La prevalencia de sobrepeso en la población escolar de 6 a 9 años es del 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas). La prevalencia de obesidad es del 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas). En cuanto a la tendencia temporal, la prevalencia de sobrepeso ha disminuido y la de obesidad se ha estabilizado.

- De entre los posibles factores asociados a la obesidad, siguen relacionándose de forma significativa los dependientes de los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, como son no desayunar a diario, disponer de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, ver la televisión durante más de 2 horas diarias, dormir menos horas, así como el bajo nivel de ingresos económicos de la familia y el bajo nivel educativo de padres y madres.

Consumo de frutas y verduras

- El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario fruta fresca (excluidos los zumos) es del 62,7%. Por sexo, el consumo diario de fruta se sitúa en el 58,2% en hombres y el 67,1% en mujeres. Esta diferencia a favor de las mujeres, está presente en todas las clases sociales. La diferencia de consumo diario de fruta fresca entre las mujeres de la clase social más alta y las mujeres de la clase más desfavorecida es de 8 puntos, y entre los hombres de la clase social más alta y la clase más desfavorecida es de 8,4 puntos.
- El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario verduras, ensaladas y hortalizas es del 44,6%. Por sexo, el consumo diario se sitúa en 39,1% en hombres y en 50,0% en mujeres. Esta diferencia, a favor de las mujeres, está presente en todas las clases sociales. La diferencia de consumo entre las mujeres de la clase social más alta y las mujeres de la clase más desfavorecida es de 5,9 puntos y entre los hombres de la clase social más alta y la clase más desfavorecida es de 7,5 puntos.

Actividad física

- El 36,7% de las personas de 15 y más años se declaran sedentarias en su tiempo libre, estando más extendido entre las mujeres (42,0%) que entre los hombres (31,1%). El porcentaje de personas que se declaran sedentarias en su tiempo libre tiene una evolución descendente tanto en hombres como en mujeres.
- En la población de 5 a 14 años el 12,1% no realiza actividad física alguna en su tiempo libre, siendo doble en el porcentaje de sedentarismo en las niñas que en los niños.
- En cuanto a la actividad física en el trabajo, los hombres (7,4%) realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico con mayor frecuencia que las mujeres (1,9%) y también tareas que requieren caminar llevando peso o efectuar desplazamientos, 21,6% frente a 15,0% en mujeres. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar desplazamientos o esfuerzos (46,4%).

Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos

Profesionales médicos y de enfermería

- La tasa de médicos por cada 1.000 habitantes que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado, es de 3,8. Más de la mitad de los médicos en ejercicio son mujeres (51,5%). El grupo más feminizado es el de menores de 35 años y el de 65 y más años el que menos. El grupo de mayores de 44 años supone el 54,7% del total de médicos en ejercicio.

- La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/ médico de 1,5. La atención primaria cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 78.285 médicos y 136.699 enfermeras. En los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 trabajaban 3.538 médicos y 3.093 enfermeras
- La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada.
- La enfermería se sitúa, por cada 1.000 habitantes, en 0,6 profesionales en atención primaria y en 2,9 en atención especializada.
- La capacitación de los médicos y de las enfermeras del servicio público es uno de los aspectos más valorados por la ciudadanía.

Médicos y enfermeras graduados

- Se han graduado más de 5.500 médicos en el año 2014. La tasa de médicos graduados por cada 1.000 habitantes, es de 0,1. Si lo relacionamos con los médicos en ejercicio, se cuenta con 33,2 nuevos médicos por cada 1.000 médicos en activo.
- En el año 2014 se han graduado 11.700 enfermeras, lo que supone contar con 0,3 por cada 1.000 habitantes y 48,9 por cada 1.000 enfermeras en activo.

Farmacéuticos

- La tasa de farmacéuticos que están trabajando, tanto en el sector privado como en el sector público, es de 1,2 por cada 1.000 habitantes. La localización preferente de este tipo de profesionales son las oficinas de farmacia donde trabajan más de 48.000. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 1.753 farmacéuticos lo que supone contar con 0,04 por cada 1.000 habitantes. En atención primaria se cuenta igualmente con farmacéuticos con un papel de apoyo y asesoría en el uso racional de los medicamentos.

Centros de salud y hospitales

- El SNS dispone de 3.039 centros de salud y 10.055 consultorios de atención primaria. La proporción media de 3,3 consultorios locales por cada centro de salud muestra un amplio rango (de 14,8 a 0,0), reflejo de las variaciones de la dispersión geográfica en España. Si bien la variabilidad geográfica es grande, por cada 100.000 habitantes asignados existe una media de 28,2 centros de atención primaria.
- Igualmente se dispone de una red de 451 hospitales, de los cuales 324 son de dependencia pública. Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,4% de las camas hospitalarias en funcionamiento, cuya tasa total en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes, la correspondiente al SNS es de 2,4.
- En la red de hospitales públicos se dispone, asimismo, de 16.820 plazas de hospital de día (36,2 plazas por cada 100.000 habitantes), recurso que va progresivamente en aumento en consonancia con el aumento de la atención ambulatoria a procesos sin necesidad de ingreso.

Tecnologías médicas

- La dotación en el Sistema Nacional de Salud para la realización de Tomografía Axial Computerizada (TAC) es de 538 equipos (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) y una tasa de 11,6 por cada millón de población. En cuanto a la Resonancia Magnética (RM) en el SNS se cuenta con 308 aparatos (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,6 por millón de población. La dotación de mamógrafos en el SNS es de 418 equipos (65,8% del total registrados), con una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes. La red de hospitales del SNS dispone de 184 equipos de aparatos de radioterapia (bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) (79,0% del total existente), lo que supone una tasa de 4,0 aparatos por cada millón de habitantes.
- La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias tiene como objetivo evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS. La Red Española de Agencias participa en las actividades de la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitaria. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ostenta la representación de España, como Estado miembro, en la Red Europea.

Oficinas de farmacia

- Una red de 21.919 oficinas de farmacia colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS mediante conciertos suscritos entre las Administraciones Sanitarias de las comunidades autónomas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La tasa es de 47 oficinas de farmacia por cada 1.000 habitantes.

Centros servicios y unidades de referencia

- El SNS cuenta con 227 Centros, servicios y unidades de referencia concentrados en 46 centros sanitarios para la atención de 52 patologías y/o la realización de procedimientos de especial complejidad.
- En la primera convocatoria para participar en las Redes Europeas de Referencia (ERN) la Comisión Europea ha admitido en el proceso de selección 42 Servicios o Unidades del SNS.

Red de equipos de trasplante

- 44 hospitales disponen de un programa de trasplante autorizado, en los que participan 186 equipos de coordinación integrados por 267 médicos y 173 profesionales de enfermería.

Centros de transfusión sanguínea

- La red de Centros de Transfusión Sanguínea, está constituida por 20 centros públicos que facilitan la terapia transfusional a través de 400 Servicios de Transfusión ubicados en la red hospitalaria pública y privada.

Promoción, prevención y atención a los problemas de salud

Promoción y prevención sanitaria

- En el 20% de las personas atendidas en un año en las consultas de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud consta la realización de actividades de promoción y prevención.
- La cobertura de las vacunas infantiles recomendadas en España es superior al 96,7% y el porcentaje de niños de 1 a 2 años que reciben las dosis de recuerdo es del 95,7%. La vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis alcanza el 96,2% de los niños de 1 a 2 años, superando el 90% los que reciben la dosis de recuerdo recomendada.
- El 56,1% de los adultos de 65 y más años reciben la vacunación contra la gripe, mostrando su cobertura una tendencia descendente en los últimos años.
- En cuanto a los cribados poblacionales, donde colaboran tanto el nivel de atención primaria como el de atención especializada, 8 de cada 10 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 79,4% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,7% en los últimos 3 años. Del mismo modo, al 12,4% de la población de 50-69 años le han realizado una prueba de sangre oculta en heces en los últimos dos años.

Atención a los problemas de salud

- En la atención primaria se atienden 373,3 millones de consultas médicas y de enfermería. La frecuentación a consultas médicas es de 5,3 visitas por persona /año y de 2,9 visitas por persona /año en enfermería. Por sexo, la frecuentación tanto a medicina como a enfermería, es superior en las mujeres que en los hombres, siendo más patente esta diferencia en medicina.
- La actividad domiciliaria, con 13,3 millones de visitas/año, supone el 1,7% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,5% en el caso de la enfermería, siendo sus principales destinatarios las personas mayores de 65 años.
- Cada persona atendida en los centros de salud de Atención Primaria presentan, a lo largo del año, una media de 5,7 problemas activos de salud. Por sexo, la media es de 5,1 problemas activos en el caso de los hombres y 6,3 en el caso de las mujeres.
- Entre los menores de 15 años, la primera causa de consulta por cada 1.000 personas atendidas son los problemas del aparato respiratorio (1.233,3) seguidos de problemas generales e inespecíficos (872,2), aparato digestivo (665,7), piel y faneras (619,4), y aparato auditivo (315,7). En cuanto a sus características, los problemas predominantes son los agudos e infecciosos. En cuanto a la diferencia por sexo, en niños es más frecuente que en niñas el asma, las bronquitis, laringitis agudas y conjuntivitis.
- En el grupo de 15 y más años la causa más frecuente de consulta por cada 1.000 personas atendidas son los problemas del aparato locomotor (715,9), especialmente en mujeres, seguido de los problemas generales e inespecíficos (624,3) y los problemas del aparato respiratorio (494,8). En el grupo de 15 y más años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastorno de los lípidos) y agudos (infección respiratoria aguda del tracto superior). En términos generales los problemas de salud son más frecuentes en mujeres, y entre los más frecuentes, hay mayor diferencia en la cistitis, ansiedad y artrosis.

- En los mayores de 64 años los principales motivos de consulta por cada 1.000 personas atendidas, en este orden de frecuencia, son los problemas del aparato circulatorio (1.156,0) y del aparato locomotor (1.094,0) seguido de problemas generales e inespecíficos (988,4) y los problemas del aparato endocrino, metabolismo y nutrición (801,2). En este grupo predominan las enfermedades crónicas: hipertensión arterial, trastornos de los lípidos, artrosis y diabetes mellitus.
- Los hospitales dependientes del SNS atienden más de 4 millones de ingresos y 78,7 millones de consultas médicas. La estancia media hospitalaria es de 7,8, con un índice de rotación de 36,8.
- Se practican 3,6 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizan con cirugía mayor ambulatoria. Se atienden igualmente más de 329 mil partos con un 21,6% de cesáreas mientras que en la totalidad del sector (público y privado) es del 25,0%.
- Los procedimientos ambulatorios para atender determinadas patologías van sustituyendo progresivamente a los realizados mediante internamiento hospitalario del paciente. El 98,1% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria al igual que el 53,1% de los casos de reparación de hernia inguinal o el 31,4% de amigdalectomías. Del mismo modo han ido aumentando la práctica de las intervenciones mediante procedimientos quirúrgicos menos invasivos, el 79,6% de las colecistectomías y el 37,0% de las apendicectomías se realizan mediante laparoscopia.
- La principal causa de hospitalización en España son las enfermedades circulatorias (13,1%) seguida de las enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y del aparato respiratorio (11,4%). En los hombres la causa más frecuente de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio, con el 15,6% del total de causas, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo (14,5%), respiratorio (13,8%) y los tumores (10,9%). Las causas más frecuentes de hospitalización en las mujeres son la atención al parto, puerperio y complicaciones de la gestación (20,2% del total de ingresos). Le siguen, por orden de frecuencia, las enfermedades del aparato circulatorio (10,9%), digestivo (10,4%), respiratorio (9,2%) y los tumores (8,8%). Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales son más frecuentes en hombres (2,2%) que en mujeres (1,9%).

Urgencias

- La actividad urgente supone un total de 56,7 millones de consultas al año en el SNS. Para dar respuesta a las demandas de atención urgente de la población el SNS cuenta con tres ámbitos organizativos: el nivel de atención primaria, los servicios de urgencia de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante las demandas realizadas principalmente a través de los teléfonos 112/061.
- La atención urgente prestada por el nivel de atención primaria se realiza, por una parte, en los 3.039 centros de salud y 10.055 consultorios locales por los profesionales de los equipos de atención primaria durante el horario habitual de funcionamiento de los mismos compatibilizándola con el trabajo ordinario. Y por otra parte, como actividad fuera de la habitual, en los 1.977 centros con atención de urgencias extra-hospitalarios existentes.
- En el ámbito de la atención primaria (en un centro o en domicilio) se atiende un volumen de 28,1 millones de urgencias con una frecuentación media de 0,6 por persona/año.
- Las demandas sanitarias anuales a los servicios 112/061 se cuantifican en 7,1 millones de llamadas, esto equivale a 156 solicitudes por cada 1.000 habitantes.
- En los servicios de urgencia de los hospitales del SNS se atienden, a su vez, 21,5 millones de urgencias anualmente, de las cuales un 11,3% precisan un ingreso hospitalario.

Centros, servicios y unidades de referencia

- En el año 2015 se han trasladado 4.798 episodios asistenciales a los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. En el periodo 2009-2015, el número total de episodios asistenciales supera los 14.000 con un coste total de compensación por el Fondo de Cohesión de 182,4 millones de euros.

Donación y trasplante de órganos

- La tasa de donantes de órganos por cada millón de habitantes se sitúa en 39,7, lo que supone en valores absolutos 1.851 donantes. Su edad media es de 60,0 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. Por sexo, de cada 10 donantes, 6 son hombres y 4 son mujeres. Se ha modificado el perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte: los accidentes cerebrovasculares han pasado de un 39,0% en 1992 a un 65,1%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 4,2% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.
- El trasplante renal es el realizado con mayor frecuencia (2.905) seguido del hepático (1.162). Cada año se realizan alrededor de 3.000 trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos (3.068 en 2015). El Registro Español de Donantes de Médula Ósea consta de 200.678 donantes.

Red transfusional

- A su vez, en la Red Transfusional se registran 1,7 millones de donaciones de sangre voluntarias y altruistas, lo que supone un índice de donación de 36,9 por 1.000 habitantes. En las últimas tres décadas el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,9 puntos.

Calidad de los Servicios Sanitarios

- Un notable (7,3) es la valoración media que otorgan los ciudadanos a las consultas médicas de la atención primaria pública, con independencia de que sea por experiencia propia o por la idea que tienen de las mismas.
- Los ciudadanos le dan la puntuación más alta a la confianza y seguridad que transmite el médico (7,7). Lo menos valorado (5,7) es el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas.
- De cada 10 usuarios, algo menos de cuatro obtienen cita con el médico de familia en el mismo día en que la solicitan; de los que no obtienen la cita para el mismo día, de media, esperan 3,6 días para recibir la asistencia solicitada. Un 48,5% obtiene su cita con el médico por Internet, valorando este servicio con 8,4 puntos sobre 10.
- Un 9,0% de las altas hospitalarias se producen por causas que, potencialmente, no deberían haber motivado ingreso en un hospital con un correcto control ambulatorio.
- Respecto a las consultas de especialistas de la sanidad pública, los ciudadanos las valoran de manera general con una nota media de 6,7. El trato recibido del personal sanitario es el aspecto más valorado (7,3) y suspende con 4,9 el tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas.

- En cuanto al ingreso y la asistencia en los hospitales públicos, los ciudadanos otorgan una valoración media de 6,6. Por su experiencia personal o por la idea que tienen consideran el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales el aspecto mejor valorado (7,7) y el tiempo que se tarda para un ingreso no urgente, el peor valorado con un suspenso (4,7).
- El tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada es 58 días, 7 días menos que el año anterior, y el de los pacientes en lista de espera quirúrgica se sitúa en 89 días, lo que supone 2 días más que el año anterior. Para el 10,6% de los pacientes la espera es superior a 6 meses. La proporción de ciudadanos que creen que en el último año el problema de las lista de espera ha empeorado o sigue igual es del 75,5%.
- La fractura de cadera en pacientes ingresados y la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio e ictus son indicadores de calidad asistencial. Entre los pacientes hospitalizados la incidencia de fractura de cadera durante su ingreso se sitúa en 0,05 fracturas por cada 100 altas, con tendencia descendente. La mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio se sitúa en 7,1 defunciones por cada 100 diagnósticos de infarto agudo de miocardio, con tendencia descendente. Las cifras de mortalidad posterior a ictus hemorrágico son del 26,5% y del ictus isquémico del 10,3%, también en ambos casos con tendencia descendente.
- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició en 2012, un proceso sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de las buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. En 2016 el catálogo de buenas prácticas del SNS está constituido por 225 buenas prácticas identificadas y publicadas en el marco de 10 estrategias del SNS: promoción y prevención, atención al parto y salud reproductiva, actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, enfermedades raras, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, cuidados paliativos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Ordenación Profesional y Formación Continuada

- Durante 2015 se ha renovado el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), que eligió su Comisión Permanente formada por 11 vocales. El CNECS es el órgano asesor y científico en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16 alcanza un total de 7.501 plazas, un 0,1% más que en la convocatoria previa.
- En el año 2015, el SNS cuenta con 28.749 especialistas en formación de 57 especialidades en alguna de las 3.256 unidades docentes acreditadas en el Sistema Nacional de Salud. El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 61,7.
- De los 24.988 médicos formándose para adquirir una especialidad, 6.255 (25%) son residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la especialidad con más médicos en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.639) y de Medicina Interna (1.539).
- A lo largo de 2015 se han realizado 21 auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud con el apoyo de equipos de auditorías vinculados con las comunidades autónomas.
- En 2015 se han reconocido 742 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de países de la Unión Europea, lo que supone un 27,1% más que el año anterior.

- Se han emitido 172 credenciales (incremento del 44.5%) de reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios.
- Durante 2015 se han autorizado 940 estancias formativas para profesionales sanitarios extranjeros, el 94,0% corresponden a titulados en medicina. Los profesionales proceden de 39 países.
- Durante 2015 se ha acreditado el 94,7% de las 48.653 actividades presentadas para su valoración como formación continuada por el Sistema de Acreditación. Más de 4 de cada 10 de las actividades acreditadas corresponden a graduados.

Prestación Farmacéutica

Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS

- A 31 de diciembre de 2015 el número de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública, independientemente de su comercialización, es de 19.177; de estas, 16.268 son en envase normal y 13.837 son facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. A 31 de diciembre de 2015, el total de productos sanitarios financiados por el SNS es de 4.784.
- A lo largo del año 2015 se incluyeron 1.456 nuevas presentaciones, independientemente de su comercialización, incorporándose 51 nuevos principios activos correspondientes a 102 presentaciones de medicamentos. Del total de presentaciones incluidas, un 72,9% fueron medicamentos genéricos.
- En el año 2015 se han incorporado las primeras presentaciones de los medicamentos biosimilares del anticuerpo monoclonal del Infliximab y la primera insulina biosimilar glargina.
- Más del 28% de las presentaciones incluidas en la financiación pública (5.420) corresponden a medicamentos que actúan sobre el Sistema nervioso, correspondientes al grupo terapéutico N.

Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS

- Cerca de 22.000 oficinas de farmacia colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS, facturando una media mensual de 77 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE MUGEJU e ISFAS), con unas ventas medias mensuales por oficina de farmacia de 46.000 euros. La media de habitantes por farmacia en España es de 2.119.
- El gasto farmacéutico por receta en 2015 se sitúa en 9.962 millones de euros. La factura crece respecto a 2014, pero se mantiene por debajo del gasto del año 2012. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%. Desde la puesta en marcha de las medidas del Real Decreto-ley 16/2012 hasta esa fecha, ha habido un ahorro en el gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS de 5.657,8 millones de euros.
- El gasto medio por receta en 2015 es de 10,8 euros, igual que el año 2014, lo que supone casi 2 euros menos que en el año 2010 cuando era de 12,7 euros.

- El gasto por habitante y año, a través de la facturación de recetas médicas del SNS, se sitúa en 2015 en 214,5 euros, un 2,5% más que en 2014; ha caído entre 2010 y 2015 un 20,6%.
- El consumo de recetas por habitante se sitúa en 19,8, un 2,1% más que en 2014. Entre 2010 y 2015 el consumo de recetas por habitante y año ha caído un 6,6% debido al descenso del número de recetas facturadas.
- Los medicamentos antiulcerosos (Inhibidores de la bomba de protones) son el subgrupo de mayor consumo en número de envases a través de recetas médicas del SNS. El omeprazol, fármaco de elección de este grupo de los antiulcerosos, es el principio activo de mayor utilización (54 millones de envases representan el 5,9% sobre el total de medicamentos), aunque ha disminuido un 2,5% su consumo respecto a 2014; su dosis por habitante y día es de 97,4 y su coste tratamiento día de 0,1 euros.
- De los medicamentos con mayor consumo en importe facturado a través de recetas médicas en oficinas de farmacia, el subgrupo de los hipolipemiantes (inhibidores de la HMG CoA reductasa) ocupa la primera posición con 535,9 millones de euros y un 4,9% del total. En el segundo puesto se sitúa el subgrupo de Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos, para el tratamiento del asma y EPOC, con una facturación de 531,6 millones de euros, aunque ha tenido un descenso del 1% respecto al año 2014.
- El hipolipemiente Atorvastatina es el principio activo de mayor facturación en importe, 277,5 millones de euros, que representa el 2,4% del total facturado en medicamentos. Ha tenido en 2015 un incremento del 7,4% sobre 2014.
- El consumo de medicamentos genéricos alcanza en 2015 una cuota del 48,1% del total de los envases de medicamentos facturados y un 22,7% del importe. Entre 2010 y 2015 el consumo en número de envases ha aumentado un 80,0% y en importe facturado un 114%. Los principios activos que más envases facturan coinciden prácticamente con los del consumo total. El omeprazol es el principio activo de mayor consumo en envases de presentaciones genéricas (48,2 millones de envases seguido del Paracetamol (32,3 millones de envases) y la Simvastatina (25,9 millones).
- Los absorbentes para la incontinencia de orina, son los productos sanitarios de mayor consumo en envases (7,5 millones) y en importe (288,9 millones de euros). El grupo de *medias de compresión fuerte* presenta elevados incrementos respecto al año 2014 tanto en el consumo en envases (12,4%) como en el importe (11,3%).

Prestación farmacéutica hospitalaria

- En la red pública hospitalaria, los 15 subgrupos farmacológicos de mayor consumo a PVL originaron más del 67% del gasto total de medicamentos en el año 2015. El subgrupo de *otros antivirales* donde se encuentran incluidos entre otros principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, ocupa la primera posición con el 18,3% sobre el total del consumo y con un incremento muy elevado en 2015.
- Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa ocupan la segunda posición con el 9,7% del gasto farmacéutico hospitalario.
- Los principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, que se incluyeron en la financiación pública en 2014 y 2015, ocupan las primeras posiciones en cuanto a consumo.

Medicamentos huérfanos

- En la prestación farmacéutica del SNS, a 31 de diciembre de 2015 están incluidos 59 principios activos autorizados en 107 presentaciones de medicamentos huérfanos, independientemente de su comercialización. De estos 48 principios activos (80 presentaciones) son de uso hospitalario y 11 principios activos (27 presentaciones) son de dispensación hospitalaria, de estos últimos únicamente 5 (10 presentaciones) pueden ser dispensados en oficinas de farmacias, el resto tienen establecidas para su financiación en el SNS reservas singulares y solo pueden ser dispensados en el ámbito hospitalario.
- El gasto de los medicamentos huérfanos a nivel hospitalario en 2015 ha supuesto un importe de 550,4 millones de euros, que representa sobre el total del gasto hospitalario un 7,4%. En 2015 ha habido un mayor gasto de estos medicamentos en relación a 2014 (17,5%).
- La Lenalidomida para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple y síndrome mielodisplásico es el principio activo de mayor gasto, en segundo lugar se sitúa el Bosentano para la hipertensión pulmonar y en el tercer puesto se sitúa el inmunosupresor Eculizumab con un incremento del gasto del 26,2%, debido a que es el único medicamento con estudios específicos aprobados para las indicaciones de hemoglobinuria paroxística nocturna y síndrome hemolítico-urémico atípico.

Gasto sanitario

- El gasto total del sistema sanitario español supuso en el año 2014 95.722 millones de euros (66.826 millones financiados por el sector público y 28.895 millones financiados por el sector privado), lo que representa el 9,2% del PIB (6,4% gasto sanitario público y 2,8% privado). El gasto per cápita es de 2.058 euros por habitante.
- El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación alcanza 55.393 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.
- Atendiendo al tipo de proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que asciende a 39.930 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.
- Las administraciones regionales, con una participación del 91,6%, son los agentes que soportaron una mayor carga en la financiación sanitaria pública. En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 80,7%.
- El gasto total del sector Comunidades Autónomas en 2014 ha experimentado un aumento del 0,7%.

e-Salud

- La Tarjeta Sanitaria Individual y su Base de Datos común, constituyen el sistema normalizador de identificación de los usuarios del SNS y permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona. Cada persona protegida por el SNS dispone de un código de identificación personal único y vitalicio válido en todo el Sistema.
- La Base de Datos de Población Protegida por el SNS (BDPP-SNS) es una de las herramientas estratégicas del SNS, tanto para la identificación de los usuarios como para el desarrollo de proyectos de interoperabilidad y trazabilidad electrónica de la información clínica, especialmente útil para las personas que reciben atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta de aquella en la que residen habitualmente.

- La Historia Clínica se encuentra en soporte electrónico de manera generalizada para su uso dentro de cada Servicio de Salud autonómico. El sistema de interoperabilidad de Historia Clínica Digital del SNS permite que ciudadanos y profesionales sanitarios autorizados puedan acceder a información clínica relevante generada en cualquier Servicio de Salud del SNS. Se encuentra disponible (septiembre 2016), en HCDSNS información clínica de 35.751.172 personas, lo que supone una cobertura del 77,69% de población con Tarjeta Sanitaria Individual.
- La implantación de la receta electrónica en las comunidades autónomas es prácticamente total en los centros de salud, 66% en consultorios locales de atención primaria y está alcanzando una extensión del 72,5% en atención especializada.
- El nivel de utilización de la receta electrónica respecto al total de recetas dispensadas en el Sistema Nacional de Salud es del 85,9%
- El proyecto de interoperabilidad de receta electrónica del SNS tiene como objetivo que la dispensación de medicamentos se lleve a cabo en cualquier lugar del Estado, independientemente de la comunidad autónoma origen de la prescripción.

Percepción y opinión de los ciudadanos

- El 63,7% de los ciudadanos valora favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, considerando que funciona bastante bien o bien, aunque serían precisos *algunos cambios*.
- El grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España se calificó con 6,4 puntos sobre 10. La Atención Primaria sigue siendo el nivel asistencial mejor valorado con 7,3 puntos sobre 10.
- El 77,1% de los pacientes opina que ha podido participar suficientemente en la toma de decisiones sobre su salud en la consulta con el médico de familia; un 70,4% en la del médico especialista y un 60,0% durante la estancia en el hospital.
- Son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de su sexo (87,0%), del nivel social que se tenga (70,4%), de la edad (69,6%) o de la nacionalidad que se posea (58,0%). Sin embargo, el 42,5% considera que sí existen diferencias al tener en cuenta la situación de residencia legal o no en España, y un 40,7% el vivir en zona urbana o rural.
- Un 25,0% de los ciudadanos opina que el sistema de aportación a la prestación farmacéutica implantado en 2012 es acertado. El resto o bien opina que debería contemplar más tramos para que las aportaciones sean más adecuadas al nivel de renta de los pacientes (30,4%) o consideran que debería volverse al sistema anterior donde los pensionistas no pagaban por los medicamentos y el resto si (36,3%). Un 8,3% NS/NC.

1 Demografía y situación de salud

1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos

1.1.1 Cifras de población

A 1 de enero de 2016 residen² en España 46,4 millones de personas. La población española ha decrecido en 11.142 personas respecto al mismo periodo del año anterior. En términos relativos, los habitantes se han reducido un 0,02%.

Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2016 por comunidad autónoma		
	Ambos sexos	% sobre el total
Andalucía	8.401.760	18,1
Aragón	1.317.921	2,9
Asturias	1.040.681	2,3
Baleares	1.134.657	2,4
Canarias	2.133.667	4,6
Cantabria	582.571	1,3
Castilla y León	2.454.870	5,3
Castilla-La Mancha	2.049.829	4,4
Cataluña	7.403.879	15,9
Comunidad Valenciana	4.932.906	10,6
Extremadura	1.085.189	2,4
Galicia	2.720.668	5,9
Madrid	6.433.221	13,7
Murcia	1.465.258	3,2
Navarra	637.002	1,4
País Vasco	2.162.626	4,7
La Rioja	312.622	0,7
Ceuta	84.632	0,2
Melilla	84.464	0,2
España	46.438.422	100,0

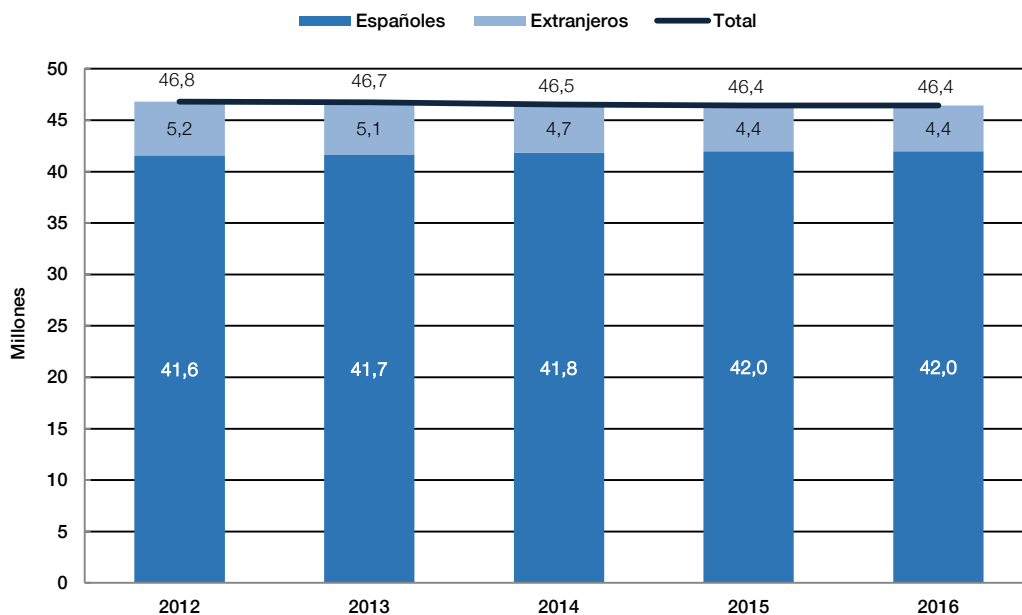
Observaciones: Datos provisionales a 30 de junio de 2016.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población.

La población se concentra en las comunidades costeras del sur-este y en el centro de la península: Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana aglutinan más del 58% de los habitantes.

² Instituto Nacional de Estadística, datos provisionales. Las cifras de población residente se estiman a partir de los censos con actualizaciones continuas resultado de sumar o restar los movimientos que se producen en la población: nacimientos, defunciones, movimientos migratorios y cambios de nacionalidad.

Aunque la población española decrece, el número de españoles aumenta en 24.313 y el de extranjeros disminuye en 35.457. En estos resultados influye el proceso de adquisición de la nacionalidad española que afectó a 114.207 residentes en 2015.

Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2016



Observaciones: Las cifras de población están referidas a 1 de enero de cada año. Los datos del año 2016 son provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

1.1.2 Natalidad, edad media materna

La tasa bruta de natalidad ha pasado de 9,2 por cada 1.000 habitantes en 2014 a 9,0 en el año 2015³. La tasa más alta la presenta Melilla (17,9) y las más baja, Asturias (6,2). La edad materna se mantiene entorno a los 32 años, pasando de 31,8 años en 2014 a 31,9 años en 2015.

³ Datos provisionales del Movimiento Natural de la Población de 2015, publicados el 23 de junio de 2016, durante 2015 nacieron en España 419.109 niños, es decir, 8.486 menos que el 2014, situando la tasa bruta de natalidad en 9,0 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

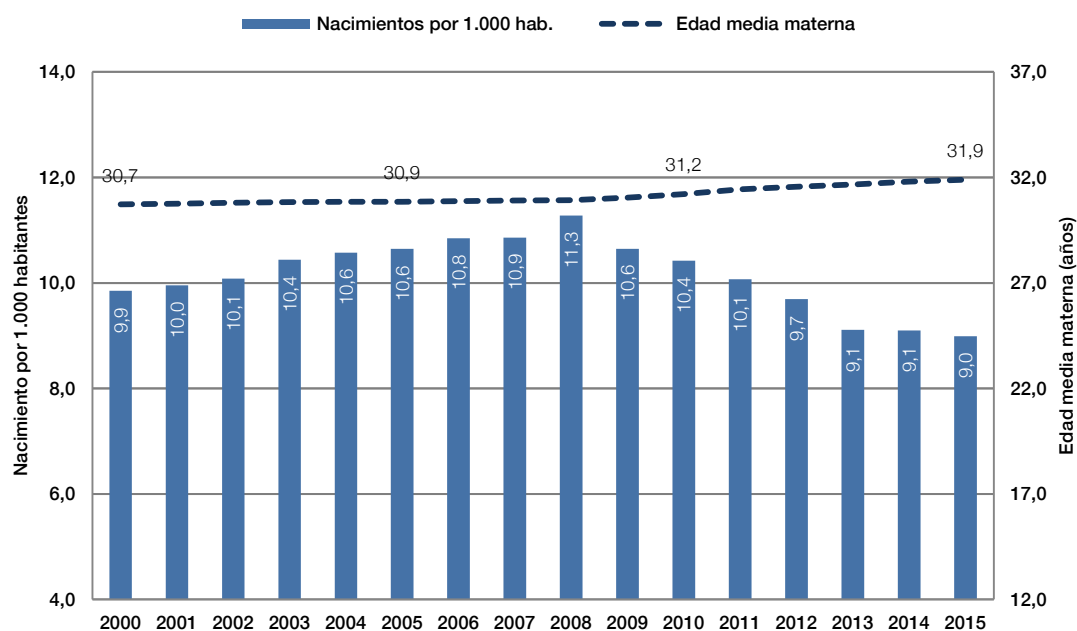
Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2015

	Tasa de natalidad por 1.000 hab.	Edad media materna (años)
Andalucía	9,6	31,4
Aragón	8,6	32,1
Asturias	6,2	32,2
Baleares	9,4	31,6
Canarias	7,6	31,1
Cantabria	7,5	32,4
Castilla y León	7,0	32,5
Castilla-La Mancha	8,8	31,8
Cataluña	9,5	31,9
Comunidad Valenciana	8,8	31,9
Extremadura	8,1	31,8
Galicia	7,1	32,6
Madrid	10,1	32,5
Murcia	10,9	31,2
Navarra	9,5	32,4
País Vasco	8,7	32,8
La Rioja	8,7	32,2
Ceuta	12,9	30,3
Melilla	17,9	29,6
España	9,0	31,9

Observaciones: Datos provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

Gráfico 1-2 Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2015



Observaciones: Los datos de 2015 son provisionales

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. Indicadores demográficos.

1.1.3 Dependencia

La tasa de dependencia⁴ tiene una gran trascendencia en las previsiones presupuestarias de los gastos en educación, sanidad, pensiones y otros gastos sociales. A medida que se incrementa, aumenta la carga que supone para la parte productiva de la población mantener a la parte económicamente dependiente. La tasa de dependencia se puede descomponer en tasa de dependencia de jóvenes (menores de 16 años) y tasa de dependencia de mayores (mayores de 64 años).

La tasa de dependencia en España es del 53,0% desagregada en 28,3% la tasa de dependencia de mayores y 24,7% la tasa de dependencia de jóvenes.

Según comunidades autónomas las mayores tasas de dependencia se observan en Castilla y León (58,7%), Galicia (58,0%) y País Vasco (57,3%) y las más bajas en Canarias (43,4%) y Baleares (46,2%).

Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2015

	2000	2004	2008	2015	Diferencia 2015 - 2000
Andalucía	50,5	48,7	47,4	50,9	0,4
Aragón	53,7	52,8	51,0	56,4	2,7
Asturias	49,5	48,9	48,5	55,7	6,2
Baleares	46,6	43,9	42,2	46,2	-0,4
Canarias	43,2	41,5	40,8	43,4	0,2
Cantabria	48,3	47,2	46,6	53,3	5,0
Castilla y León	55,1	54,6	53,7	58,7	3,6
Castilla-La Mancha	59,0	56,5	51,7	53,5	-5,5
Cataluña	47,3	46,7	46,7	54,6	7,3
Comunidad Valenciana	48,3	46,8	46,6	53,3	5,0
Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,7	-4,4
Galicia	51,2	51,0	51,3	58,0	6,8
Madrid	43,4	42,4	42,9	51,0	7,6
Murcia	50,0	48,7	49,1	51,3	1,3
Navarra	48,3	45,0	47,2	55,8	7,5
País Vasco	43,6	49,2	48,6	57,3	13,7
La Rioja	51,2	49,3	49,4	55,9	4,7
Ceuta	50,2	53,7	52,7	50,4	0,2
Melilla	54,1	48,5	46,9	54,1	0,0
España	48,9	47,8	47,2	53,0	4,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

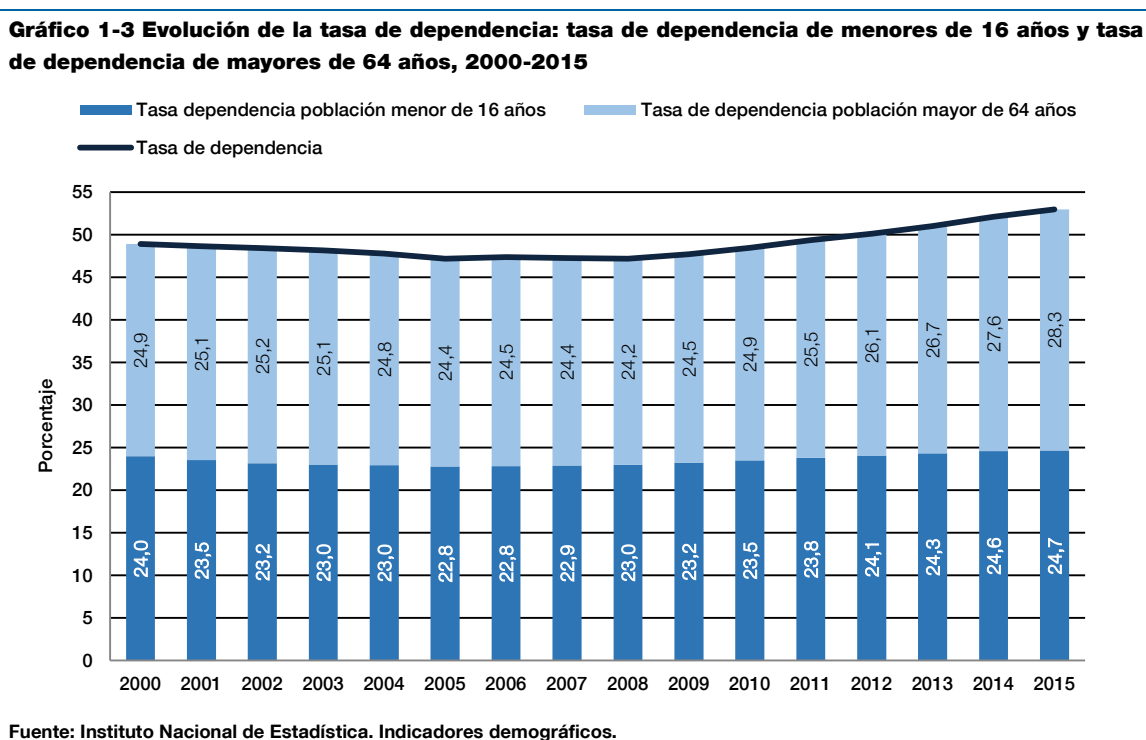
En el periodo 2000-2015, las mayores variaciones en la tasa de dependencia se han producido en el País Vasco, con un incremento en 2015 respecto a 2000 de 13,7 puntos, seguida de Madrid con 7,6 puntos, Navarra con 7,5 puntos, Cataluña con 7,3 puntos y Galicia, con un incremento de 6,8 puntos durante el periodo estudiado. Por el contrario encontramos las disminuciones más

⁴La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa en forma de porcentaje la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años) de la que aquella depende. Los últimos datos disponibles corresponden al año 2015.

pronunciadas en Castilla-La Mancha (5,3 puntos) y Extremadura (4,4 puntos). En España la diferencia es de 4,1 puntos positivos entre 2000 y 2015.

Las comunidades autónomas del noroeste peninsular presentan las tasas de dependencia de mayores más altas: Castilla y León con un 38,1%, seguido de Galicia con un 37,9% y Asturias, con un 37,4%. La tasa de España es de 28,3%.

Las comunidades autónomas que presentan unas mayores tasas de dependencia juvenil son Melilla 38,9%, Ceuta, con un 33,7% y Murcia, con un 28,3%. En España la tasa es de 24,7%.



1.2 Esperanzas de vida

1.2.1 Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer (EVn) en España es de 83,2 años, 80,3 años para los hombres y 86,1 años para las mujeres.

La EVn aumenta durante el periodo 2007-2014 en 3,5 años (4,1 en los hombres y 2,9 en las mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperan vivir 5,8 años más que los hombres.

Tabla 1-4 Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2014

	EVn	
	2001	2014
Ambos sexos	79,7	83,2
Hombres	76,2	80,3
Mujeres	83,2	86,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Esperanzas de vida en España.

Tabla 1-5 Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma. 2001 y 2014

	2001	2014	Diferencia 2014-2001
Andalucía	78,6	82,1	3,5
Aragón	80,4	83,2	2,8
Asturias	79,7	82,5	2,8
Baleares	79,3	83,0	3,7
Canarias	78,2	82,5	4,3
Cantabria	80,5	83,1	2,6
Castilla y León	80,3	84,1	3,8
Castilla-La Mancha	81,4	83,7	2,3
Cataluña	80,0	83,6	3,6
Comunidad Valenciana	79,0	82,9	3,9
Extremadura	79,4	82,7	3,3
Galicia	80,0	83,4	3,4
Madrid	80,8	85,0	4,2
Murcia	79,0	82,9	3,9
Navarra	81,3	83,9	2,6
País Vasco	80,4	83,9	3,5
La Rioja	80,8	84,1	3,3
Ceuta y Melilla	78,4	80,7	2,3
España	79,7	83,2	3,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Esperanzas de vida en España.

Por comunidades autónomas, Madrid, con 85,0 años y Castilla y León y La Rioja, con 84,1 años, son las comunidades con una mayor EVn. Por su parte Ceuta y Melilla con 80,7, Andalucía con 82,1 y Asturias con 82,5 son las comunidades donde la EVn es menor.

Entre 2001 y 2014, la EVn ha aumentado 3,5 años en el conjunto del Estado y crece en todas las comunidades autónomas. Canarias con un incremento de 4,3 años, seguida de Madrid con 4,2 años y la Comunidad Valenciana y Murcia con 3,9 años, son las comunidades donde más ha crecido. Por su parte, Ceuta y Melilla y Castilla-La Mancha, donde aumenta 2,3 años y Cantabria y Navarra con 2,6 años de aumento, son las comunidades con un menor incremento de la esperanza de vida.

1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años

La Esperanza de Vida en el año 2014 a los 65 años (EV₆₅) es de 21,5 años: 19,3 años en hombres y 23,4 en mujeres.

La EV₆₅ ha aumentado durante el periodo 2001-2014 en 2,4 años tanto en los hombres como en las mujeres. A los 65 años de edad, las mujeres españolas esperan vivir casi 4,1 años más que los hombres.

Tabla 1-6 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2014

	EV ₆₅	
	2001	2014
Ambos sexos	19,1	21,5
Hombres	16,9	19,3
Mujeres	21,0	23,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Esperanzas de vida en España.

Las comunidades autónomas con cifras más altas en la EV₆₅ son Madrid, con 22,9 años, Castilla y León, con 22,3 y La Rioja con 22,1 años. Por su parte, Ceuta y Melilla, con menos de 20 años, Andalucía con 20,4 y Extremadura con 21,0 son las comunidades con menor EV₆₅.

Entre 2001 y 2014 la EV₆₅ ha crecido en todas las comunidades autónomas, siendo Madrid y Castilla y León con un crecimiento de 3,1 años y Canarias, con 2,8 años las comunidades con mayor aumento. Castilla-La Mancha con 1,2 años, Ceuta y Melilla con 1,4 y Cantabria con 1,8 años de aumento, son las comunidades donde la EV₆₅ ha aumentado menos.

Tabla 1-7 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2014

	2001	2014	Diferencia 2014-2001
Andalucía	18,0	20,4	2,4
Aragón	19,6	21,5	1,9
Asturias	19,2	21,1	1,9
Baleares	18,6	21,1	2,5
Canarias	18,2	21,0	2,8
Cantabria	19,6	21,4	1,8
Castilla y León	19,2	22,3	3,1
Castilla-La Mancha	20,5	21,7	1,2
Cataluña	19,3	21,8	2,5
Comunidad Valenciana	18,4	21,1	2,7
Extremadura	18,7	21,0	2,3
Galicia	19,7	21,8	2,1
Madrid	19,8	22,9	3,1
Murcia	18,4	21,0	2,6
Navarra	20,1	22,0	1,9
País Vasco	19,6	22,0	2,4
La Rioja	20,2	22,1	1,9
Ceuta y Melilla	18,2	19,6	1,4
España	19,1	21,5	2,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Esperanzas de vida en España.

1.2.3 Años de vida saludables

Los años de vida saludable al nacer (AVSn) en España en 2014 son de 66,9 años, 67,6 en hombres y 66,2 en mujeres. Entre 2006 y 2014, los AVSn han aumentado 4 años en el conjunto de la población, algo más en los hombres (4,7 años) que en las mujeres (3,2 años).

En 2014, los AVSn variaron sustancialmente entre las distintas comunidades autónomas. Aragón, con 72,6 años, seguida de Cantabria, con 72,3 y Navarra, con 70,5, son las comunidades con mayor número de años de vida saludable. Por su parte, Canarias, con 58,2, seguida de Ceuta y Melilla, con 62,5 y Asturias, con 63,5 son las comunidades donde el número de años de vida saludable al nacer es menor.

Entre 2006 y 2014, los AVSn han crecido en todas las comunidades autónomas excepto en Canarias⁵, donde han disminuido 5,2 años. Además de Ceuta y Melilla, donde los años de vida saludable al nacer han aumentado en 9,8 años, los mayores incrementos se observan en La Rioja (8,7) y Navarra (7,8).

Tabla 1-8 Evolución de los años de vida saludable (AVSn) al nacer por sexo, 2006 y 2014

	AVSn	
	2006	2014
Ambos sexos	62,9	66,9
Hombres	62,9	67,6
Mujeres	63,0	66,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

Tabla 1-9 Evolución de los años de vida saludable (AVS₆₅) a los 65 años por sexo, 2006 y 2014

	AVS ₆₅	
	2006	2014
Ambos sexos	11,4	12,4
Hombres	11,5	12,7
Mujeres	11,3	12,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

Por su parte, a los 65 años (AVS₆₅), los españoles, en 2014, esperan todavía tener 12,4 años de vida saludable, 12,7 en hombres y 12,1 en mujeres. Entre 2006 y 2014, los AVS₆₅ han aumentado 1 año en el conjunto de la población, 1,2 años en los hombres y 0,8 años en las mujeres. Por comunidades autónomas, País Vasco, con 15,8 años, Castilla-La Mancha, con 15,6 y Cantabria con 13,3 son las comunidades con mayor número de AVS₆₅, mientras que Ceuta y Melilla, con 9,2 años, Canarias (9,3) y Andalucía (10,6) son las comunidades con menor número de años de vida saludable. En cuanto a la evolución desde 2006, los AVS₆₅ han descendido en Canarias (2,2 años) y en Andalucía, Madrid, Castilla y León y Extremadura, donde el descenso es menos de 1 año. La Rioja, con un incremento de 5,5 años, Castilla-La Mancha (4,4) y País Vasco (3,9) registraron los mayores aumentos en los AVS₆₅ desde 2006.

⁵ Respecto al descenso en Canarias, que fue de algo más de 5 años, con toda seguridad se debió al importante incremento sufrido por la prevalencia de limitación de actividad en esa comunidad en 2011-12 respecto a 2006-7, lo que probablemente fue debido a incidencias en el proceso de selección de los hogares de la muestra.

Tabla 1-10 Evolución de los años de vida saludables (AVSn) al nacer y a los 65 años (AV₆₅) por comunidad autónoma, 2006 y 2014

	AVSn		AV ₆₅	
	2014	Diferencia 2006-2014	2014	Diferencia 2006-2014
Andalucía	65,5	2,5	10,6	-0,8
Aragón	72,6	5,4	13,2	0,4
Asturias	63,5	4,9	11,2	1,2
Baleares	66,0	5,0	11,9	2,2
Canarias	58,2	-5,2	9,3	-2,2
Cantabria	72,3	4,5	13,3	0,8
Castilla y León	69,8	1,1	12,3	-0,7
Castilla-La Mancha	70,1	2,8	15,6	4,4
Cataluña	66,7	6,0	12,7	1,5
Comunidad Valenciana	66,7	7,3	13,2	2,2
Extremadura	67,8	4,0	11,3	-0,6
Galicia	64,8	5,7	11,6	1,5
Madrid	68,5	1,2	12,9	-0,7
Murcia	65,7	5,8	10,9	2,8
Navarra	70,5	7,8	13,1	2,2
País Vasco	68,7	5,3	15,8	3,9
La Rioja	67,5	8,7	12,6	5,5
Ceuta y Melilla	62,5	9,8	9,2	3,3
España	66,9	4,0	12,4	1,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

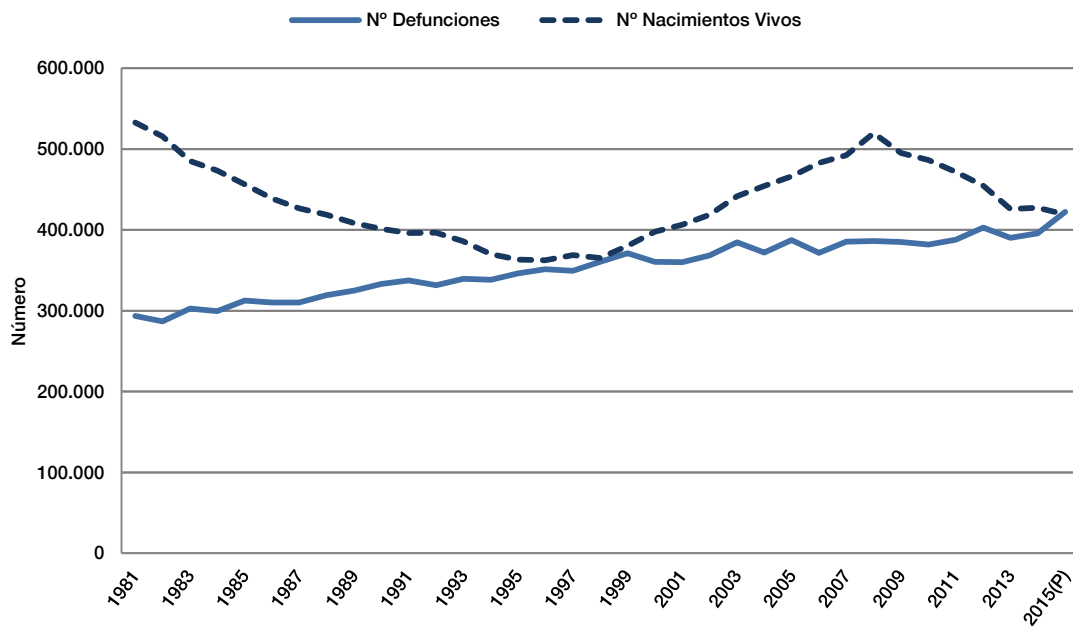
1.3 Mortalidad

1.3.1 Mortalidad general

En el año 2014⁶ se han producido en España 395.830 defunciones, 5.411 más que las registradas en el año anterior. Han fallecido 194.295 mujeres (un 1,9% más que el año anterior) y 207.571 hombres (un 0,9% más que el año anterior).

⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte, 2014. Datos publicados el 30 de marzo de 2016. Lo últimos datos disponibles en el momento de elaborar el informe corresponden a datos provisionales del Movimiento Natural de la Población referidos al año 2015 y publicados el 23 de junio de 2016, sitúan las defunciones en 422.276 y los nacimientos en 419.109.

Gráfico 1-4 Evolución del número de defunciones y nacimientos, 1981-2015



Observaciones: (P) los datos de 2015 son datos provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población.

En relación al número de nacimientos, con datos provisionales, en 2015 se confirma la tendencia de confluencia del número de defunciones y nacimientos, con un saldo vegetativo negativo registrándose 2.753 defunciones más que nacimientos.

La tasa bruta de mortalidad en 2014 se sitúa en 852,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un incremento del 1,7% respecto al año anterior. Por sexos, la tasa femenina es de 822,6 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina es de 882,5 por cada 100.000 hombres. Los dos grandes grupos de causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (29,7%) y los tumores (26,8%).

En relación al riesgo de mortalidad, expresado mediante la tasa de mortalidad ajustada por edad, Madrid, seguido de La Rioja y Castilla y León son las comunidades con menor riesgo de muerte, mientras que Melilla, Ceuta, Andalucía y Canarias son las comunidades con una mayor tasa ajustada de mortalidad.

Tabla 1-11 Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	495,6	-25,6
Aragón	446,2	-20,5
Asturias	480,5	-20,2
Baleares	454,3	-26,4
Canarias	480,6	-29,1
Cantabria	453,6	-19,4
Castilla y León	415,9	-19,8
Castilla-La Mancha	427,9	-25,3
Cataluña	431,1	-26,0
Comunidad Valenciana	463,0	-27,6
Extremadura	469,9	-24,5
Galicia	444,1	-23,1
Madrid	385,2	-29,4
Murcia	458,1	-28,2
Navarra	423,4	-19,3
País Vasco	424,8	-25,1
La Rioja	412,2	-23,6
Ceuta	552,9	-18,4
Melilla	558,0	-15,2
España	447,8	-25,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Desde 2001, el riesgo de muerte ha descendido en España en términos relativos más del 25%. La tasa de mortalidad ajustada por edad ha descendido entre 2001 y 2014 en todas las comunidades autónomas. El descenso es mayor en Madrid, donde la tasa de mortalidad ha disminuido un 29,4% y en Canarias un 29,1%. El descenso ha sido menor en Melilla con 15,2%, Ceuta con 18,4% y Navarra 19,3%.

1.3.2 Mortalidad por las principales causas

1.3.2.1 Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye una parte importante de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El 27,8% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (36,6% en hombres y 21,1% en mujeres) se deben a esta enfermedad, causando casi el 8% del total de las defunciones ocurridas en España.

El riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón varía de forma evidente entre las distintas comunidades autónomas. País Vasco, Navarra, Cantabria y Madrid son las comunidades con menor tasa ajustada de mortalidad, mientras que Asturias, Canarias, Ceuta y Andalucía son las comunidades con un mayor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2014, ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 45,3%, como en todas las comunidades autónomas.

Canarias, con un 55,4% de descenso, Ceuta 54,4%, Navarra con 50,9% y Madrid con 45,1% son las comunidades donde el riesgo desciende más, mientras que Cantabria con un 20,1% y Asturias con un 27,8% son donde se registran los menores descensos.

Tabla 1-12 Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	43,8	-43,9
Aragón	34,8	-33,8
Asturias	48,6	-27,8
Baleares	36,1	-38,9
Canarias	45,4	-55,4
Cantabria	28,4	-20,1
Castilla y León	33,3	-32,2
Castilla-La Mancha	32,7	-42,0
Cataluña	30,3	-44,5
Comunidad Valenciana	42,8	-44,6
Extremadura	43,3	-35,9
Galicia	32,7	-44,1
Madrid	28,5	-45,1
Murcia	36,7	-42,7
Navarra	27,8	-50,9
País Vasco	27,5	-42,3
La Rioja	34,9	-29,6
Ceuta	44,2	-54,4
Melilla	34,8	-44,7
España	34,4	-45,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.2.2 Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular causa el 7,0% del total de defunciones ocurridas en España y aproximadamente el 24% de las muertes cardiovasculares (22% en hombres y 25% en mujeres).

El riesgo de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en 2014 varía entre 18,8 por 100.000 habitantes de Madrid, que es la comunidad autónoma con menor riesgo, hasta 46,3 por 100.000 habitantes de Melilla, la comunidad donde el riesgo de muerte por esta causa es mayor. Canarias, Castilla y León y Cataluña registran también bajos riesgos de mortalidad, mientras que en Ceuta, Andalucía y Extremadura se observan las mayores tasas de mortalidad ajustada por edad.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2014 ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 50,5%, como en cada una de las comunidades autónomas. Murcia, con el 57,6% de descenso, Castilla-La Mancha con 55,5% y Canarias con 55,5% son las comunidades donde la magnitud del descenso del riesgo es mayor, mientras que Melilla con 25,4%, Cantabria con 32,4% y Navarra con un 42,9% registran los menores descensos de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular.

Tabla 1-13 Enfermedad cerebrovascular. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	37,7	-50,2
Aragón	26,8	-49,0
Asturias	29,0	-43,7
Baleares	24,3	-51,6
Canarias	22,1	-55,5
Cantabria	27,3	-32,4
Castilla y León	23,4	-46,4
Castilla-La Mancha	26,7	-55,6
Cataluña	23,5	-51,5
Comunidad Valenciana	28,5	-55,0
Extremadura	33,4	-46,9
Galicia	28,4	-51,0
Madrid	18,8	-50,2
Murcia	29,9	-57,6
Navarra	23,9	-42,9
País Vasco	24,0	-49,7
La Rioja	24,8	-44,4
Ceuta	39,1	-46,6
Melilla	46,3	-25,4
España	27,2	-50,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

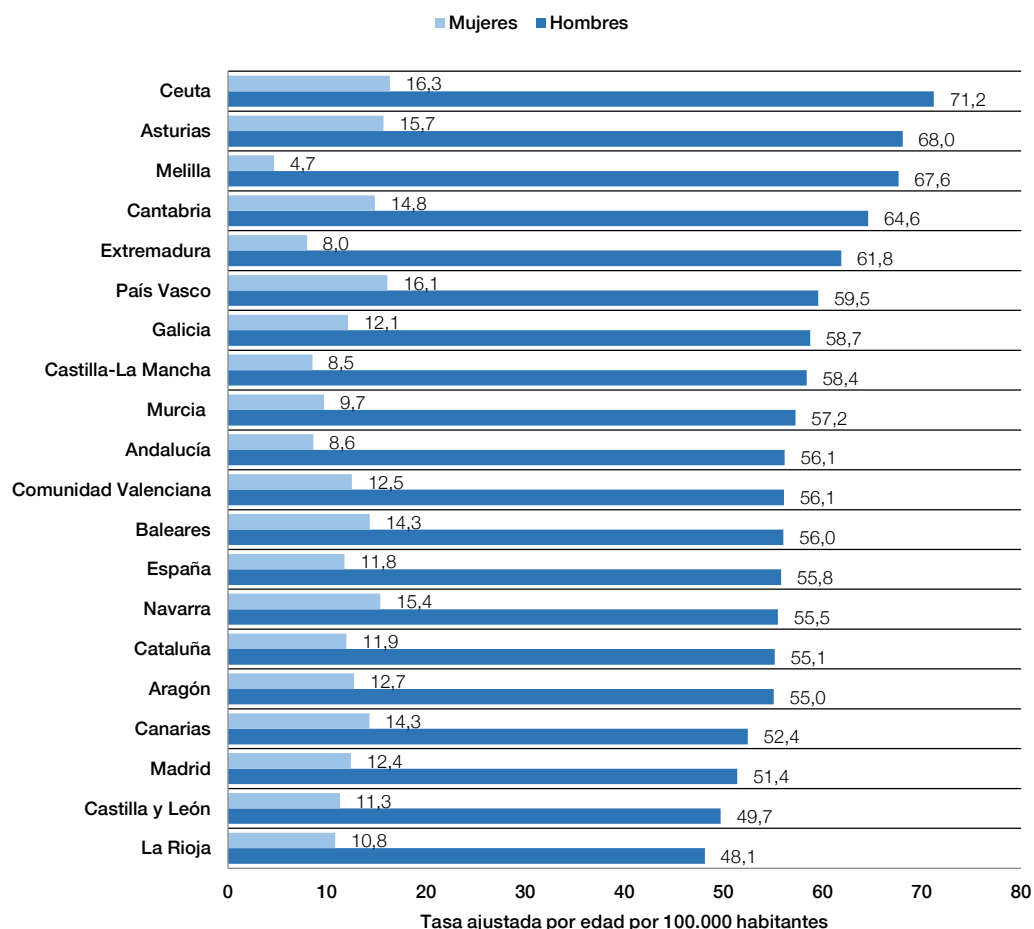
1.3.2.3 Cáncer de pulmón y de mama

El cáncer de pulmón causa el 20,0% de las muertes por tumores malignos en España. En hombres es la neoplasia que más muertes causa: alrededor de un 26% de las defunciones. Este porcentaje es del 10,0% entre las mujeres.

Tanto el patrón geográfico como, sobre todo, la evolución del riesgo de muerte por este tumor maligno son diferentes en uno y otro sexo, posiblemente como consecuencia de las diferencias en el hábito tabáquico: paulatino abandono observado desde hace tiempo en los hombres e incorporación progresiva, y más tardía, al hábito en las mujeres.

La menor magnitud en el riesgo de muerte por cáncer de pulmón en hombres se observa en La Rioja, Castilla y León, Madrid y Canarias, mientras que en mujeres, son Melilla, Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía las comunidades con menor tasa de mortalidad. Los mayores riesgos de muerte se observan en los hombres en Ceuta, Asturias y Melilla, y en las mujeres en Ceuta, País Vasco y Asturias.

Gráfico 1-5 Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2014



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según valor en hombres en 2014.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de pulmón ha sido diferente en hombres y mujeres: mientras que en aquellos la tasa de mortalidad ajustada por edad descendió un 20,1% durante el período 2014/2001, en las mujeres aumentó un 70,9%.

Los territorios donde el riesgo en hombres descendió más fueron Extremadura con 32,5%, Madrid con 27,1%, Baleares, 26,4% y Andalucía, con 25,8%. Por su parte, entre las mujeres, excepto en Melilla, donde se observó un descenso del 65,1%, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón aumentó en todas las comunidades autónomas, siendo el incremento de magnitud superior al 100% en La Rioja (123,1%), País Vasco (120,3%) y Navarra (109,1%).

Tabla 1-14 Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2014/2001

	% cambio 2014/2001	
	Hombres	Mujeres
Andalucía	-25,8	43,5
Aragón	-16,1	90,6
Asturias	-9,2	62,4
Baleares	-26,4	74,0
Canarias	-17,0	70,8
Cantabria	-22,8	97,3
Castilla y León	-11,4	83,7
Castilla-La Mancha	1,4	63,8
Cataluña	-22,7	79,9
Comunidad Valenciana	-24,4	71,7
Extremadura	-32,5	78,9
Galicia	-10,7	87,3
Madrid	-27,1	57,3
Murcia	-10,4	40,6
Navarra	-16,6	109,1
País Vasco	-10,4	120,3
La Rioja	-16,3	123,1
Ceuta	22,8	98,1
Melilla	-25,1	-65,1
España	-20,1	70,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

El tumor maligno de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. Las 6.231 defunciones por cáncer de mama en las mujeres sucedidas en el año 2014, suponen alrededor del 15% de las muertes por tumores malignos y algo más del 3% del total de las defunciones entre las mujeres. Ese año, las tasas de mortalidad ajustadas por edad han oscilado entre el 10,5 por cada 100.000 habitantes de Navarra, que junto a Melilla con 12,7, Castilla - La Mancha con 13,3 y La Rioja con 14,2, fueron las comunidades con menor riesgo de muerte; hasta aquellas con las mayores tasas: Canarias y Comunidad Valenciana, con una tasa ambas de 17,0 defunciones por cada 100.000 habitantes, el País Vasco con 17,1 y Asturias con 18,1.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer entre 2001 y 2014 es descendente en todas las comunidades autónomas. En el conjunto de Estado, el descenso fue del 24,6%. Los territorios donde el descenso es de mayor magnitud son Navarra con 50,0%, Murcia con 33,9%, Castilla-La Mancha con 31,7% y Cataluña con 31,5%.

Tabla 1-15 Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	16,9	-18,2
Aragón	16,9	-21,8
Asturias	18,1	-18,7
Baleares	14,8	-29,1
Canarias	17,0	-22,5
Cantabria	14,3	-20,1
Castilla y León	16,0	-13,9
Castilla-La Mancha	13,3	-31,7
Cataluña	15,6	-31,5
Comunidad Valenciana	17,0	-21,9
Extremadura	16,4	-18,7
Galicia	14,9	-22,6
Madrid	15,2	-26,7
Murcia	14,5	-33,9
Navarra	10,5	-50,0
País Vasco	17,1	-25,9
La Rioja	14,2	-27,1
Ceuta	14,8	-15,5
Melilla	12,7	-21,5
España	15,9	-24,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.2.4 Cirrosis hepática

Es la causa de 4.456 defunciones, 3.267 en hombres y 1.189 en mujeres, que suponen el 1,1% del total de defunciones ocurridas en el año (1,6% en hombres y 0,6% en mujeres). La tasa ajustada de mortalidad varía moderadamente entre las distintas comunidades autónomas. Madrid y La Rioja, con algo más del 4 por 100.000 habitantes, son las comunidades con menor riesgo de muerte por esta causa, mientras que Ceuta con 12,2, Melilla con 9,5, Asturias con 9,3 y Canarias con 9,1 registran las mayores tasas.

Desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido un 34,2% en el conjunto de España. El descenso se observa en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo de mayor magnitud en La Rioja, donde la mortalidad por cirrosis ha descendido un 56,7% y País Vasco con un 44,9%, Comunidad Valenciana con 41,8% y Madrid, con un 41,4%. La mortalidad por esta causa entre 2001 y 2014 ha aumentado solamente en Ceuta y Melilla, 79,2% y 29,5% respectivamente.

Tabla 1-16 Cirrosis hepática. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	8,0	-37,3
Aragón	6,5	-20,6
Asturias	9,3	-39,2
Baleares	6,6	-27,5
Canarias	9,1	-32,2
Cantabria	6,7	-3,5
Castilla y León	5,9	-31,2
Castilla-La Mancha	6,7	-5,1
Cataluña	6,7	-35,4
Comunidad Valenciana	8,0	-41,8
Extremadura	6,1	-16,6
Galicia	6,7	-24,3
Madrid	4,2	-41,4
Murcia	8,6	-32,1
Navarra	5,4	-19,4
País Vasco	6,3	-44,9
La Rioja	4,3	-56,7
Ceuta	12,2	79,2
Melilla	9,5	29,5
España	6,9	-34,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.2.5 Accidentes de tráfico

La importancia relativa de los accidentes de tráfico como causa de muerte entre las causas externas se ha reducido de forma considerable en los últimos años. En 2014, los accidentes de tráfico en España representaron el 13% del total de las defunciones debidas a causas externas.

El riesgo de muerte por accidentes de tráfico varió ligeramente entre unas comunidades y otras. Ceuta y Melilla⁷ con apenas 1 por cada 100.000 habitantes, País Vasco con 2, Madrid con 2,2 y Canarias, con 3 muertes por cada 100.000 habitantes son las comunidades con menor tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de tráfico en 2014. Ese mismo año las comunidades con mayor riesgo de mortalidad por accidente de tráfico son, Navarra, con una tasa de 5,5 por cada 100.000 habitantes, Galicia con 5 y La Rioja y Baleares, ambas con 4,7.

El riesgo de mortalidad por accidentes de tráfico en España descendió un 72,6% entre 2001 y 2014. Ese importante descenso, que se observó en la totalidad de las comunidades autónomas, fue de mayor magnitud en Ceuta y Melilla, con alrededor de un 85% de descenso, País Vasco, con 81,5% y Murcia, con 78,6%.

⁷ Las tasas para Ceuta se refieren a 2001 y 2013 y para Melilla a 2002 y 2014, por ausencia de defunciones por accidente de tráfico en los años correspondientes.

Tabla 1-17 Accidentes de tráfico. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	3,3	-71,6
Aragón	4,6	-69,9
Asturias	3,5	-65,1
Baleares	4,7	-70,6
Canarias	3,0	-65,0
Cantabria	3,3	-70,2
Castilla y León	4,5	-73,2
Castilla-La Mancha	4,2	-70,2
Cataluña	3,2	-74,7
Comunidad Valenciana	3,2	-74,9
Extremadura	4,5	-67,3
Galicia	5,0	-71,0
Madrid	2,2	-70,0
Murcia	4,2	-78,6
Navarra	5,5	-64,7
País Vasco	2,0	-81,5
La Rioja	4,7	-78,3
Ceuta	1,1	-90,7
Melilla	1,2	-85,1
España	3,6	-72,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.2.6 Suicidio

En 2014, el suicidio causó 3.911 muertes (2.938 en hombres y 973 en mujeres), lo que supuso el 26% de las defunciones por causas externas y el 1% del total de las defunciones ocurridas en España ese año.

El riesgo de mortalidad por suicidio varió moderadamente entre unas comunidades y otras. Madrid, con una tasa de 4,7 por 100.000 habitantes, fue la comunidad con menor riesgo en 2014, seguida de Extremadura, con una tasa ajustada de 4,9 por 100.000 habitantes, Cantabria, con 5,7 y Cataluña, con 6,0. Las comunidades con una tasa mayor fueron Galicia y Asturias, ambas con 10,3 por 100.000 habitantes, La Rioja con 8,3 y Andalucía con 8.

Entre 2001 y 2014, el riesgo de muerte por suicidio en España aumentó alrededor del 5%. La tendencia fue descendente en aproximadamente la mitad de las comunidades autónomas, siendo Extremadura con 11,5%, Navarra con 8,9, Comunidad Valenciana con 7,8 y Murcia y La Rioja, ambas con 6,9% donde se observó el mayor descenso. Por su parte, Ceuta y Melilla, con un incremento superior al 100%, y Baleares y Cantabria, donde el ascenso fue superior al 50%, fueron las comunidades con un mayor incremento de la tasa ajustada por edad entre 2001 y 2014.

Tabla 1-18 Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	8,0	-4,2
Aragón	7,0	22,4
Asturias	10,3	8,8
Baleares	7,4	52,5
Canarias	7,0	4,6
Cantabria	5,7	55,2
Castilla y León	7,6	15,2
Castilla-La Mancha	7,4	20,4
Cataluña	6,0	-6,7
Comunidad Valenciana	6,5	-7,8
Extremadura	4,9	-11,5
Galicia	10,3	30,3
Madrid	4,7	15,7
Murcia	6,7	-6,9
Navarra	6,2	-8,9
País Vasco	6,9	18,3
La Rioja	8,3	-6,9
Ceuta	6,9	114,6
Melilla	6,4	147,5
España	7,0	5,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal

La mortalidad infantil sigue siendo un indicador imprescindible en cualquier valoración del estado de salud de una población, aunque en los países desarrollados ha perdido sensibilidad como testigo de nivel social y económico de una comunidad.

La tasa de mortalidad infantil es de 2,9 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de casi un 30%, en el periodo entre 2001 y 2014. Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud, especialmente la atención materno-infantil, se sitúa en 4,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2001 y 2014, la mortalidad perinatal ha descendido en España un 18%.

Las 10 primeras causas de muerte infantil de acuerdo al número de defunciones fueron:

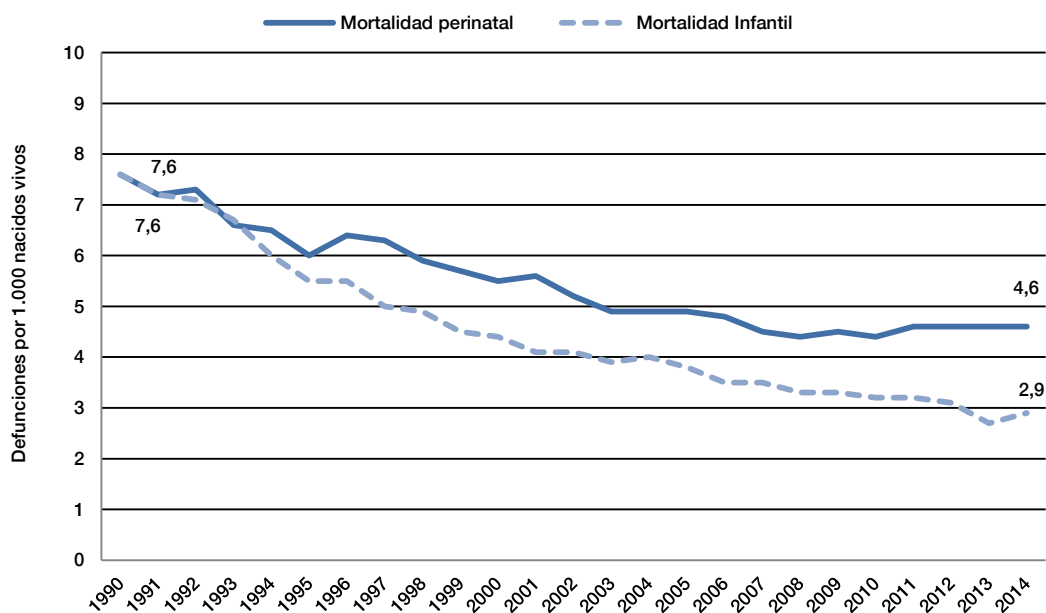
1. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
2. Sepsis bacteriana del recién nacido.
3. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
4. Hemorragia del recién nacido.
5. Síndrome de la muerte súbita infantil.
6. Dificultad respiratoria del recién nacido.
7. Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.
8. Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento.
9. Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido.
10. Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta y las membranas.

Tabla 1-19 Tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos según comunidad autónoma, 2014

	Mortalidad infantil	Mortalidad perinatal
Andalucía	3,4	5,1
Aragón	2,5	3,7
Asturias	2,1	7,1
Baleares	2,5	6,2
Canarias	2,7	4,1
Cantabria	2,2	3,7
Castilla y León	2,5	4,0
Castilla-La Mancha	2,1	4,1
Cataluña	2,7	4,7
Comunidad Valenciana	2,8	4,3
Extremadura	2,7	3,7
Galicia	2,0	3,4
Madrid	3,1	3,9
Murcia	2,9	4,1
Navarra	2,7	5,0
País Vasco	2,2	4,2
La Rioja	2,1	5,3
Ceuta	5,0	8,3
Melilla	5,5	8,6
España	2,9	4,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Gráfico 1-6 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2014

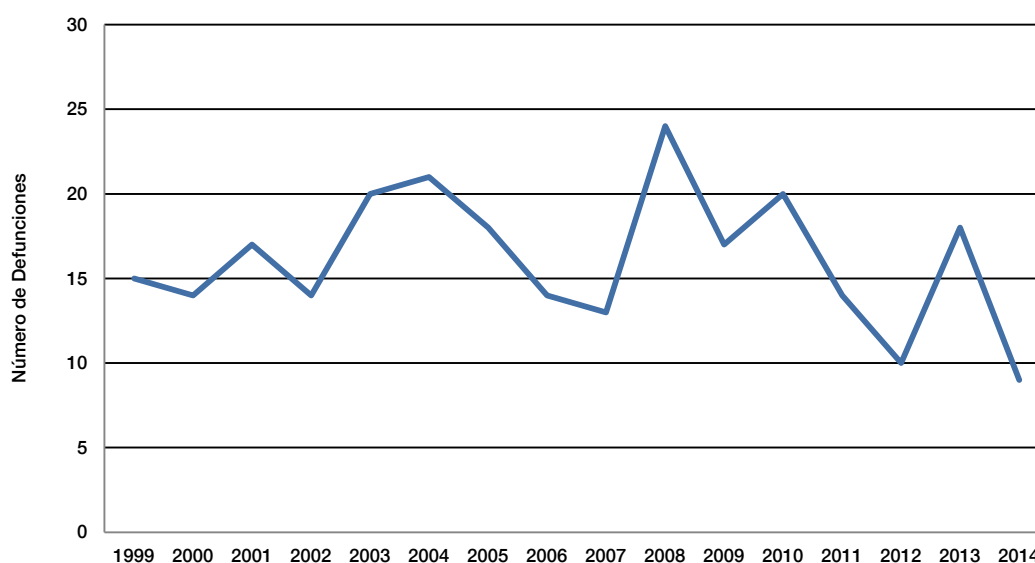


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.4 Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno-infantil. Actualmente, dada la baja tasa de mortalidad materna, es conveniente expresar el número absoluto de defunciones. En España, en 2014 han ocurrido 9 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el número más bajo desde 1999, año en el que se produjeron 15 muertes maternas.

Gráfico 1-7 Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.4 Morbilidad en la población española

1.4.1 Autovaloración del estado de salud

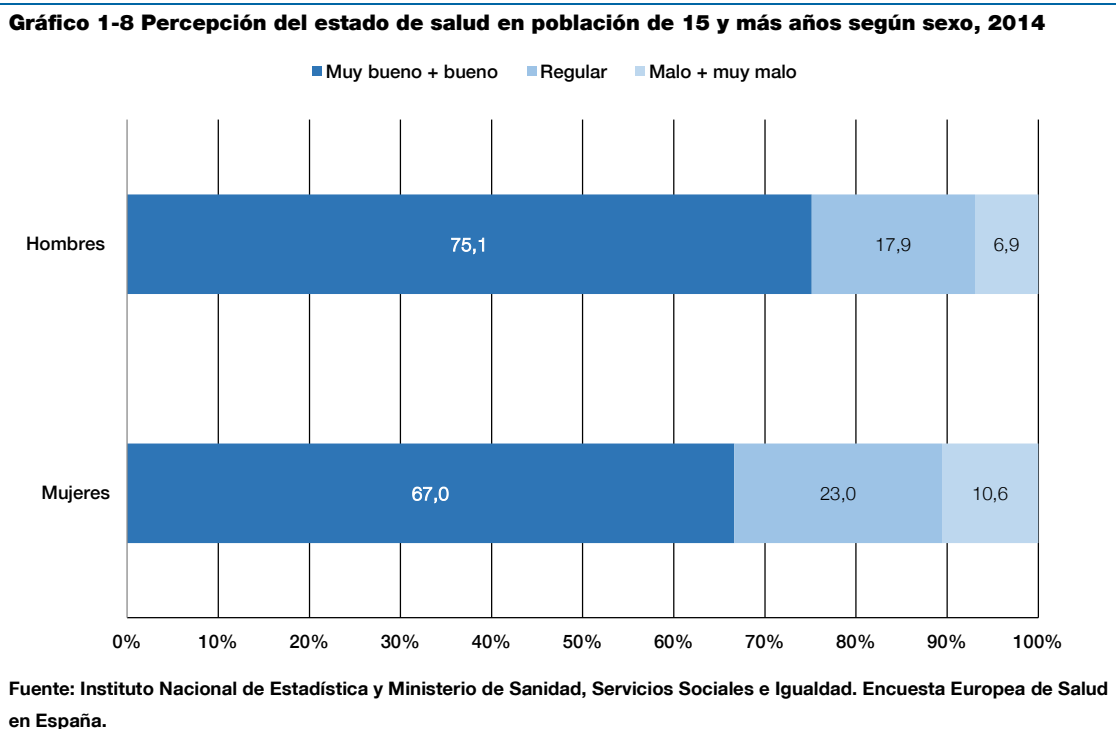
La salud auto-percibida complementa a otros indicadores de la salud objetivos, habiéndose mostrado como un buen predictor de la mortalidad y del uso de los servicios sanitarios.

En España, el 71 % de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,4% y el 67,0% respectivamente.

Como cabe esperar, la percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad: en el grupo de 65 y más años, el 50,5% de los hombres y el 39,3% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en la población de 85 y más años lo valoran de dicha manera el 36,8% de los hombres y el 26,8% de las mujeres. La mayor diferencia entre

hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos.

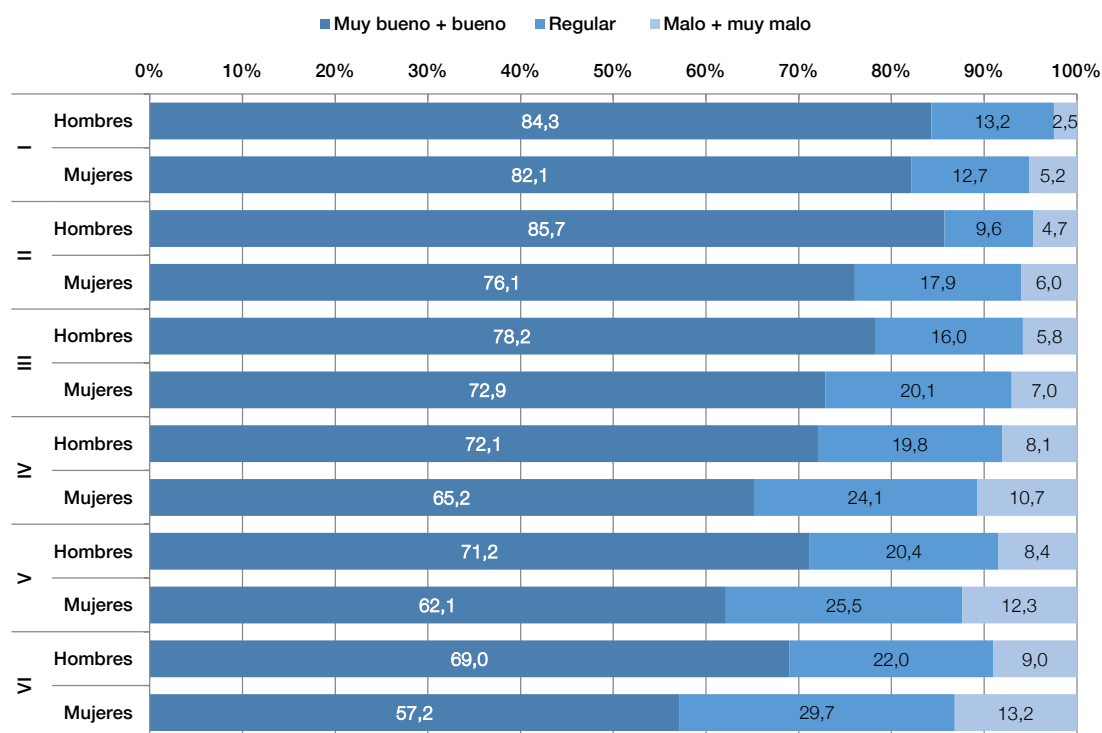
El nivel socioeconómico⁸ muestra una clara relación con el estado de salud auto-percibido; según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 83,2% en la clase I a 57,2% en la clase VI. El gradiente es más acentuado en mujeres, de 82,1% en clase I a 57,2% en clase VI.



⁸ Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la EESE 2014 son las propuestas en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) adaptadas para la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

Gráfico 1-9 Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 15 y más años con la autovaloración positiva del estado de salud corresponde a Navarra (74,9%) y el más bajo a Galicia (60%). También es Navarra donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (2,9 puntos).

Según sexo, los hombres de Baleares (79,9%) y las mujeres de Navarra (73,5%) tienen los porcentajes más altos de autovaloración positiva del estado de salud; por el contrario los más bajos se encuentran en Galicia tanto en hombres (64,9%) como en mujeres (55,4%).

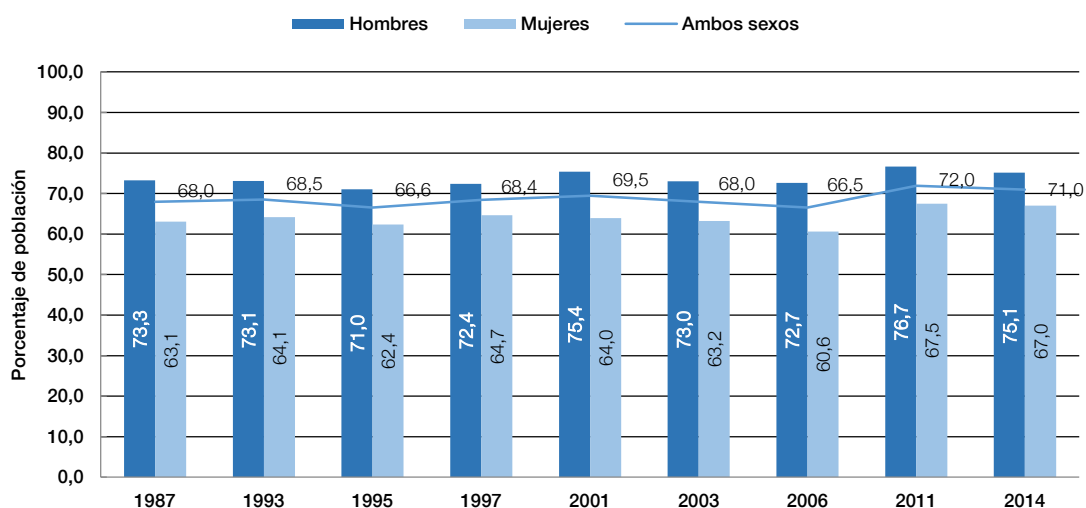
En el grupo de 65 y más años los hombres de Cantabria (59,4%) y las mujeres de Melilla (55,8%) presentan los porcentajes de autovaloración positiva del estado de salud más altos; los más bajos se encuentran en los hombres y las mujeres de Galicia (32,7% y 25,3% respectivamente).

Tabla 1-20 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,6	54,5	35,1
Aragón	47,3	54,9	41,3
Asturias	45,5	56,3	37,8
Baleares	41,4	51,7	32,9
Canarias	31,3	32,8	30,0
Cantabria	52,6	59,4	47,5
Castilla y León	44,3	53,9	36,6
Castilla-La Mancha	35,7	40,5	31,9
Cataluña	47,9	53,1	43,8
Comunidad Valenciana	45,9	53,7	39,7
Extremadura	45,8	47,7	44,3
Galicia	28,5	32,7	25,3
Madrid	51,1	53,4	49,4
Murcia	34,7	44,4	27,0
Navarra	54,2	57,8	51,4
País Vasco	50,5	52,9	48,7
La Rioja	48,5	57,5	41,2
Ceuta	40,7	56,0	29,0
Melilla	49,2	40,9	55,8
España	43,6	50,5	39,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 1-10 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 - 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España.

Desde un punto de vista temporal, se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de población de 15 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno), tanto en hombres como en mujeres, y siempre superior en los

primeros. Entre 2006 y 2011 se observaba una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2014 prácticamente se mantiene esta mejora en la percepción subjetiva del estado de salud (71% frente a 72%).

1.4.2 Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos

Los principales problemas sanitarios y enfermedades prevalentes han ido evolucionando y las enfermedades crónicas han ido reemplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad. Los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población de 15 y más años son hipertensión arterial (18,4%), dolor de espalda lumbar (17,3%), colesterol elevado (16,5%), artrosis (16,4%) y el dolor cervical crónico (14,7%).

Tabla 1-21 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	18,4	18,0	18,8
Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,3	13,8	20,8
Colesterol alto	16,5	15,7	17,2
Artrosis (excluyendo artritis)	16,4	10,3	22,1
Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7	9,3	19,9
Alergia crónica	13,4	11,3	15,4
Varices en las piernas	9,3	4,2	14,2
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,3	4,4	12,0
Depresión	6,9	3,9	9,7
Ansiedad crónica	6,9	4,0	9,6
Diabetes	6,8	7,3	6,4
Cataratas	5,0	3,8	6,1

Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos con prevalencia igual o superior a 5%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de hipertensión arterial más altos se encuentran en Canarias (24,2%) y los más bajos en Baleares (14,1%). Los hombres y las mujeres de Canarias (22,0% y 26,4%) tienen la prevalencia más alta y los hombres de Ceuta (8,7%) y las mujeres de Baleares (14,6%) la más baja.

Los valores más altos de prevalencia de colesterol elevado se encuentran en Galicia (25,0%) y los más bajos en Asturias (12,1%). Según sexo, los hombres y las mujeres de Galicia (22,0% y 27,8%) presentan la prevalencia más alta de valores elevados de colesterol y los hombres de Ceuta (8,0%) y las mujeres de Baleares (14,0%) los más bajos.

Tabla 1-22 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,8	14,3	17,2
Aragón	21,3	21,7	20,9
Asturias	19,0	16,2	21,5
Baleares	14,1	13,6	14,6
Canarias	24,2	22,0	26,4
Cantabria	17,5	16,8	18,1
Castilla y León	20,3	20,4	20,1
Castilla-La Mancha	20,5	19,1	21,9
Cataluña	19,2	20,5	18,0
Comunidad Valenciana	18,9	19,5	18,3
Extremadura	20,5	21,4	19,5
Galicia	21,1	20,4	21,7
Madrid	16,3	15,4	17,2
Murcia	19,3	18,6	20,1
Navarra	15,3	14,9	15,7
País Vasco	17,4	17,6	17,2
La Rioja	17,2	18,2	16,3
Ceuta	16,9	8,7	26,1
Melilla	17,7	17,5	17,9
España	18,4	18,0	18,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

Tabla 1-23 Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,3	14,1	14,5
Aragón	17,4	17,6	17,2
Asturias	12,1	10,0	14,1
Baleares	13,6	13,3	14,0
Canarias	18,1	16,9	19,4
Cantabria	18,8	18,1	19,5
Castilla y León	17,6	17,1	18,0
Castilla-La Mancha	15,3	13,9	16,6
Cataluña	15,7	15,2	16,2
Comunidad Valenciana	15,9	15,8	15,9
Extremadura	17,8	17,7	18,0
Galicia	25,0	21,9	27,8
Madrid	16,5	14,3	18,5
Murcia	16,3	15,1	17,6
Navarra	14,9	14,9	15,0
País Vasco	18,5	20,4	16,7
La Rioja	15,8	14,1	17,4
Ceuta	12,8	8,0	18,3
Melilla	14,8	11,6	17,8
España	16,5	15,7	17,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España

El 69,3% de los mayores de 14 años declara haberse tomado la tensión arterial en el último año, proporción que llegaba al 94,4% en el grupo de edad de 75 a 84 años. Más del 90% de la población por encima de los 64 años declara haberse tomado la tensión arterial en los últimos dos años. Se ha medido el colesterol en el último año el 69,5% de la población mayor de 14 años siendo también en el grupo de 75 a 84 años donde se encuentra la proporción más alta, con más del 90%. La diabetes es la enfermedad metabólica crónica más extendida entre la población. Se sitúa entre las cinco principales causas de muerte en países desarrollados. La prevalencia de la diabetes en adultos en España es del 6,8%, sin diferencias significativas entre mujeres (7,3%) y hombres (6,4%). El diagnóstico y control correcto de la diabetes disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus.

Tabla 1-24 Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	7,1	6,8	7,4
Aragón	5,3	6,3	4,4
Asturias	7,4	7,5	7,3
Baleares	5,2	5,2	5,3
Canarias	8,1	8,0	8,1
Cantabria	5,3	5,7	5,0
Castilla y León	6,6	7,3	5,8
Castilla-La Mancha	6,4	7,4	5,3
Cataluña	7,1	8,7	5,5
Comunidad Valenciana	8,0	8,2	7,9
Extremadura	7,4	6,7	8,1
Galicia	7,5	6,5	8,3
Madrid	5,4	6,1	4,7
Murcia	8,6	8,3	9,0
Navarra	5,4	7,2	3,5
País Vasco	5,8	6,7	5,0
La Rioja	5,8	8,9	2,7
Ceuta	11,0	7,6	15,0
Melilla	10,7	10,8	10,6
España	6,8	7,3	6,4

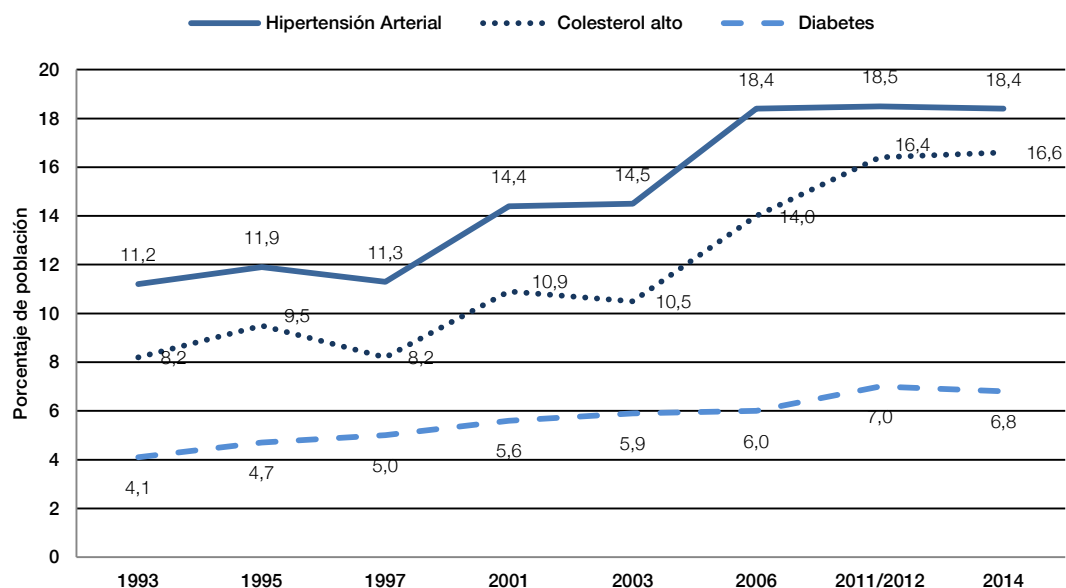
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

La mayor prevalencia de diabetes, con un rango entre 11 y 8 por cada 100 habitantes, se encuentra en Ceuta, Melilla, Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana. Los valores menores se encuentran en Baleares, Aragón y Cantabria, con valores entre 5,2 y 5,3 por cada 100 habitantes.

El 68,2% de la población mayor de 14 años declara haberse medido el nivel de glucosa en sangre en los últimos 12 meses. Este porcentaje aumenta con la edad hasta un 89% en el grupo de 75 a 84 años.

La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes continúan su tendencia ascendente en España. De hecho, desde 1993 la hipertensión habría pasado a afectar del 11,2% al 18,4% de los adultos, la diabetes del 4,1% al 6,8% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,6%.

Gráfico 1-11 Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014



Observaciones: La población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y más años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional y Encuesta Europea de Salud en España.

1.4.3 Problemas bucodentales

El 26,1% de la población de 15 y más años conserva toda la dentadura natural. El 72,5% ha sufrido alguna extracción de dientes o muelas y el 64,1% tiene dientes o muelas obturados. La caries está presente en el 25,5% de los mayores de 15 años y el 17,6% dice padecer sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

Tabla 1-25 Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Extracción de dientes/muelas	72,5	70,6	78,3
Dientes/muelas empastados (obturados)	64,1	60,6	67,4
Ausencia de dientes/muelas	54,7	53,7	55,6
Llevar fundas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	39,8	35,8	43,5
Caries	25,5	26,8	24,3
Conservación de toda la dentadura natural	26,1	27,5	24,9
Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente	17,6	16,0	19,2
Se le mueven los dientes/muelas	6,4	6,3	6,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

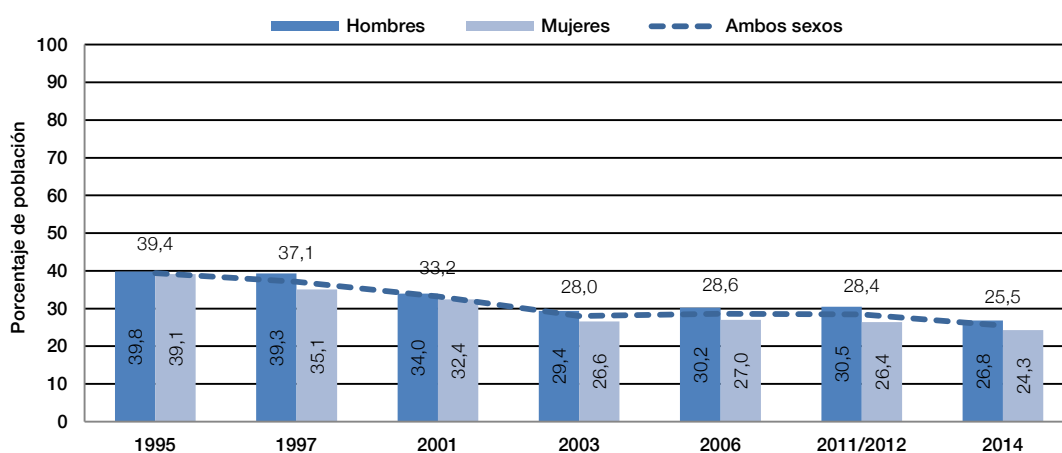
Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de caries más altos en la población de 15 y más años se encuentran en Melilla (37,2%), Canarias (35,0%) y Ceuta (34,3%) y los más bajos en, Cantabria (9,5%) y Asturias (16,4%).

Tabla 1-26 Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	29,9	32,3	27,7
Aragón	27,0	31,3	22,8
Asturias	16,4	16,5	16,2
Baleares	19,1	20,1	18,1
Canarias	35,0	36,9	33,2
Cantabria	9,5	10,8	8,2
Castilla y León	21,8	20,1	23,5
Castilla-La Mancha	30,6	28,8	32,5
Cataluña	24,5	25,5	23,5
Comunidad Valenciana	25,1	27,3	22,9
Extremadura	26,2	26,1	26,2
Galicia	28,1	30,8	25,6
Madrid	21,7	22,1	21,4
Murcia	34,0	34,7	33,4
Navarra	17,5	18,2	16,9
País Vasco	18,6	20,7	16,6
La Rioja	21,7	25,3	18,3
Ceuta	34,3	31,2	37,9
Melilla	37,2	41,6	33,4
España	25,5	26,8	24,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 1-12 Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional y Encuesta Europea de Salud en España.

Desde un punto de vista temporal, en el periodo 1995-2014 se observa una tendencia a la disminución patente en el porcentaje de la población de 15 y más años que dice tener caries (13,9 puntos), siendo la minoración más intensa en las mujeres (14,8 puntos) que en los hombres (13,0 puntos).

En cuanto a la prevalencia de sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente, los valores más altos se encuentran en la población de 15 y más años de Ceuta (27,6%), Murcia (26,1%) y Extremadura (24,3%) y los más bajos en Cantabria (5,4%) y Asturias (13,3%).

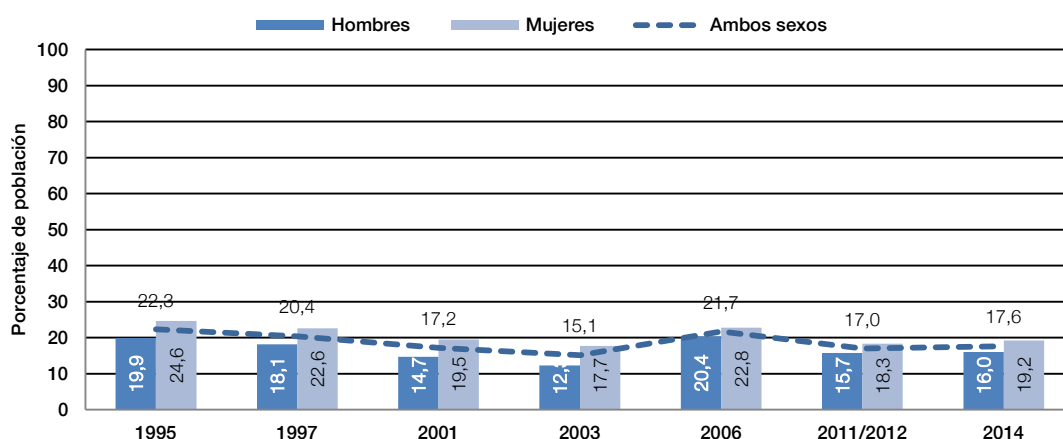
Tabla 1-27 Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	18,8	16,0	19,7
Aragón	21,5	16,6	26,4
Asturias	13,3	12,6	13,9
Baleares	16,5	14,7	18,3
Canarias	21,3	20,7	22,0
Cantabria	5,4	5,5	5,3
Castilla y León	17,3	16,3	18,3
Castilla-La Mancha	22,2	19,8	24,5
Cataluña	16,1	14,4	17,7
Comunidad Valenciana	14,0	11,9	16,8
Extremadura	24,3	22,4	26,2
Galicia	18,6	15,2	21,8
Madrid	15,8	14,7	16,8
Murcia	26,1	24,4	27,8
Navarra	16,5	15,7	17,4
País Vasco	17,1	16,7	17,4
La Rioja	19,2	15,9	22,9
Ceuta	27,6	17,1	39,9
Melilla	14,6	9,9	18,8
España	17,6	16,0	19,2

Observación: Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 1-13 Tendencia en la prevalencia de sangrado de las encías en la población de 15 y más años según sexo, 1995-2011/2012



Observaciones: Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional y Encuesta Europea de Salud en España.

Desde un punto de vista temporal, en el periodo 1995-2014 se observa una disminución del porcentaje de población de 15 y más años que dice presentar sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente (4,7 puntos), siendo la minoración algo más intensa en las mujeres (5,4 puntos) que en los hombres (3,9 puntos).

1.4.4 Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

El 20,7% de la población de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria⁹. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,7%. En este grupo de edad, el 38,8% de los hombres y 61,8% de las mujeres tienen alguna dificultad.

Tabla 1-28 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
Ambos sexos	20,7	8,4	11,1	18,9	30,6	53,7
Hombres	15,0	5,8	8,7	15,7	25,2	38,8
Mujeres	25,2	10,4	13,4	21,4	34,1	61,8

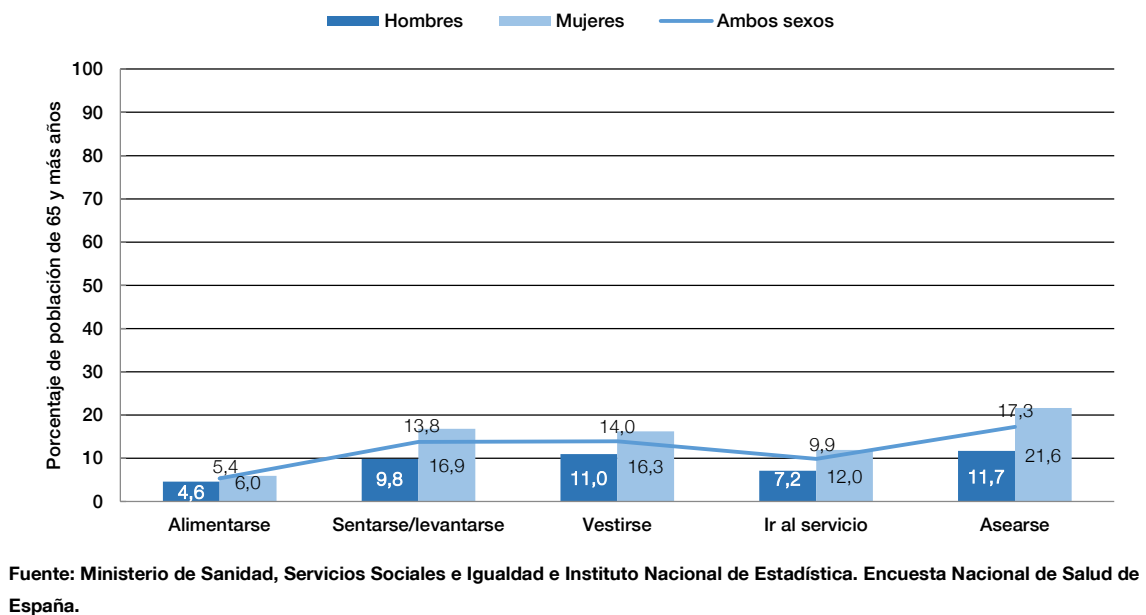
Observaciones: Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

⁹ Como actividades de cuidado personal se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

Por tipo de limitación, asearse con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años, tanto en hombre (11,7%) como en mujeres (21,6%) declara como más frecuente; le sigue vestirse con el 14,0%. Con un 5,4%, alimentarse, es la limitación que declara menos la población de 65 años y más años, tanto en hombres (4,6%) como en mujeres (6,0%).

Gráfico 1-14 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014



Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria corresponde a Murcia (26,8%) y el más bajo a Castilla y León (13,4%). En Navarra es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (0,4 puntos) y la mayor en Murcia (22,0 puntos). Los hombres de Aragón (19,8%) y las mujeres de Murcia (32,7%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de Castilla-La Mancha (9,2%) y las mujeres de La Rioja (16,4%).

La medida de la prevalencia de las limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones (congénita, por enfermedad, accidente, envejecimiento...) constituye una evaluación básica de la discapacidad en la población.

Tabla 1-29 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	26,2	15,0	31,1
Aragón	19,8	19,8	26,9
Asturias	16,2	11,0	19,2
Baleares	18,7	12,1	20,2
Canarias	20,7	16,8	21,9
Cantabria	20,8	19,3	29,2
Castilla y León	13,4	9,6	16,8
Castilla-La Mancha	22,5	9,2	27,1
Cataluña	21,1	16,8	25,6
Comunidad Valenciana	21,7	15,3	25,0
Extremadura	17,8	17,5	23,5
Galicia	23,0	10,6	28,9
Madrid	17,9	15,1	23,1
Murcia	26,8	10,7	32,7
Navarra	16,1	19,2	18,8
País Vasco	16,8	12,6	20,7
La Rioja	15,6	11,5	16,4
Ceuta	-	-	-
Melilla	16,9	-	23,1
España	20,7	14,9	25,2

Observaciones: - sin datos por muestra de población insuficiente. Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

1.4.5 Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria¹⁰. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres.

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria constituye una segunda evaluación básica del grado de discapacidad de la población. La medida de la prevalencia de estas limitaciones se hace en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones.

¹⁰ Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y administración del dinero.

Tabla 1-30 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

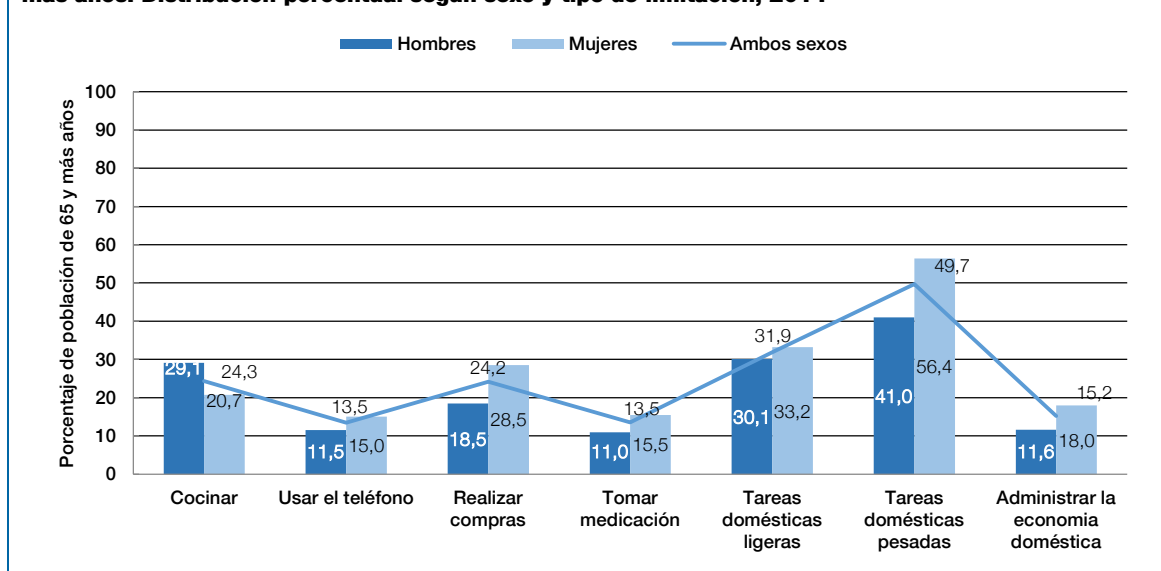
	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
Ambos sexos	47,2	27,1	36,3	49,6	65,6	82,6
Hombres	34,1	16,5	25,2	36,2	55,9	68,5
Mujeres	57,3	35,7	47,2	59,9	72,0	90,3

Observaciones: Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y la administración del dinero.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por tipo de limitación, usar el teléfono y tomar la medicación, con el 13,5% ambas, son las limitaciones que la población de 65 y más años declara como menos frecuentes, tanto en hombre (11,5% y 11,0% respectivamente) como en mujeres (15,0% y 15,5%). Las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las limitaciones que más declaran tanto los hombres como las mujeres.

Gráfico 1-15 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España.

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria corresponde a Canarias (64,0%) y el más bajo a Navarra (28,3%). En Canarias es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (4,9 puntos) y la mayor en el País Vasco (36,9 puntos). Los hombres de Canarias (61,3%) y las mujeres de Castilla-La Mancha (73,8%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de La Rioja (17,6%) y las mujeres de Navarra (35,2%).

Tabla 1-31 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,8	28,8	55,4
Aragón	35,7	24,0	44,9
Asturias	34,8	25,4	41,5
Baleares	47,7	37,6	55,9
Canarias	64,0	61,3	66,2
Cantabria	49,9	34,0	61,7
Castilla y León	30,0	20,3	37,9
Castilla-La Mancha	61,1	45,4	73,8
Cataluña	54,3	40,2	65,0
Comunidad Valenciana	44,6	33,1	53,7
Extremadura	53,0	35,3	66,6
Galicia	57,2	43,4	67,4
Madrid	45,0	33,6	53,3
Murcia	46,8	29,2	60,7
Navarra	28,3	19,7	35,2
País Vasco	48,3	27,2	64,1
La Rioja	32,0	17,6	43,5
Ceuta	-	-	-
Melilla	65,4	-	84,6
España	47,2	34,1	57,3

Observaciones: - sin datos. Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y la administración del dinero.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

1.4.6 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela

La vacunación sistemática de la población infantil ha contribuido en gran medida a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación¹¹. Rubeola, sarampión y parotiditis, incluidas en calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presentó algunas ondas epidémicas, la última de las cuales ha tenido lugar entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis ha aumentado ligeramente con una tasa de 8,1 casos declarados por cada 100.000 habitantes.

¹¹ Consultar en este mismo Informe el epígrafe de Vacunación Infantil del apartado 4. Actividad y accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1-32 Difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tosferina y varicela, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

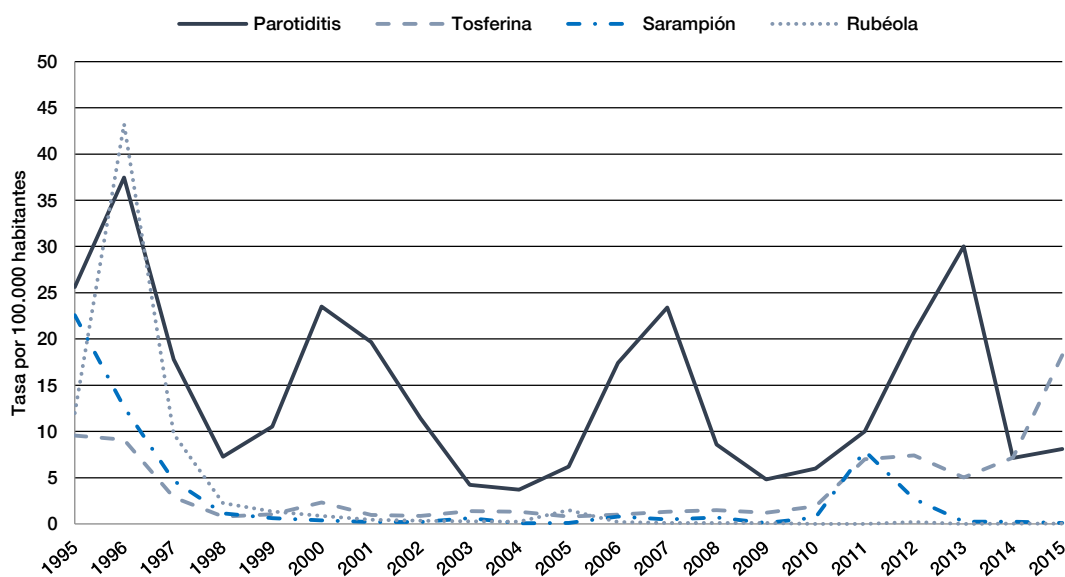
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Difteria	1	0,0
Enfermedad Meningocócica	307	0,7
Parotiditis	3.763	8,1
Poliomielitis	0	0,0
Rubéola (excluye la Rubéola congénita)	10	0,02
Rubéola congénita	0	0,0
Sarampión	37	0,09
Tétanos (excluye Tétanos neonatal)	7	0,02
Tétanos neonatal	0	0,0
Tosferina	8.471	18,3
Varicela	179.255	386,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

En el mismo año se han declarado en España 0,09 casos de sarampión y 0,02 casos de rubéola por cada 100.000 habitantes.

La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia, la hospitalización y la mortalidad por esta enfermedad. En el año 2015 el número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes es de 18,3.

Gráfico 1-16 Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria.

1.4.7 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis

1.4.7.1 Gripe, legionelosis y lepra

En el año 2015 se han notificado 731.513 casos de gripe, 1.333 de legionelosis y 6 de Lepra (tasas por 100.000 habitantes de 1.575,8; 2,9 y 0,01 respectivamente).

En 2014 se recibió información individualizada de 941 casos de legionelosis en residentes en España, 930 fueron casos autóctonos (1,98 casos por 100.000 habitantes) y 11 casos fueron importados.

Durante el año 2014, se notificó al Registro Estatal 11 casos incidentes de lepra. En 10 de los 11 casos incidentes consta un país de origen distinto de España lo que pone de manifiesto que la lepra en España es una enfermedad importada, cuya incidencia está en unos niveles muy bajos y siguen disminuyendo. No obstante, hay que aumentar la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

Tabla 1-33 Gripe, legionelosis y lepra, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Gripe	731.513	1.575,8
Legionelosis	1.333	2,9
Lepra	6	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

1.4.7.2 Tuberculosis

En España en el año 2015 se han notificado 4.604 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes siendo un 8,2% inferior a la del año 2014.

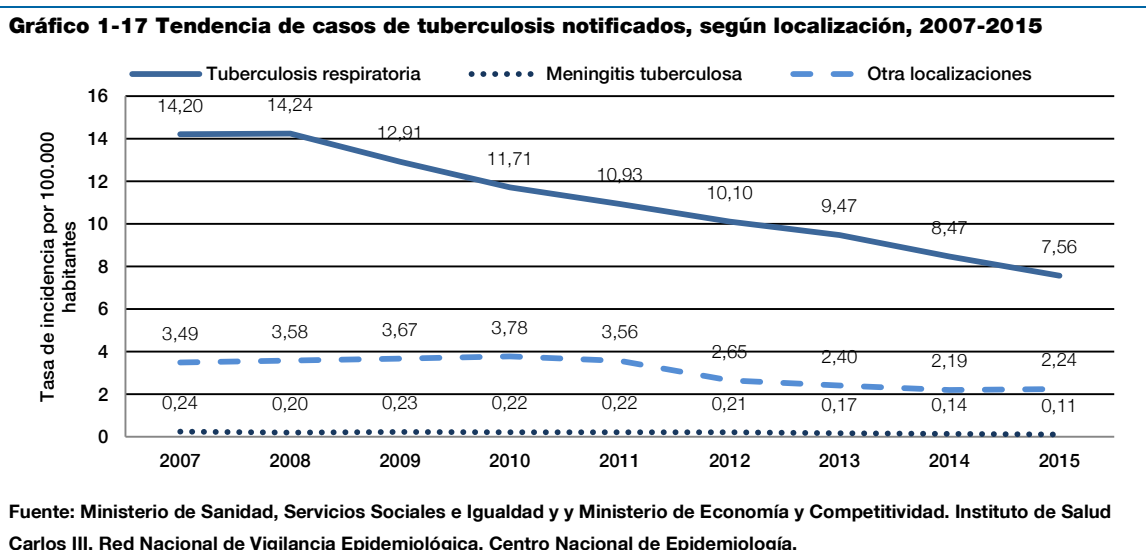
Tabla 1-34 Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Tuberculosis respiratoria	3.510	7,6
Meningitis tuberculosa	52	0,1
Otras Localizaciones	1.042	2,2
Total	4.604	9,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Del total de casos notificados, 3.510 corresponden a tuberculosis respiratoria, 52 a meningitis tuberculosa, y 1.042 a tuberculosis de otras localizaciones (tasas de 7,6; 0,1 y 2,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). En la meningitis tuberculosa la tasa ha descendido de 0,14 en 2014 a 0,11 en 2015; en otras localizaciones no se produce descenso aunque ha pasado de 2,19 a 2,24 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de tuberculosis en España sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias.



1.4.8 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA, infección gonocócica y sífilis

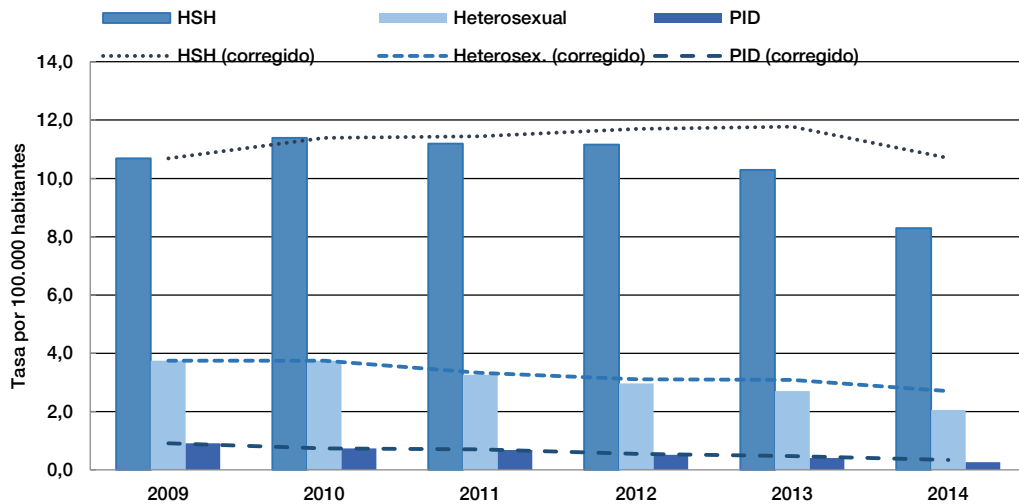
España cuenta con dos registros poblacionales que son esenciales para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH: el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)¹² y el Registro Nacional de sida.

1.4.8.1 Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

En el año 2014, se notificaron 3.366 nuevos diagnósticos de VIH lo que supone una tasa de 7,3 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación. Tras corregir por este retraso, se estima que la tasa será de 9,3 por 100.000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año.

¹² Algunas comunidades autónomas comenzaron a recoger datos en los años 80, la Orden de creación del SINIVIH a nivel estatal es del 18 de diciembre del año 2000, aunque el sistema de información se implantó más tarde. Desde el año 2003 se dispone de datos de 8 comunidades autónomas y de la ciudad con estatuto de autonomía de Ceuta. A partir de esa fecha se han ido sumando comunidades autónomas, hasta 2013, año en el que la cobertura es completa. Los datos obtenidos a través de este sistema son la mejor aproximación a la incidencia de VIH de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás.

Gráfico 1-18 Nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, tasa por cada 100.000 habitantes, 2009-2014



Observaciones: Datos corregidos por retraso en la notificación (línea de puntos). Actualización 30 de junio de 2015.

HSH = Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID= Personas que se inyectan drogas; Heterosex. = Hombres y mujeres heterosexuales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

Del total notificado, el 84,7% son hombres y la edad mediana es de 35 años. Por la categoría de transmisión el 79,9% tienen su origen en transmisión sexual: 53,9% en *hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres* y 26,0% en relaciones heterosexuales. La categoría de *personas que se inyectan drogas* supone el 3,4%.

En el periodo 2009-2014, se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos según el mecanismo de transmisión. En las personas que se inyectan drogas (PID) la tendencia es descendente y también en la transmisión heterosexual, aunque menos marcada en este caso y solo en las mujeres; es estable en los Hombres que mantienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH). Como resultado de todo ello las tasas globales están estabilizadas.

1.4.8.2 Registro Nacional de casos de sida

Se ha recibido la notificación de 444 casos diagnosticados de sida en 2014, que tras corregir por retraso en la notificación, se estima que serán 557. Esto supone una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso y 1,7 ajustada. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de Andalucía ni de la Comunidad Valenciana que han notificado 77 y 47 casos respectivamente. El 79,3% de las personas diagnosticadas son hombres y la mediana de edad es de 43 años.

Tabla 1-35 Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2014

Vigilancia del sida	Hombres	Mujeres	Total
Nuevos casos	352	92	444
Distribución (%) según categoría de transmisión			
Hombres que mantienen relaciones con hombres	44,0	0	34,9
Personas que se inyectan drogas	22,2	14,1	20,5
Relaciones heterosexuales	22,7	73,9	33,3
Receptores de hemoderivados	0,0	0	0,0
Receptores de transfusiones	0,0	0	0,0
Madre - hijo	0,0	0	0,0
Otras exposiciones/ desconocido/No consta	11,1	12,0	11,3
Total	100	100	100

Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación, por lo que las cifras aumentarán en próximas actualizaciones. Actualización 30 de junio de 2015. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de Andalucía ni de la C. Valenciana que han notificado 77 y 47 casos respectivamente.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

Los casos notificados en personas que han contraído la infección por relaciones heterosexuales suponen el 33,3% del total, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 34,9% y los usuarios de drogas intravenosas el 20,5%. El 11,3% de los casos son por otras exposiciones, desconocido o sin constancia. No se han notificado casos por transmisión materno-infantil, ni en receptores de hemoderivado o transfusiones

En el caso de las mujeres el mecanismo de transmisión de especial relevancia son las relaciones heterosexuales que suponen el 73,9% de los casos nuevos. Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total 84.679 casos de sida.

Tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular (especialmente en la categoría de transmisión de los usuarios de drogas inyectadas) se ha ido ralentizando en los últimos años.

1.4.8.3 Infección gonocócica y sífilis

La información poblacional sobre infección gonocócica y sífilis procede de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Hasta la aprobación en el año 2015 de la modificación del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la notificación de estas enfermedades a nivel central solo era numérica, es decir, no se declaraba ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación

En el año 2015 se han notificado 4.802 casos de infección gonocócica y 3.697 casos de sífilis lo que supone una tasa por 100.000 de 10,4 y 8,0 respectivamente.

Tabla 1-36 Infección gonocócica y sífilis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

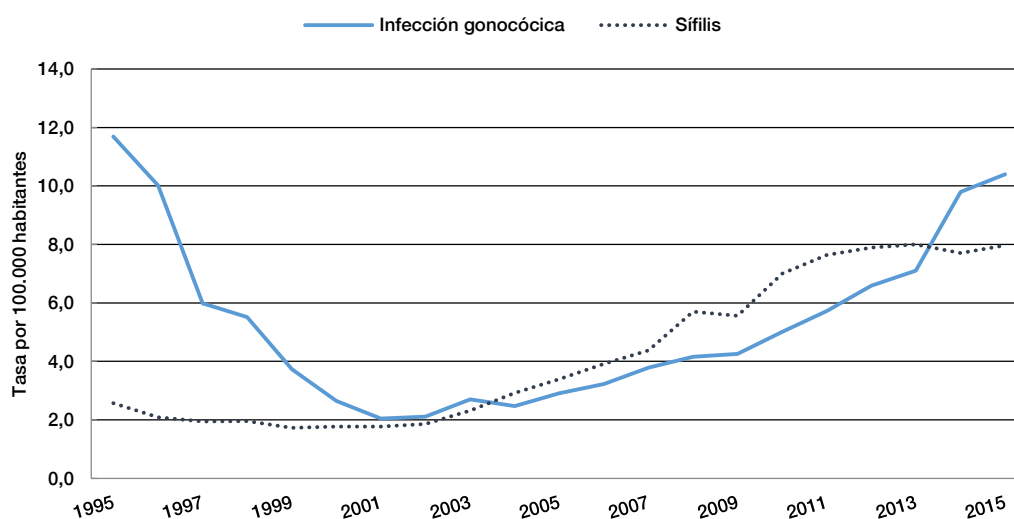
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Infección gonocócica	4.802	10,4
Sífilis (excluye sífilis congénita)	3.693	8,0
Sífilis congénita (casos confirmados + casos probables)	4 (1+3)	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 10,4 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado.

Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes en 2015. En este año las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis

Gráfico 1-19 Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

1.4.9 Vigilancia epidemiológica de las hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C

1.4.9.1 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis

La incorporación de la declaración de los diferentes tipos de hepatitis víricas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica tuvo lugar en la segunda mitad de los años noventa. Hasta el año 2004, la declaración de los casos de hepatitis muestran una tendencia descendente; la hepatitis A especialmente y la B, se incrementan hasta el año 2009 y, a partir de ese año, se observa otra vez una tendencia descendente.

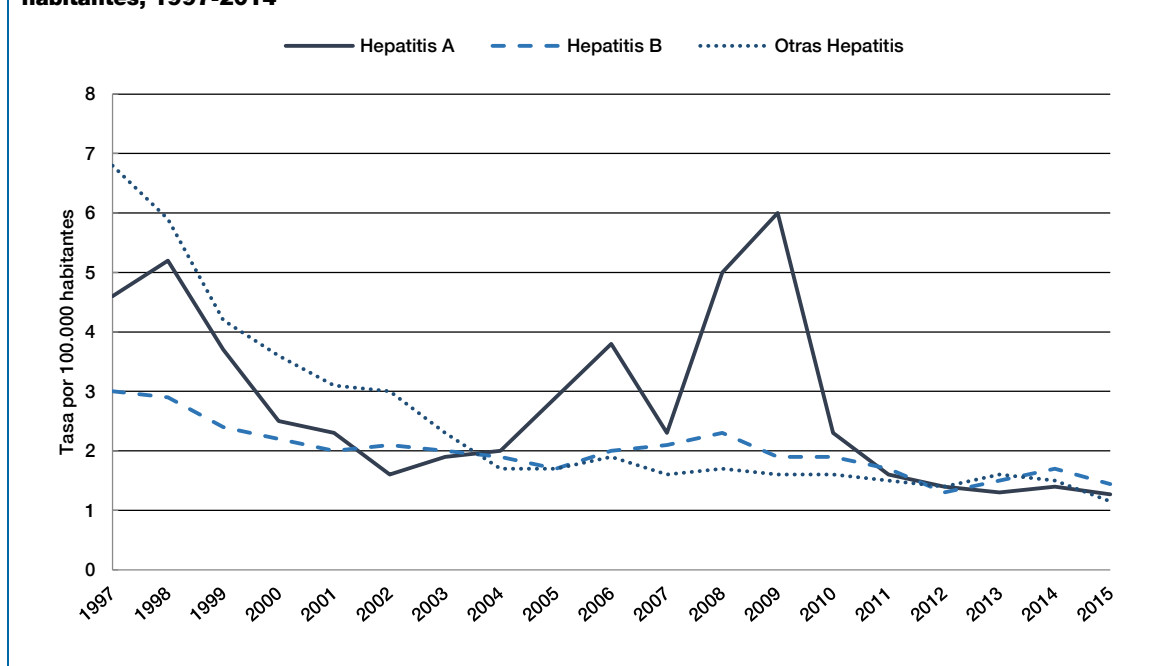
Desde 2009 a 2014 y 2015, el número de casos declarados por 100.000 habitantes ha pasado de 6,0 a 1,4 y 1,3 en la hepatitis A, de 1,9 a 1,7 y 1,4 en la hepatitis B y de 1,6 a 1,5 y 1,2 en otras hepatitis víricas.

Tabla 1-37 Hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Hepatitis A	591	1,3
Hepatitis B	670	1,4
Otras Hepatitis	500	1,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Gráfico 1-20 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria.

1.4.9.2 Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad hepática viral, tanto aguda como crónica, cuyas manifestaciones pueden variar desde una dolencia leve a una enfermedad grave de por vida. Por lo general la infección aguda es asintomática. Aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas eliminan el virus en un plazo de seis meses sin necesidad de tratamiento alguno, el 55-85% desarrollarán la infección crónica. Entre el 15-30% de estos pacientes en un plazo de 20 años evolucionarán a una cirrosis hepática.

Los casos de hepatitis C comunicados por las comunidades autónoma a través del sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria, permiten estimar que la prevalencia de anticuerpos (seroprevalencia) en adultos es de 1,7% (0,4-2,6%).

Además de una importante causa de morbilidad la infección crónica puede ser causa de mortalidad, se estima una tasa de mortalidad anual de la enfermedad en 10,7 fallecimientos por 100.000 habitantes y equivale a un 1-1,2% de la mortalidad por todas las causas.

Ante el problema de salud que supone la hepatitis C crónica en nuestro país, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su sesión del 14 de enero de 2015 adoptó por unanimidad elaborar un Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

El Plan se estructura en 4 líneas estratégicas estableciendo objetivos y acciones prioritarias a desarrollar en el trienio 2015-2017. Su puesta en marcha implica a: el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios Regionales de Salud, Instituciones Penitenciarias y el Instituto de Salud Carlos III.

Tabla 1-38 Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C en la población española, abordando eficientemente la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.			
Línea estratégica 1	Línea estratégica 2	Línea estratégica 3	Línea estratégica 4
<p>Quantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección y establecer las medidas de prevención</p>	<p>Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de los antivirales de acción directa por el tratamiento de la hepatitis C en el ámbito del SNS</p>	<p>Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el SNS</p>	<p>Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el SNS a través de actuaciones específicas en el área de la I+D+i</p>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

El Plan cuenta con un Comité Institucional que coordina la puesta en marcha del mismo en el Sistema Nacional de Salud. La reciente aparición en el mercado de nuevos fármacos antivirales contra la hepatitis C, hace vislumbrar un cambio radical en el abordaje de esta enfermedad.

1.4.10 Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación con la morbilidad y mortalidad infantil; además es reflejo de diversas circunstancias adversas que acompañan al embarazo, y se asocia a factores biológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, los factores más importantes parecen ser el estado general y la nutrición de la madre, por lo que es un buen indicador del estado nutricional de la comunidad.

En España se ha producido en las últimas décadas un incremento de la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque parece que en los últimos años esta tendencia ascendente tiende a la estabilización. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2014 a ser de 8,2%.

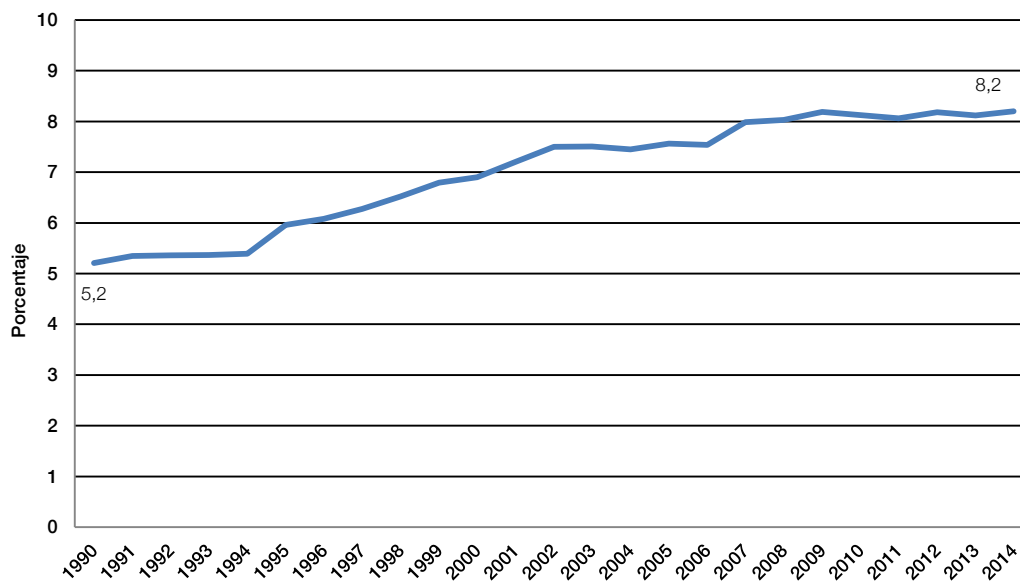
Los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Tabla 1-39 Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos vivos, según comunidad autónoma, 2014

Andalucía	8,1
Aragón	8,2
Asturias	8,1
Baleares	7,9
Canarias	9,3
Cantabria	8,5
Castilla y León	8,5
Castilla-La Mancha	8,4
Cataluña	8,0
Comunidad Valenciana	8,4
Extremadura	7,6
Galicia	8,2
Madrid	8,8
Murcia	7,9
Navarra	8,4
País Vasco	7,5
La Rioja	6,9
Ceuta	6,9
Melilla	6,8
España	8,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Gráfico 1-21 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.4.11 Interrupción voluntaria del embarazo

El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs) en 2014¹³ se sitúa en 94.796 lo que supone una incidencia del 10,5 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cuatro años con 2,0 puntos menos que en 2011¹⁴. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,9 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 3,8 puntos menos que en 2011.

El seguimiento de las IVEs se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado¹⁵.

La mayoría de las intervenciones (82,1%) se han notificado desde un centro extra-hospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (88,9%) con 8 semanas o menos de gestación (70,2%). Las causas médicas están presentes en el 11,1% de los motivos de interrupción del embarazo, con un claro predominio (7,2%) por riesgo grave para la vida o salud de la embarazada, seguido (3,9%) por riesgo de graves anomalías en el feto y anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable.

Tabla 1-40 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2014

	Menores de 20 años	Entre 15-44 años
Andalucía	10,4	10,6
Aragón	7,0	8,6
Asturias	12,6	12,7
Baleares	10,2	12,3
Canarias	11,1	11,9
Cantabria	8,0	8,6
Castilla y León	5,5	6,1
Castilla-La Mancha	7,2	8,0
Cataluña	11,4	12,6
Comunidad Valenciana	9,1	8,7
Extremadura	6,6	6,2
Galicia	6,1	6,8
Madrid	11,4	12,6
Murcia	10,5	11,3
Navarra	8,5	7,5
País Vasco	8,8	8,9
La Rioja	6,7	6,2
Ceuta	0,0	0,7
Melilla	4,1	6,3
España	9,9	10,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

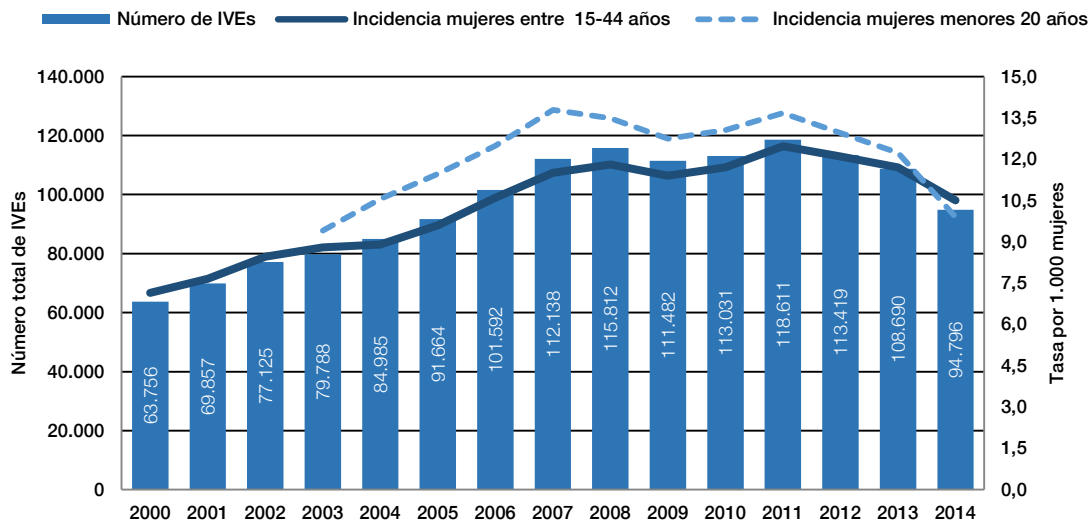
¹³ Último dato disponible en el momento de elaborar el informe.

¹⁴ A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

¹⁵ En el año 2015 se han corregido los datos publicados de los años 2011 y 2012 al haberse producido una mejora de la información consolidada de Navarra.

Las incidencias más altas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años se observan en Asturias (12,7), Cataluña y Madrid (12,6) y Baleares (12,3). En el grupo de menores de 20 años Asturias (12,6), Cataluña y Madrid (ambas con 11,4) ocupan las primeras posiciones.

Gráfico 1-22 Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 - 44 años, y en menores de 20 años 2000-2014

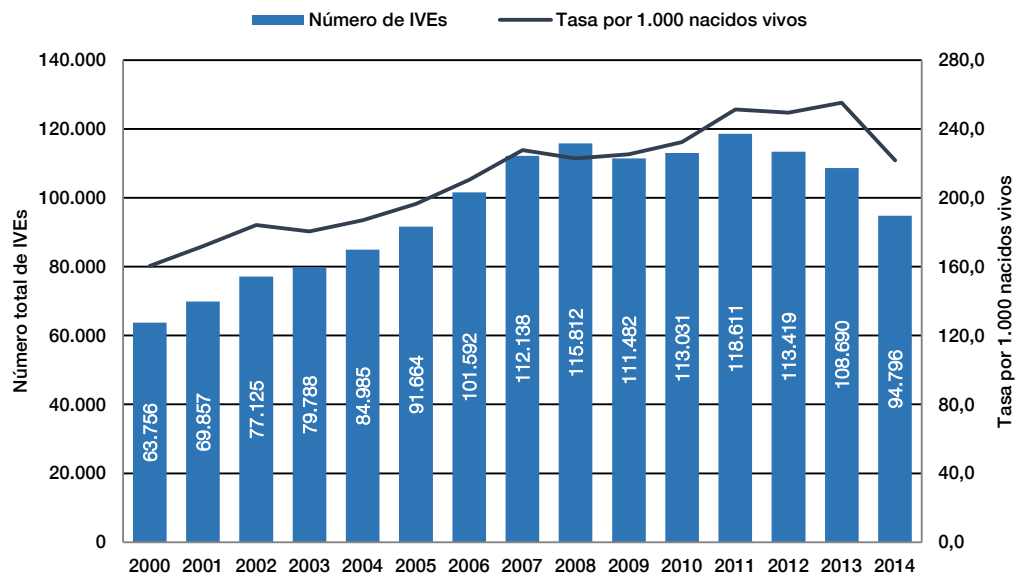


Observaciones: A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El número de IVEs y la incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) muestra signos claros de descenso, si revisamos el número de abortos inducidos en relación al número de nacimientos, esa tendencia se confirma, situándose en 221,7 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 1-23 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2000-2014



Observaciones: A partir del 2010 las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

1.4.12 Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio

1.4.12.1 Víctimas de accidentes de tráfico

En los últimos veinticinco años el número de víctimas por accidentes de tráfico viene mostrando un claro descenso tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.582 en 1991 a 1.393 en 2015. La tasa de víctimas por 100.000 habitantes ha pasado de 399 en el año 1991 a 293 víctimas por 100.000 habitantes en 2015, aunque con un repunte desde 2012.

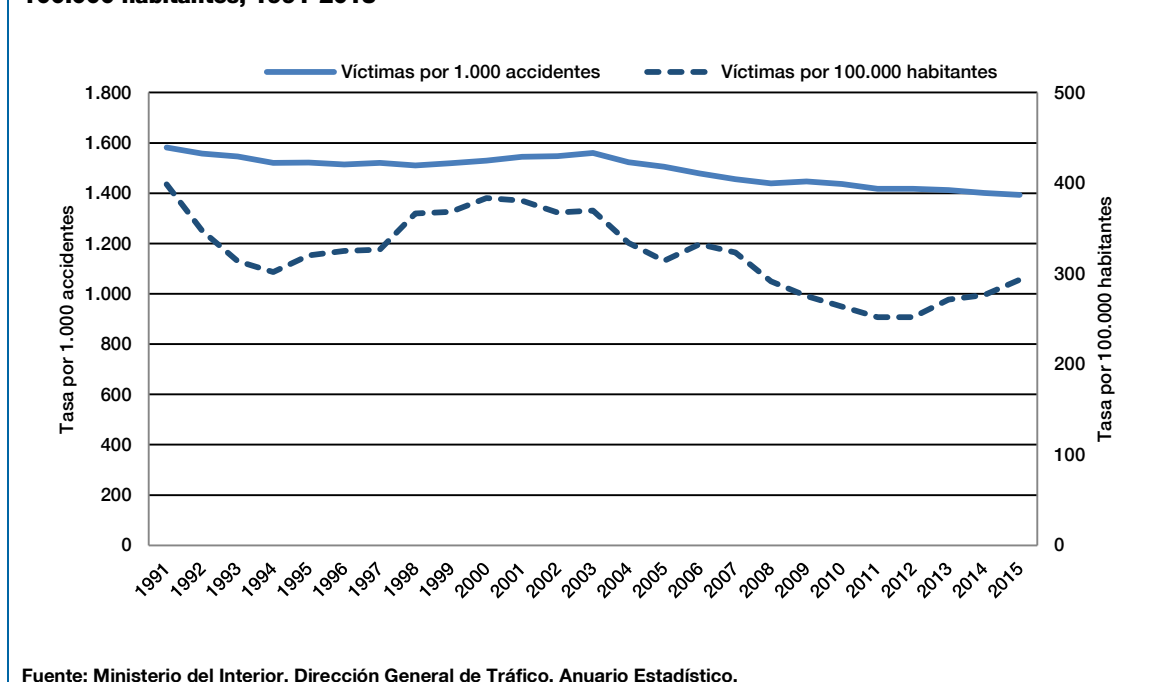
Tabla 1-41 Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 1991-2015

	1991	2000	2011	2012	2013	2014	2015
Accidentes	98.128	101.729	83.027	83.115	89.519	91.570	97.756
Victimas (total)	155.247	155.557	117.687	117.793	126.400	128.320	136.144
-Muertos	6.797	5.776	2.060	1.903	1.680	1.688	1.689
-Heridos graves	50.978	27.764	11.347	10.444	10.086	9.574	9.495
-Heridos leves	97.472	122.017	104.280	105.446	114.634	117.058	124.960
Victimas por 1.000 accidentes	1.582	1.529	1.417	1.417	1.415	1.401	1.393
Victimas por 100.000 habitantes	399	384	252	252	271	276	293

Observaciones: Víctimas incluye muertos y heridos graves y leves. El cómputo de muertos se realiza a 30 días: Hasta 1993 mediante la aplicación del factor corrector recomendado por la Conferencia Europea de Ministros de Transportes (CEMT) sobre la cifra de muertos. Desde 1993 a 2010, el cómputo de muertos se realiza a 30 días como resultado de la aplicación de los factores correctores deducidos del seguimiento real de una muestra representativa de heridos graves. En 2011 se hizo una revisión metodológica de su cálculo.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población residente a 1 de julio de cada año.

Gráfico 1-24 Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por 1.000 accidentes y por 100.000 habitantes, 1991-2013



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Anuario Estadístico.

1.4.12.2 Accidentes en jornada de trabajo

Los accidentes laborales constituyen un importante problema de salud en los países desarrollados, produciendo una elevada morbilidad que tiene como resultado graves consecuencias individuales y sociales

Tabla 1-42 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015

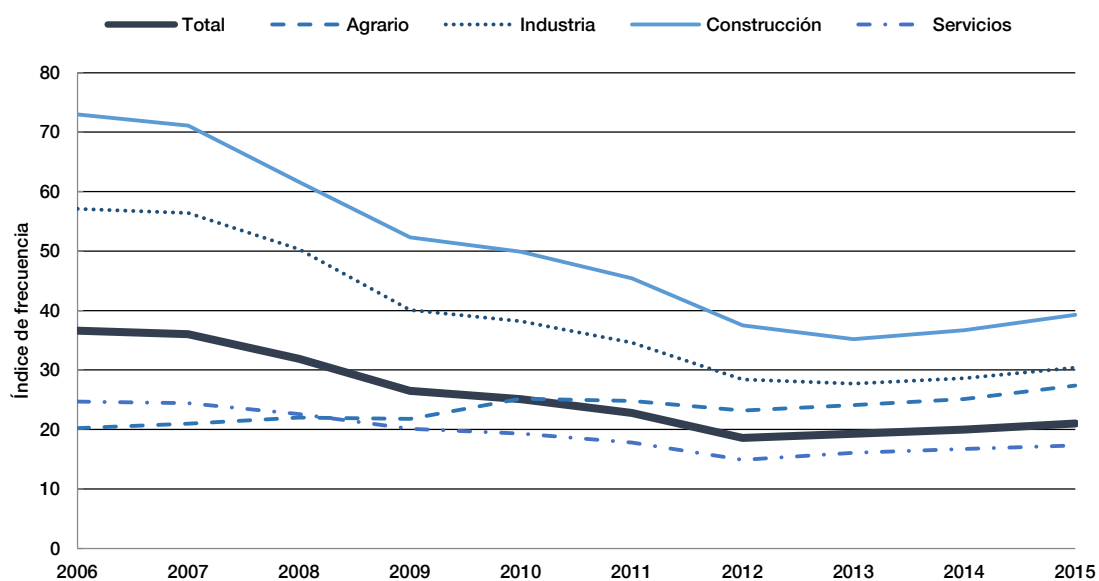
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	36,6	36,0	31,9	26,5	25,1	22,8	18,6	19,3	20,0	21,0
Sectores										
-Agrario	20,2	21,0	22,0	21,8	25,2	24,8	23,2	24,1	25,1	27,4
-Industria	57,1	56,4	50,3	40,1	38,2	34,6	28,4	27,7	28,6	30,4
-Construcción	73,0	71,1	61,6	52,3	49,9	45,4	37,5	35,2	36,7	39,3
-Servicios	24,7	24,4	22,6	20,1	19,3	17,8	14,9	16,1	16,7	17,3

Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación de todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2015, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 39,3 en la construcción y 30,4 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2006 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España 15,1 puntos.

Gráfico 1-25 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015



Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación de para todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

1.4.12.3 Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio

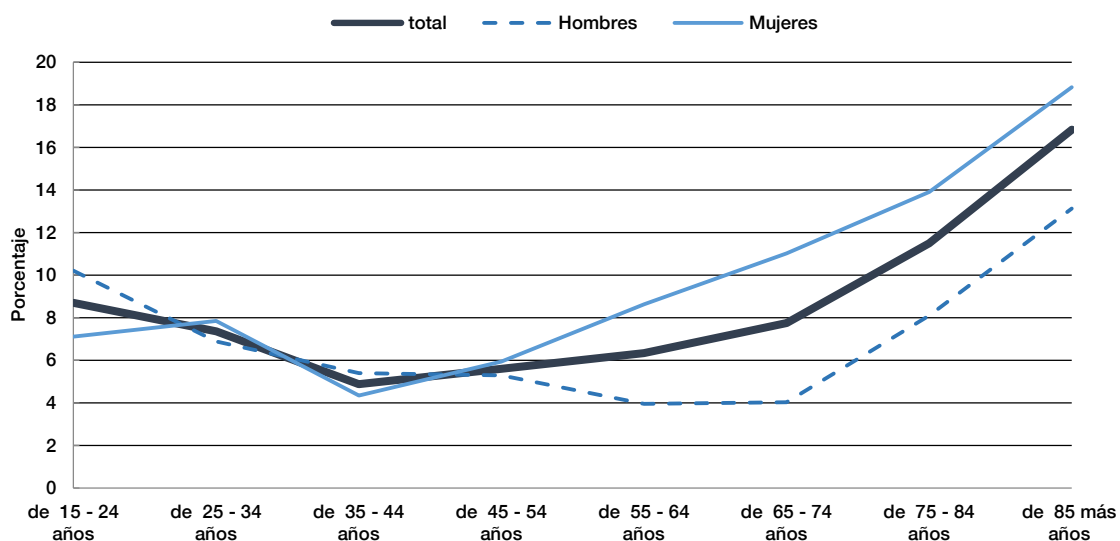
Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, además de por su magnitud, parecen constituir el tipo de accidente más habitual¹⁶, su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; son más frecuente en la vejez y en el sexo femenino. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres. La edad está íntimamente relacionada con haber sufrido este tipo de accidentes presentando una característica distribución en forma de “U” donde las edades extremas presenten los porcentajes más altos, especialmente a partir de los 65 años. Por nivel de estudios las mujeres con estudios básicos o inferiores presentan las cifras más altas, 9,3% con 3,6 puntos por encima de los hombres del mismo nivel de estudios.

Tabla 1-43 Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, porcentaje de población según sexo y nivel de estudios, 2014

	Total	Básico e inferior	Intermedio	Superior
Ambos sexo	7,2	7,5	6,1	7,3
Hombre	6,2	5,7	6,1	7,3
Mujer	8,1	9,3	6,1	7,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 1-26 Accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España. El 9,1% de los encuestados dice haber padecido una accidente en los últimos doce meses previos a la entrevista, 1,9% dice que el accidente es de tráfico, el 3,4% un accidente en el hogar y un 3,7% un accidente en tiempo de ocio.

2 Hábitos de vida

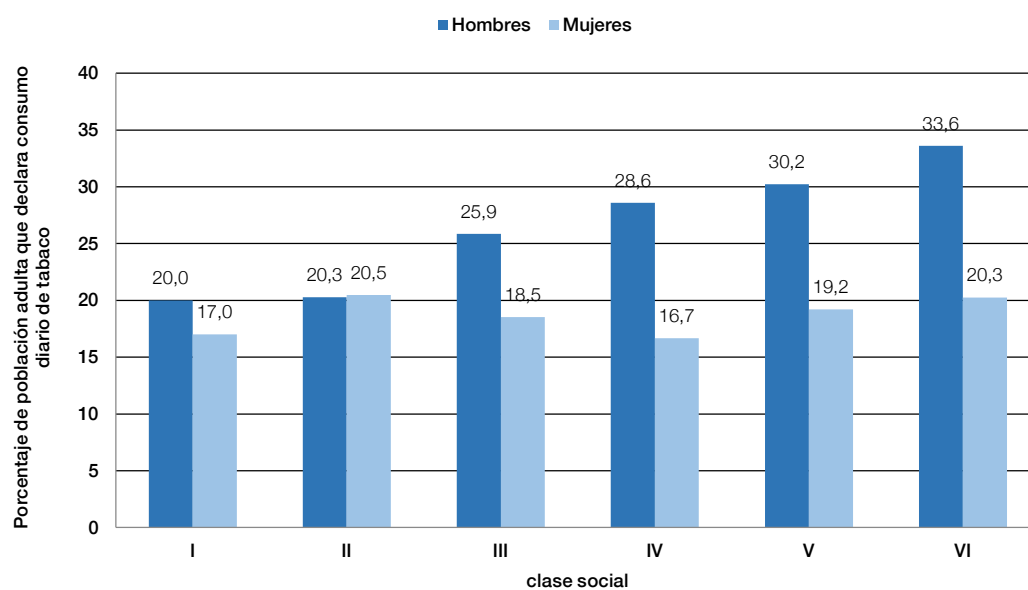
2.1 Tabaco

2.1.1 Consumo de tabaco en la población adulta

En España el 23,0% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 2,4% es fumador ocasional y el 25,7% se declaraba exfumador, mientras que el 49% declaran no haber fumado nunca. Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios se sitúa en el 27,6% en hombres y en 18,6% en mujeres.

El consumo tabáquico entre 15 y 24 años afecta al 18,5%. En este grupo de edad se da la menor diferencia entre hombres (21,4%) y mujeres (15,5%). Las mayores diferencias por sexo se dan en el grupo de edad de 25 a 34 y a partir de los 55 años.

Gráfico 2-1 Prevalencia de consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por clase social ocupacional¹⁷ se observa un comportamiento distinto en el consumo de tabaco a diario según el sexo. Mientras que en los hombres se perfila claramente un gradiente social que desde, 20,0% en la clase alta, asciende escalonadamente hasta el 33,6% en la clase menos favorecida, en mujeres no se observa un patrón claro.

Tabla 2-1 Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo según comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	24,4	29,0	19,9
Aragón	23,9	27,6	20,4
Asturias	19,1	21,9	16,6
Baleares	23,0	29,3	16,9
Canarias	22,7	29,5	16,0
Cantabria	21,4	25,5	17,5
Castilla y León	21,6	25,8	17,5
Castilla-La Mancha	23,4	28,2	18,6
Cataluña	23,7	29,8	17,8
Comunidad Valenciana	22,0	26,4	17,7
Extremadura	25,6	31,8	19,5
Galicia	19,1	23,7	14,9
Madrid	23,2	25,5	21,1
Murcia	25,6	27,7	23,5
Navarra	23,2	27,7	18,8
País Vasco	22,8	28,5	17,4
La Rioja	21,8	25,7	17,9
Ceuta	22,8	27,4	17,6
Melilla	15,3	19,7	11,4
España	23	27,6	18,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

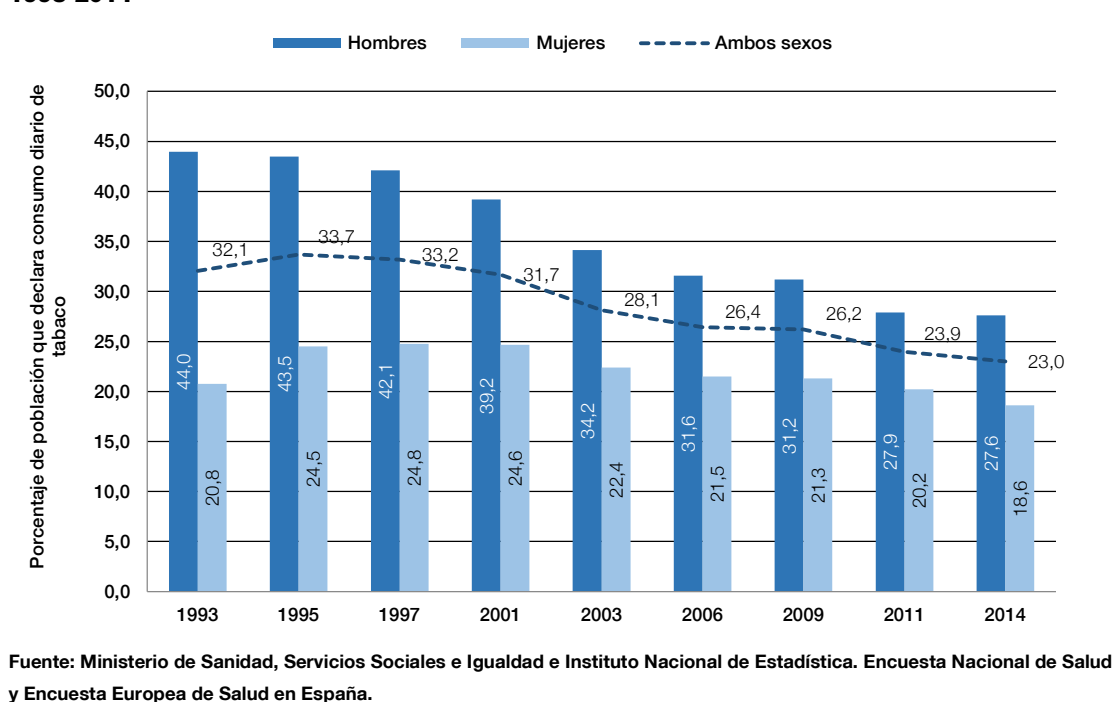
Las comunidades autónomas con la prevalencia más alta de consumo diario de tabaco en población adulta son Extremadura y Murcia con cifras del 25,6%. Con menos del 21% están Melilla, Galicia y Asturias.

¹⁷ Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la EESE 2014 son las propuestas en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) adaptadas para la Encuesta Nacional de Salud de España. Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

El porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso desde 1993, atenuándose en los últimos años. Este descenso se ha producido mayoritariamente a expensas de los hombres: en la década entre 2001 y 2011 la prevalencia de consumo se redujo en más de un 25%. Sin embargo, el descenso en 2014 respecto a 2011 ha sido más importante en mujeres (20,2% frente a 18,6%) que en hombres (27,9% frente a 27,6%).

Gráfico 2-2 Evolución del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014



2.1.2 Consumo de tabaco y ámbito laboral

En cuanto a la situación laboral¹⁸ la probabilidad de fumar tabaco a diario en los últimos 30 días es más elevada entre los parados que entre los empleados. Desde 2007 ha disminuido el porcentaje de fumadores a diario (últimos 30 días) entre los empleados mientras que ha aumentado entre los parados. Por sectores de actividad, la construcción, hostelería y agricultura, pesca, ganadería y extracción, con porcentajes superiores al 40%, registran los valores más elevados de consumo de tabaco.

¹⁸ Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. La Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el ámbito laboral acordó incluir un módulo específico en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) para obtener información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral. En el año 2007 se llevó a cabo por primera vez, realizándose nuevamente en 2013.

Tabla 2-2 Evolución del porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en población de 16 a 64 años, según situación laboral, 2007 y 2013

	2007	2013
Empleados	32,7	31,0
Parados	35,2	39,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

Las medidas legislativas¹⁹ adoptadas en relación con el consumo de tabaco y, en particular las que restringen el consumo en el lugar de trabajo han contribuido claramente a disminuir el número de fumadores pasivos. No obstante, 1 de cada 10 sufre de exposición al humo ambiental de tabaco en su lugar de trabajo. Los mayores porcentajes se concentran en los hombres (dos por cada mujer), con edades entre 16 y 44 años y en aquellos con niveles educativos más bajos.

Tabla 2-3 Evolución del porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en población laboral de 16 a 64 años, 2007 y 2013

	2007	2013
Fumador pasivo en el lugar de trabajo	26,3	11,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

El porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo ha disminuido en todos los sectores de actividad, destacando el descenso en el sector de la hostelería que ha pasado de 58,1% en el año 2007 a 15,1% en 2013²⁰.

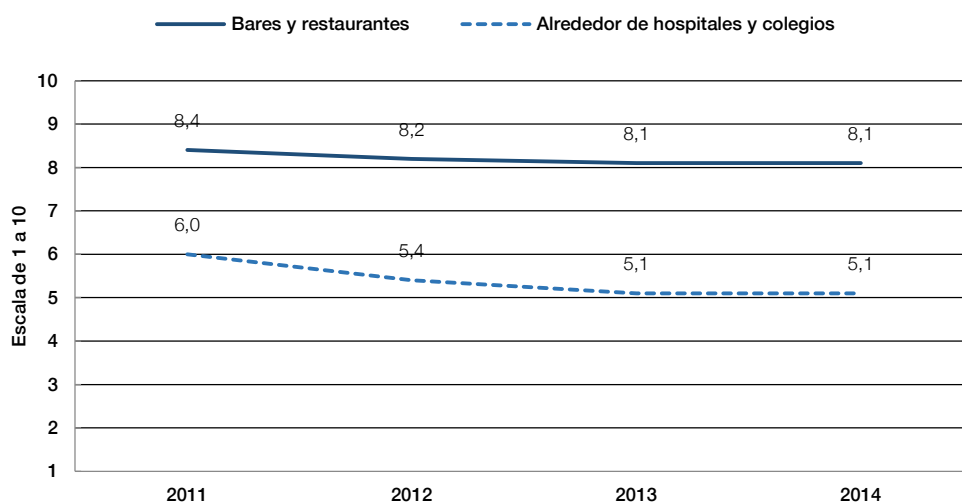
Los ciudadanos piensan que hay un elevado cumplimiento de la prohibición de fumar en bares y restaurantes (8,1 sobre 10)²¹.

¹⁹ La Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, más conocida como “Ley del Tabaco”, entró en vigor el 2 de enero de 2011; las medidas más importantes son la extensión de los espacios sin humo a todos los espacios cerrados públicos y de uso colectivo.

²⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

²¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014. En el periodo 2011-2014 el Barómetro Sanitario ha venido investigando el grado de cumplimiento de las medidas recogidas en la *Ley del Tabaco* sobre la prohibición de fumar en espacios públicos. La calificación de 1 significa que *no se están cumpliendo en absoluto* y 10 que *se están cumpliendo totalmente*.

Gráfico 2-3 Tendencia del cumplimiento de la Ley del Tabaco, 2011-2014



Observaciones: respecto a las medidas contempladas en la *Ley del Tabaco*, 1 significa que *no se están cumpliendo en absoluto* y 10 que *se está cumpliendo totalmente*.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Un 4,7% de las personas de 18 y más años afirman²² que han dejado de fumar por influencia de la *Ley del Tabaco*, un 8,1% que fuma menos y para el 27,6% no ha influido en su consumo de tabaco. El 58% de los encuestados no es fumador.

En el año 2015, el 87,9% de los ciudadanos de 18 y más años conocen la existencia de los denominados cigarrillos electrónicos, el 48,7% de ellos, considera que suponen un riesgo para la salud, aunque un 33,5% no sabe y un 0,3 no contesta. El 52,7% de los que saben de la existencia de los cigarrillos electrónicos, no les parece que puedan ayudar a dejar de fumar, porcentaje que supone 8,6 puntos más que el año 2014.

Tabla 2-4 Opinión sobre los cigarrillos electrónicos, 2014-2015

	2014	2015
¿Ha oído hablar de los cigarrillos electrónicos? SI	89,4	87,9
En el caso de haber oído hablar de los cigarrillos electrónicos, ¿considera que pueden suponer un riesgo para la salud? SI	47,5	48,7
En el caso de haber oído hablar de los cigarrillos electrónicos ¿Le parece que pueden ayudar a dejar de fumar? NO	44,1	52,7

Fuente: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

²² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014.

2.2 Alcohol

2.2.1 Consumo de alcohol en población adulta

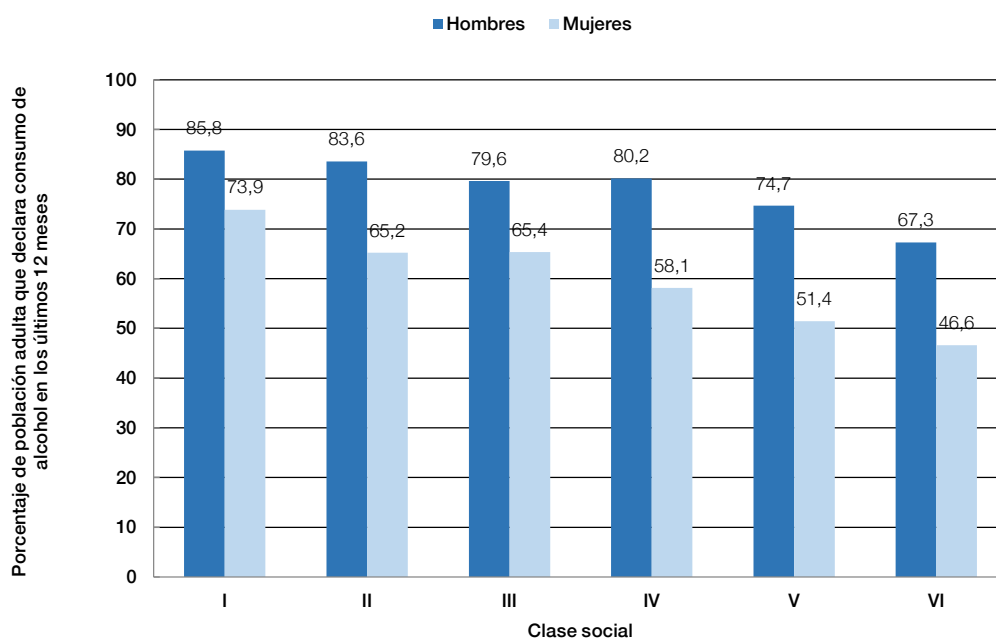
El 67,3% de la población de 15 y más años ha bebido alcohol alguna vez en el último año (77,5% de los hombres y 57,7% de las mujeres). Las diferencias por sexo se observan en todas las edades, pero son menores entre los más jóvenes.

Las diferencias de sexo en la prevalencia de bebedores están relacionadas con los gradientes educativos y ocupacionales. La prevalencia de consumo es mayor en las clases sociales altas, sobre todo en mujeres.

El 74,9% de las mujeres con estudios superiores habían bebido alcohol en el último año, frente al 45,2% de las mujeres con estudios básicos o inferiores: la diferencia se da en todos los grupos de edad.

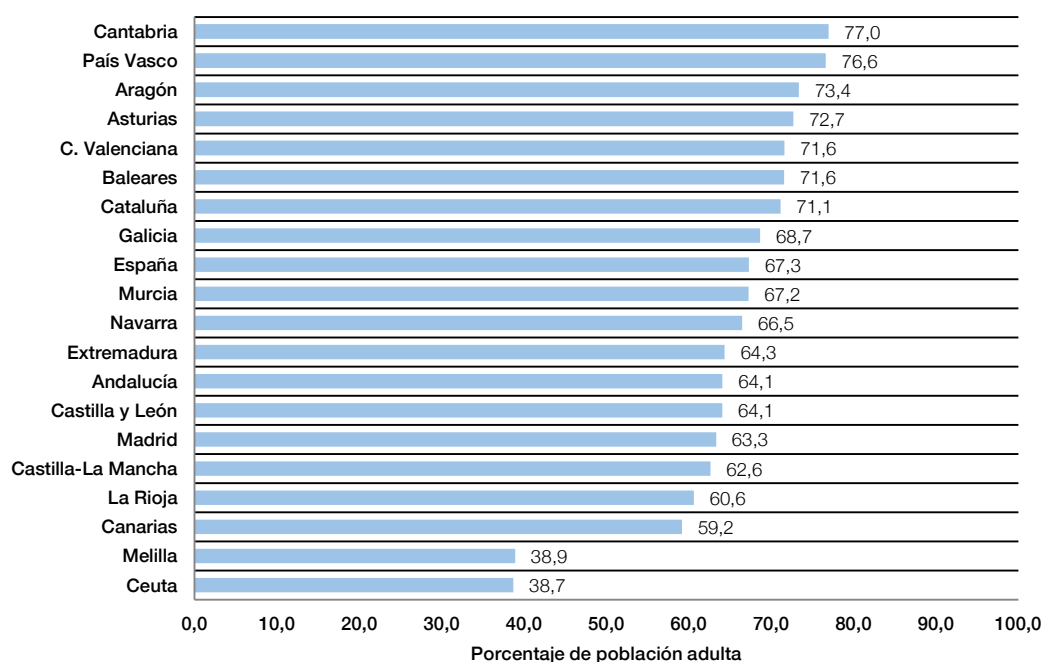
También hay claras variaciones territoriales: las comunidades autónomas del norte y el este peninsular muestran una mayor prevalencia de personas que han bebido alcohol en el último año

Gráfico 2-4 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 2-5 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2014



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Encuesta Europea de Salud en España.

El 1,6% de la población de 15 y más años declara beber por encima del umbral de riesgo (>40g/día en hombres y >20g/día en mujeres), menos de lo declarado nueve años antes (4,7%). La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuada en hombres, en quienes ha pasado del 6,8% al 2,0% en ese periodo. El porcentaje de hombres que consume alcohol en cantidad de riesgo para su salud es superior al de mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los más jóvenes. Por clase social es más frecuente en hombres y en las clases sociales más desfavorecidas.

Tabla 2-5 Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2006 -2014

	2006	2009	2011/2012	2014
Bebedores de riesgo	4,7	3,2	1,7	1,6
Hombres	6,8	4,0	2,1	2,0
Mujeres	2,7	2,5	1,4	1,2

Observaciones: El criterio para categorizar el consumo de alcohol como 'de riesgo' es de más de 40 g/día (hombre) y más de 20 g/día (mujer) en promedio.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

En cuanto al consumo intensivo episódico de alcohol, los hombres beben de manera intensiva más del doble que las mujeres, con mayor frecuencia, en mayor cantidad y durante más años. La frecuencia de consumo intensivo en el último mes es del 13,5% en hombres y el 5% en mujeres.

Tabla 2-6 Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Ambos sexos	9,1	14,1	16,3	9,6	8,7	6,8	3,8	1,2
Hombres	13,5	18,2	23	13	13,8	11,1	5,9	2,4
Mujeres	5	9,8	9,7	6,1	3,6	2,8	1,9	0,5

Observaciones: Porcentaje de personas de 15 y más años que han consumido alcohol de forma intensiva (6 o más unidades de bebida estándar –UBE– para hombres y 5 o más UBE para mujeres. El contenido de alcohol puro en una unidad de bebida estándar (UBE) se ha definido en 10g (equivalente a 12,5 ml).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

En el consumo intensivo episódico se observa un amplio rango entre las comunidades autónomas: destacan Navarra y Extremadura, con una elevada frecuencia declarada, más del 17%, frente al 9,1% del total nacional. En el extremo contrario está Cantabria por debajo del 5%.

2.2.2 Consumo de alcohol y ámbito laboral

El 21% de la población laboral manifiesta conocer a algún compañero de trabajo que consume en exceso alcohol u otras drogas, aunque la situación ha disminuido ligeramente respecto a años anteriores (24% en 2007).

La mayoría de la población laboral (86,6%) piensa que el consumo de alcohol y otras drogas psicoactivas en el ámbito laboral es un problema bastante importante/muy importante, por la posibilidad de provocar accidentes laborales (60,8%) y disminuir la productividad (51,3%). Opinan así un porcentaje algo superior de mujeres (87,2%) que de hombres (86,0%) y con cifras similares a años anteriores.

Tabla 2-7 Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013

<i>¿Piensa usted que el consumo de alcohol y de otras drogas en el medio laboral es un problema importante?</i>		
	2007	2013
Muy importante	48,3	52,8
Bastante importante	37,7	33,8
Poco importante	7,9	5,8
Nada importante	6,1	7,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

Por sectores, es en la administración pública, educación, sanidad y servicios sociales en los que se registra el mayor porcentaje de trabajadores que opinan que se trata de un problema bastante/muy importante²³.

En cuanto a las acciones consideradas importantes por la población laboral para realizar en el lugar de trabajo destacan: información y formación sobre drogas, orientación a los trabajadores con problemas de alcohol y otras drogas hacia centros especializados, y la necesidad de disponer de servicios de atención socio-sanitaria para consumidores de drogas.

2.3 Consumo de drogas en en estudiantes de educación secundaria (14 a 18 años)

El alcohol (76,8%) y el tabaco (31,4%) seguido del cannabis (25,4%) son las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años²⁴; le siguen por este orden: hipnosedantes, con o sin receta en el último año (10,8%), cocaína (2,8%), alucinógenos (1,2%), éxtasis (0,9%), anfetaminas (0,9%), inhalables volátiles (0,7%) y heroína (0,7%).

El consumo de drogas psicoactivas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, por el contrario el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombre que entre las mujeres.

Tabla 2-8 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas legales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Alcohol	76,8	75,3	78,2
Tabaco	31,4	29,6	33,2
Hipnóticos con o sin receta	10,8	7,7	13,8
Hipnóticos sin receta	5,3	3,8	6,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

Tabla 2-9 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Cannabis	25,4	28,0	23,0
Cocaína (polvo y/o base)	2,8	3,3	2,2
Alucinógenos	1,2	1,6	0,7
Éxtasis	0,9	1,2	0,6
Anfetaminas	0,9	1,3	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,9	0,4
Heroína	0,7	0,7	0,2

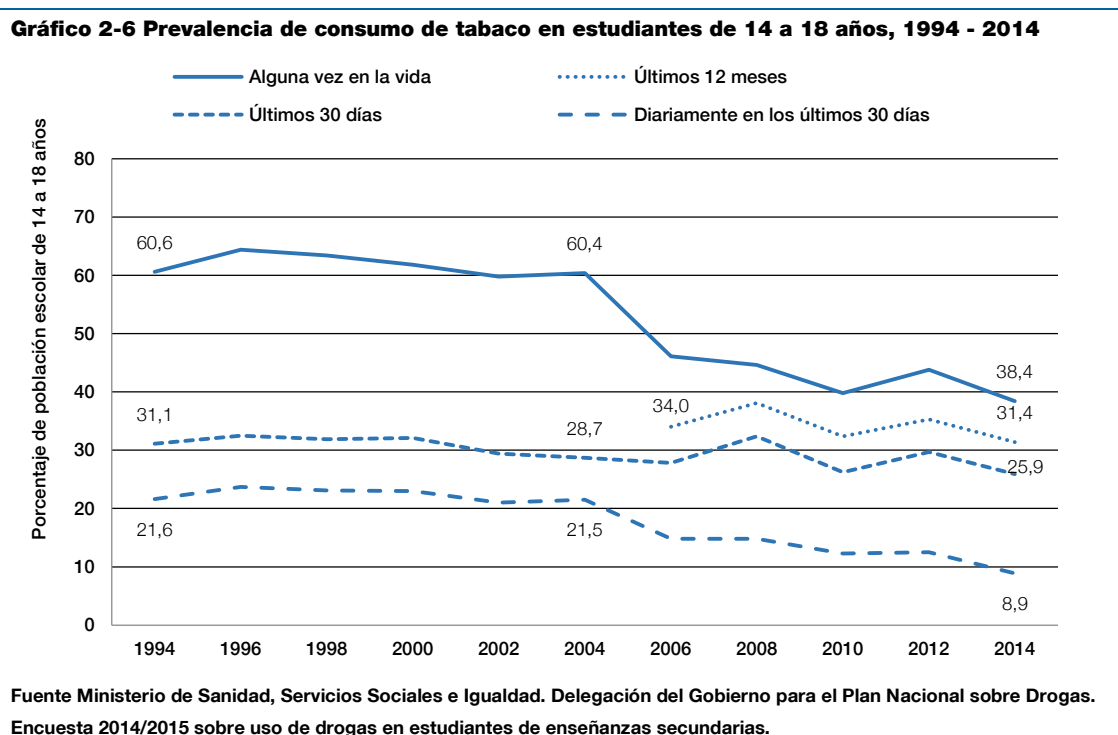
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

²³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2013/2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

²⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES).

2.3.1 Consumo de tabaco

Respecto al consumo de tabaco, continúa el descenso que se inició en 2004, aunque en el último año 137.000 escolares empezaron a consumir tabaco. En 2014, el 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9% lo fuma a diario; en los últimos diez años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido; en 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 8,9% en 2014 y si se compara con el año 1994 el descenso es de 12,7 puntos.



2.3.2 Consumo de alcohol

Aunque la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de 14 a 18 años sigue siendo alta hay una tendencia clara en su descenso. La reducción es más acusada en el caso de los consumos intensivos (frecuencia de borracheras en los últimos 30 días y consumo en forma de *atración*²⁵). Aun así, 285.700 estudiantes de entre 14 y 18 años han empezado a consumir alcohol (154.600 son mujeres). El 78,9% ha probado alguna vez en la vida el alcohol, el 76,8% han consumido en el último año y el 68,2% lo ha hecho en el último mes.

El porcentaje de estudiantes que bebe aumenta los fines de semana. Beben sobre todo cerveza entre semana y, en fin de semana, combinados, cerveza y vino. El alcohol lo consiguen ellos mismos directamente o bien a través de mayores de 18 años que se lo proporcionan.

²⁵ El consumo de bebidas alcohólicas en forma de atración se refiere al consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

En cuanto al consumo intensivo, destaca que el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años).

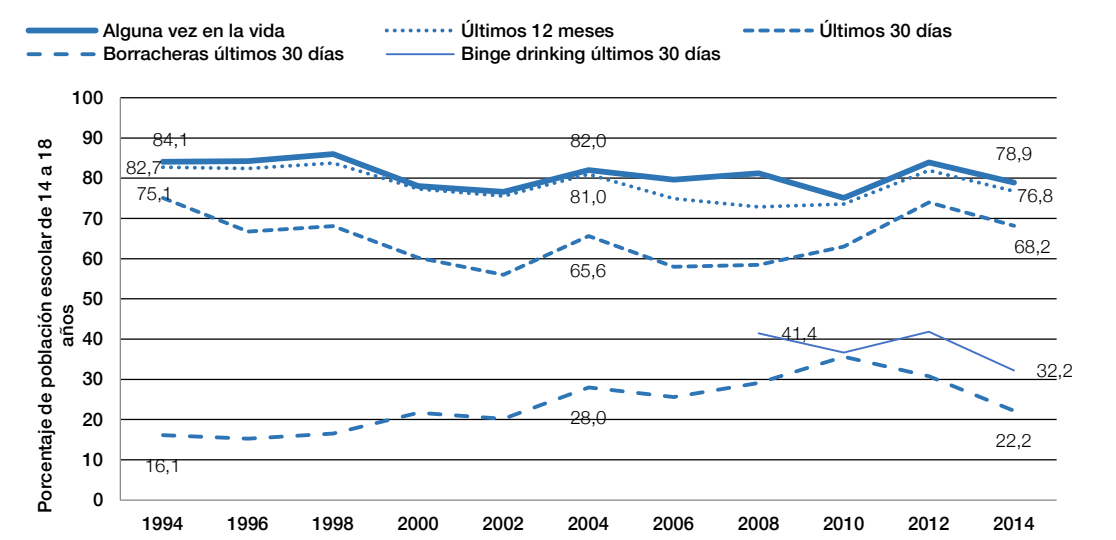
1 de cada 3 escolares ha consumido alcohol en forma de atracón (*binge drinking*) en los últimos 30 días. Este patrón de consumo aumenta con la edad: a los 18 años este porcentaje se eleva al 50%.

La prevalencia del botellón desciende ligeramente, 6 de cada 10 (57,6%) han participado en un botellón alguna vez en los últimos 12 meses (frente al 62% de 2012). La frecuencia de esta práctica también aumenta con la edad, hasta alcanzar el 71,9% a los 18 años.

También descienden las borracheras: 2 de cada 10 estudiantes se han emborrachado alguna vez en el último mes. Tiene un consumo de riesgo²⁶ durante los fines de semana 3 de cada 10 escolares (31,9%). Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos en el grupo de menor edad (14 y 15 años).

El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de *atracón* es similar al de las borracheras. El 37,1% de los estudiantes de 16 años y algo más de la mitad de los de 18 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes (50,6%).

Gráfico 2-7 Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

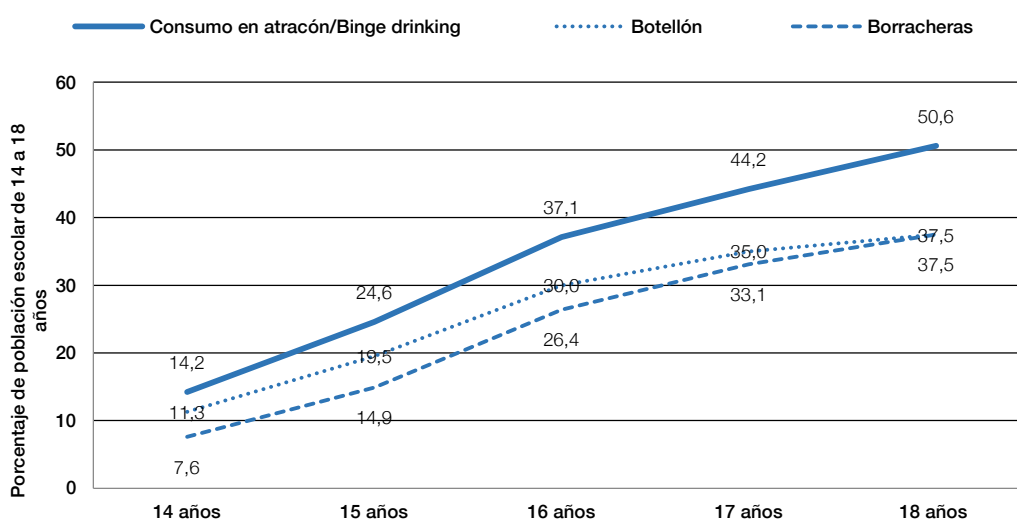
²⁶ Consumo de riesgo se refiere al% de estudiantes de 14 a 18 años que consumen más de 49 cc alcohol/día en hombres o más de 29 cc alcohol/día en mujeres durante el fin de semana (V, S y D).

Tabla 2-10 Prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en los estudiantes de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Consumo en atracón/Binge drinking	32,2	33,4	31,0
Botellón	57,6	55,9	59,3
Borracheras	22,2	23,3	22,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

Gráfico 2-8 Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años, según patrón de consumo y edad, 2014



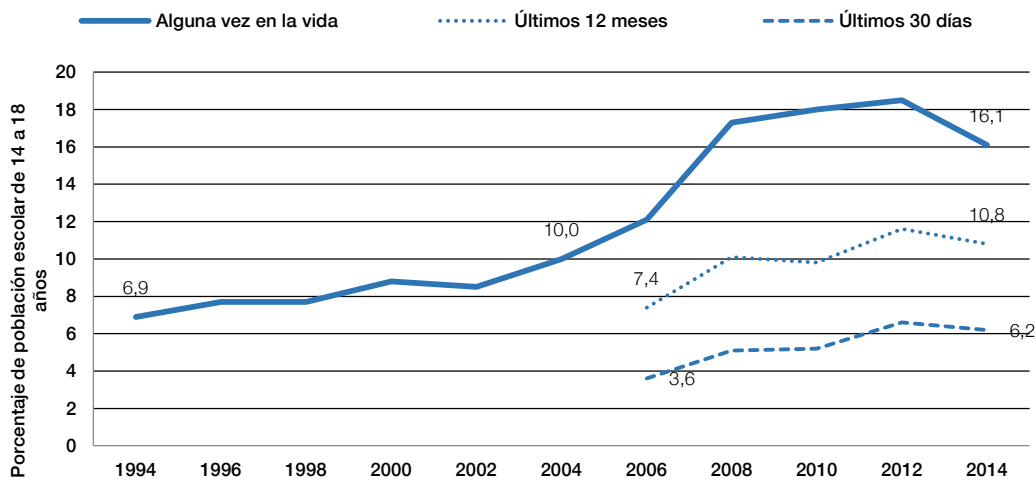
Observaciones: *Binge drinking* consumo en forma de *atracción* cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de 2 horas.

Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.3 Consumo de hipnosedantes

En el año 2014 ha disminuido el consumo de hipnosedantes con y sin receta mostrando una clara ruptura en la tendencia creciente que se viene observando desde 1994. Así, el 16,1% los ha consumido alguna vez en la vida; el 10,8% en los últimos 12 meses y el 6,2% en los últimos 30 días. El consumo de hipnosedantes sigue siendo fundamentalmente femenino. El porcentaje de mujeres que las ha consumido en el último año duplica el porcentaje de hombres consumidores (13,8% frente a 7,7%).

Gráfico 2-9 Prevalencia del consumo de hipnosedantes en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



Observaciones: consumo de hipnosedantes con y sin receta

Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

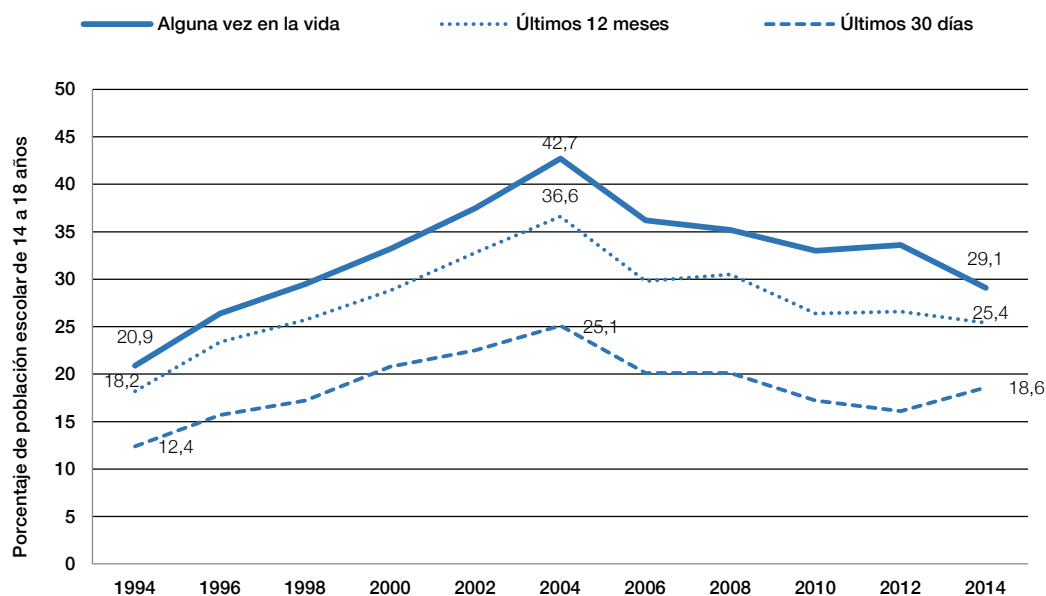
Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.4 Consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. En el año 2014 sigue bajando el consumo de esta sustancia: el 29,1% ha probado el cannabis alguna vez en su vida, frente al 42,7% que lo había hecho en 2004. En cambio, la proporción de estudiantes que han consumido en los últimos 30 días (18,6%) es la mitad, sensiblemente inferior, que en 2004 (25,1%). En este grupo, el 65,6% ha consumido principalmente marihuana; un 9% es consumidor de hachís, un 25,4% consume los dos tipos. Un 86,5% mezclan cannabis con tabaco.

El promedio diario de porros entre los consumidores en los 30 últimos días es de 3,2. En el último año empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años de forma habitual. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

Gráfico 2-10 Prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014

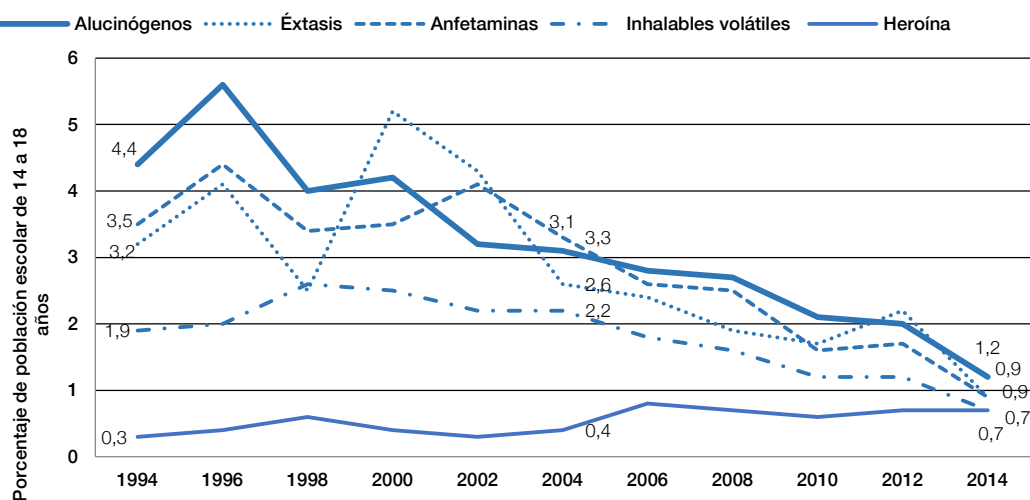


Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.5 Consumo de otras sustancias psicoactivas

En los datos de consumo de alucinógenos (1,2%) anfetaminas (0,9%), éxtasis (0,9%) inhalables volátiles (0,7%) y heroína (0,7%) continúa la tendencia descendente y se sitúa en los valores más bajos desde 1994.

Gráfico 2-11 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis y heroína en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.4 Obesidad y sobrepeso

2.4.1 Obesidad y sobrepeso en población adulta

La obesidad está considerada como uno de los principales factores de riesgo de un buen número de condiciones crónicas y problemas de salud, incluyendo la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer.

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, la obesidad afecta al 16,9% de la población de 18 y más años (17,1% de los hombres y 16,7% de las mujeres). Si consideramos también el sobrepeso, un 52,7% de la población de 18 o más años padece obesidad o sobrepeso.

Desde 1987²⁷, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m² (límite para considerar obesidad), en 2011 este porcentaje superó el 17%. En 2014, por primera vez no se observa un incremento en la prevalencia declarada de obesidad en España.

La frecuencia de obesidad presenta un gradiente inverso según el nivel de estudios. En 2014, mientras que el 26,4% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje es del 17,9% y del 12,2% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 8,7% en los de estudios universitarios. Este gradiente se viene observando continuamente, sin que las diferencias se hayan reducido.

Tabla 2-11 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2014

Nivel de estudios	2001	2003	2006	2009	2011/2012	2014
Educación primaria o inferior	22,5	20,9	22,0	24,1	26,7	26,4
Secundaria, primer ciclo	10,1	11,0	13,7	14,6	19,0	17,9
Secundaria, segundo ciclo	6,6	7,6	11,3	10,5	13,3	12,2
Estudios universitarios	6,1	5,8	9,5	9,5	9,8	8,7
Total	13,2	13,6	15,4	16,0	17,0	16,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España.

²⁷Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. La Encuesta Nacional de Salud de 1987 fue la primera encuesta nacional de salud realizada.

Tabla 2-12 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2014

	2001	2003	2006	2009	2011/2012	2014
Andalucía	17,5	17,6	18,0	19,6	21,2	19,9
Aragón	13,0	12,4	15,4	15,7	15,7	16,6
Asturias	14,9	13,3	14,1	21,7	18,7	18,6
Baleares	12,8	12,6	12,1	14,3	15,1	13,2
Canarias	14,0	14,6	16,1	15,2	18,2	19,3
Cantabria	14,4	12,0	14,1	12,2	11,1	15,1
Castilla y León	11,6	12,0	13,7	12,7	13,8	15,5
Castilla-La Mancha	15,4	17,1	17,2	18,4	20,6	19,7
Cataluña	11,1	11,5	14,5	14,1	14,3	15,0
Comunidad Valenciana	13,9	14,6	15,8	15,5	17,3	17,3
Extremadura	15,4	19,0	17,7	21,5	21,6	16,8
Galicia	11,4	14,4	16,9	16,9	19,2	20,7
Madrid	12,1	9,7	12,0	13,5	14,3	14,6
Murcia	14,2	15,7	19,4	22,2	20,3	17,3
Navarra	7,3	13,7	14,7	11,2	11,2	11,7
País Vasco	8,6	10,4	15,6	14,1	15,3	13,0
La Rioja	7,5	10,5	11,0	14,7	14,9	14,4
Ceuta				11,4	24,9	18,2
Melilla	14,1	12,8	17,4	19,8	12,8	19,4
España	13,2	13,6	15,4	16,0	17,0	16,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España.

2.4.2 Obesidad y sobrepeso en población infantil

Al igual que en los adultos, en los niños y adolescentes la obesidad se asocia con mayor prevalencia de diversos factores de riesgo de enfermedad, como pre-diabetes, diabetes tipo 2, hipertensión, síndrome metabólico, peor situación antioxidante, o incluso trastornos del sueño. Además los menores con exceso de peso tienen peor autoestima y calidad de vida, sin olvidar que tienen también mayor riesgo de sufrir patologías asociadas, en la etapa adulta.

Utilizando los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, los últimos datos disponibles²⁸ referidos al año 2015 sitúan la prevalencia de sobrepeso en la población escolar de 6 a 9 años en el 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas), y la prevalencia de obesidad en el 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas).

²⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España, 2015.

Tabla 2-13 Situación ponderal en población escolar de 6 a 9 años según sexo, 2015

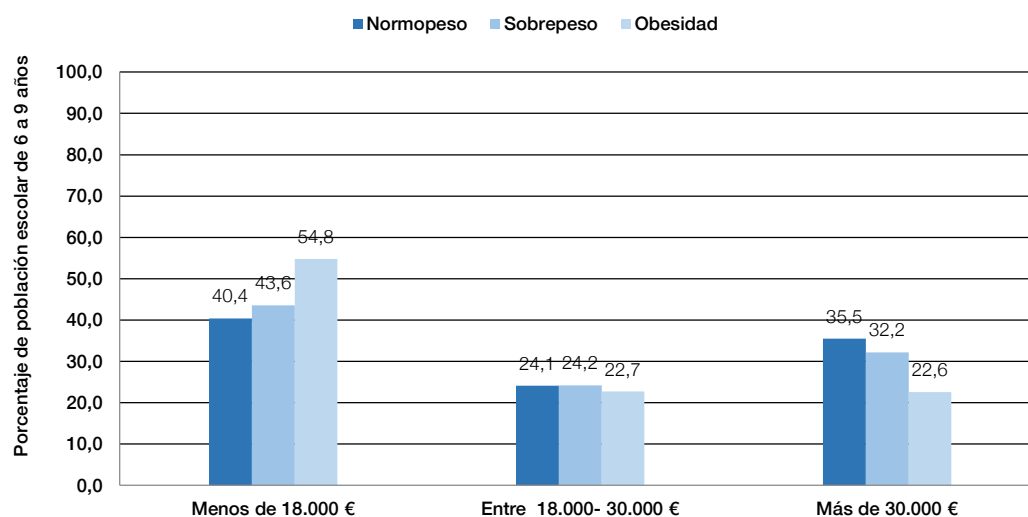
Población escolar (6 a 9 años)	Ambos sexos (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Delgadez	0,7	0,8	0,6
Normopeso	58,0	56,4	59,7
Sobrepeso	23,2	22,4	23,9
Obesidad	18,1	20,4	15,8

Observaciones: Según los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

De entre los posibles factores asociados a la obesidad, siguen relacionándose de forma significativa los relacionados con los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, como en no desayunar a diario, disponer de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, ver la televisión durante más de 2 horas diarias, dormir menos horas, así como el bajo nivel de ingresos económicos de la familia y el bajo nivel educativo de padres y madres.

Gráfico 2-12 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de 6 a 9 años, según ingresos económicos de la familia, 2015

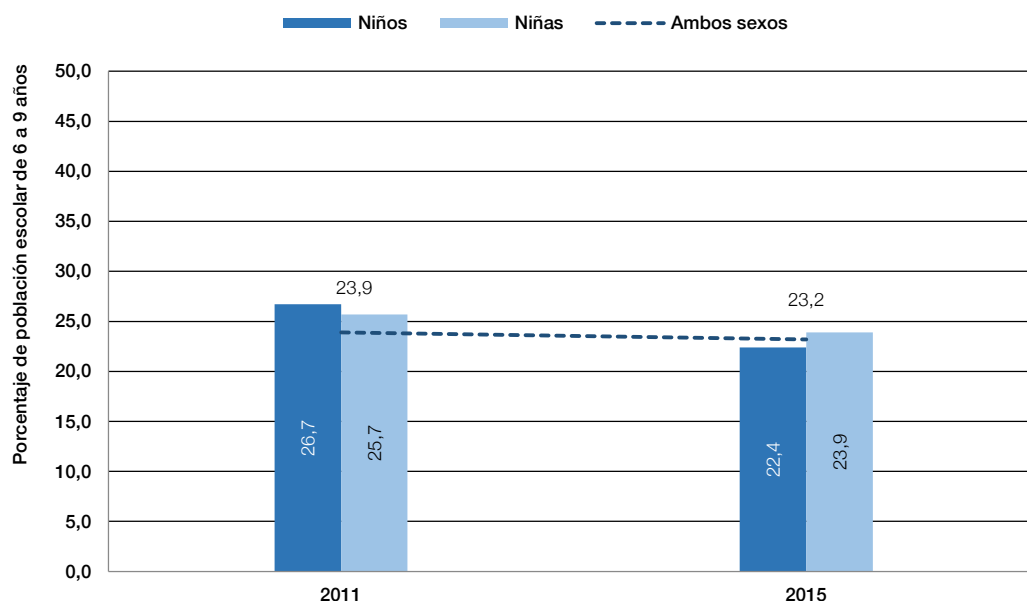


Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

En cuanto a la tendencia temporal desde el año 2011, la prevalencia de obesidad en la población escolar de 6 a 9 años, se ha estabilizado y la de sobrepeso ha disminuido. La prevalencia de sobrepeso (sin incluir obesidad), calculada mediante los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, disminuye significativamente del 26,7% al 22,4% en niños y del 25,7% al 23,9% en niñas.

Gráfico 2-13 Evolución de la prevalencia de sobrepeso en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015



Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la OMS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

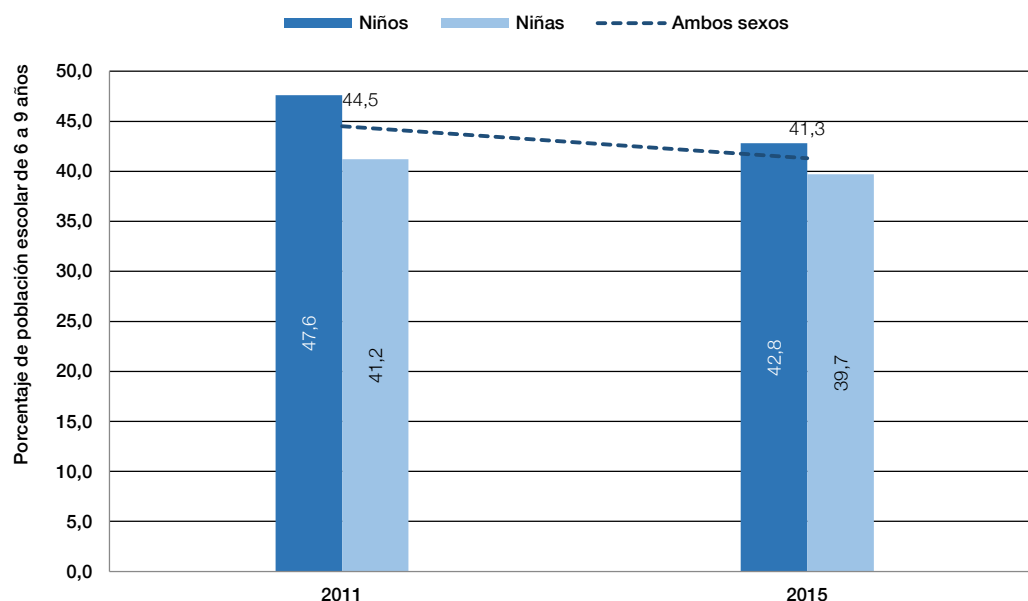
La mayoría de los padres (80,0%) creen que sus hijos tienen un peso normal, solamente un 12,0% piensa que tiene un ligero sobrepeso no encontrándose diferencias entre niños y niñas.

Tabla 2-14 Percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, 2015

Población escolar (6 a 9 años)	Ambos sexos (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Peso demasiado bajo	6,1	6,2	6,0
Peso normal	80,0	80,5	79,6
Ligero sobrepeso	12,0	11,4	12,6
Mucho sobrepeso	0,8	0,9	0,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

Gráfico 2-14 Evolución de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015



Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la OMS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad conjuntamente (exceso de peso) también se observa disminución tanto en niños (del 47,6% al 42,8%) como en niñas (del 41,2% al 39,7%). En conjunto se observa una disminución del 44,5% al 41,3%.

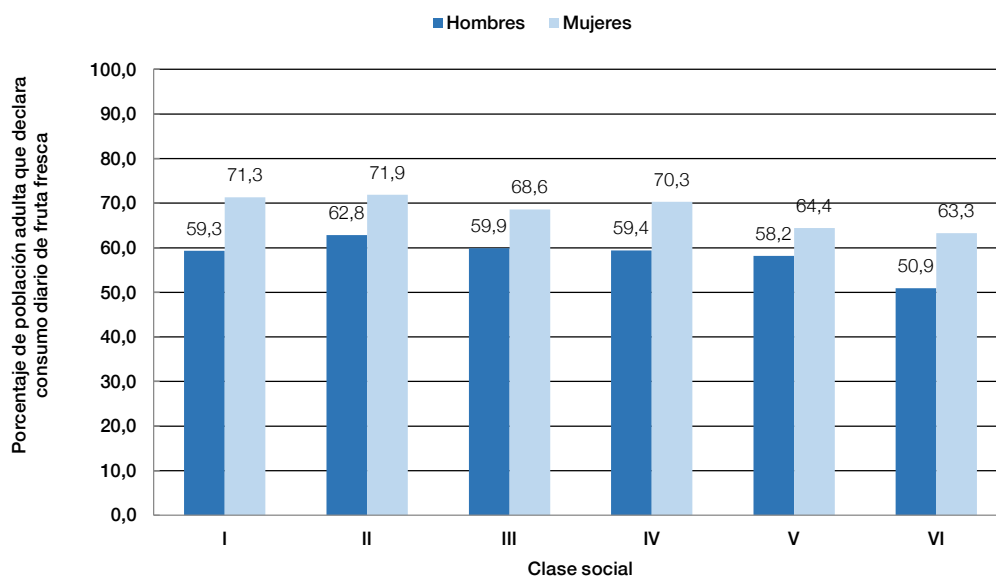
Según estos datos, parece haberse consolidado ese cambio en la tendencia de sobrepeso y obesidad infantil, y en el caso del sobrepeso, haberse iniciado una inversión más acusada de la tendencia.

2.5 Consumo de frutas y verduras

El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario fruta fresca (excluidos los zumos) es del 62,7%. Por sexo, el consumo diario de fruta se sitúa en el 58,2% en hombres y el 67,1% en mujeres.

Esta clara diferencia a favor de las mujeres en la prevalencia en el consumo diario de fruta fresca, está presentes en todas las clases sociales. Las diferencias de consumo entre las mujeres de la clase social más favorecida y las mujeres de la clase más desfavorecida son de 8 puntos y entre los hombres de la clase social más favorecida y los de la clase más desfavorecida son de 8,4 puntos.

Gráfico 2-15 Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014

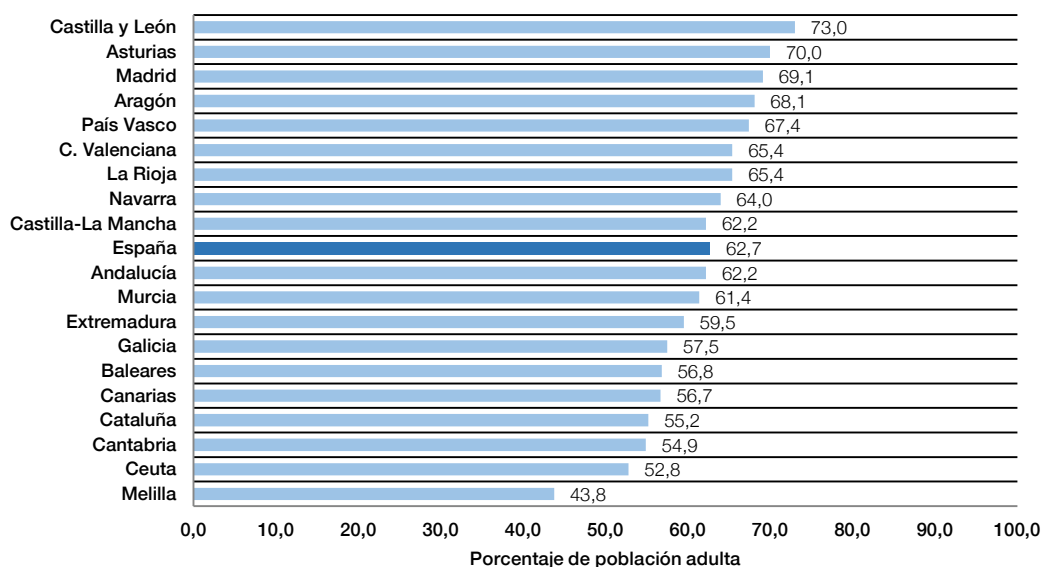


Observaciones: En el consumo de fruta fresca no se incluye el zumo

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

También encontramos variaciones entre territorios: Castilla y León, con el mayor consumo, supera en 24 puntos porcentuales a Melilla.

Gráfico 2-16 Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014

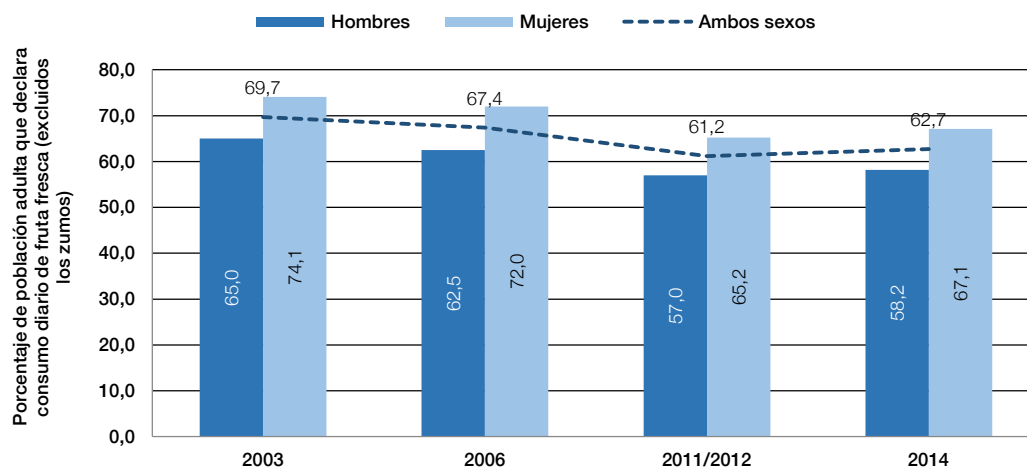


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor. En el consumo de fruta fresca no se incluyen zumos.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Del año 2003 al 2011/2012 se produjo un descenso en el consumo de fruta fresca (excluidos zumos) tanto en hombre como en mujeres; con los datos de 2014, parece que se está revirtiendo de una manera más patente en mujeres que en hombres.

Gráfico 2-17 Evolución del consumo fruta fresca (excluidos zumos) en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014

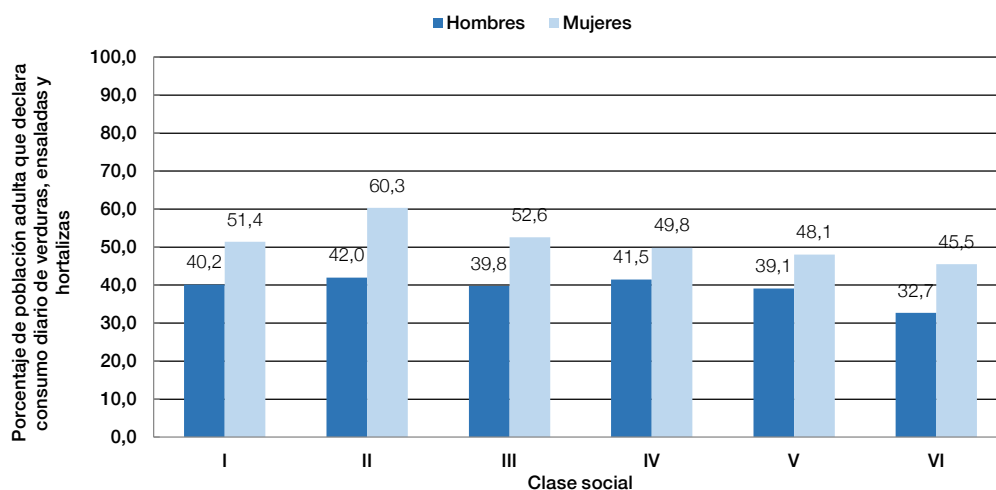


Observaciones: la población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y + años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario verduras, ensaladas y hortalizas es del 44,6%. Por sexo, el consumo diario se sitúa en 39,1% en hombres y en 50,0% en mujeres.

Gráfico 2-18 Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014

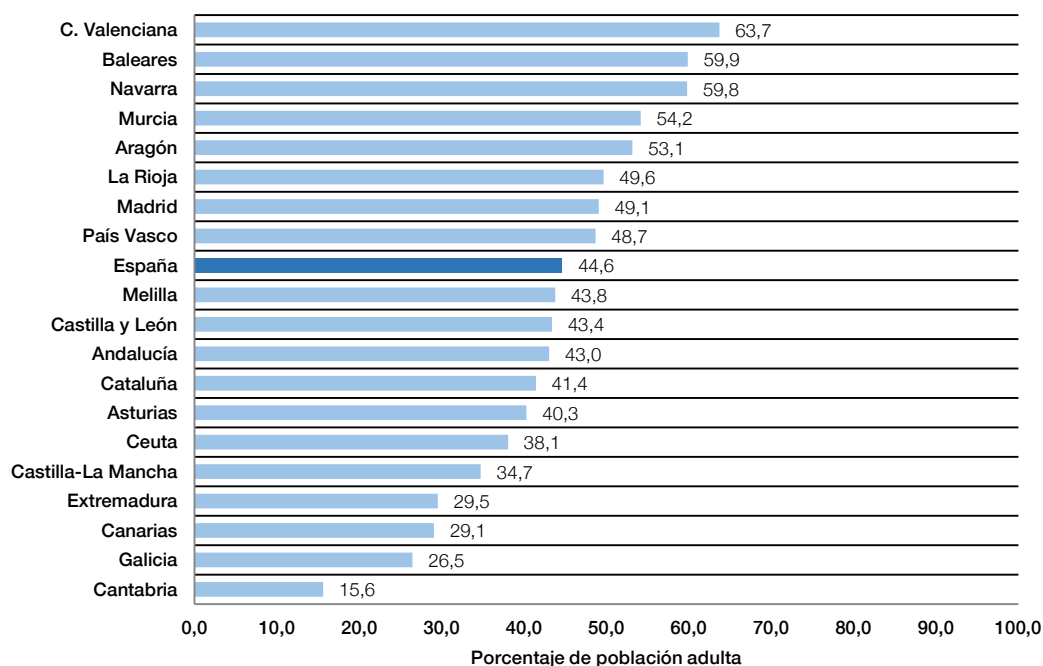


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Esta diferencia en la prevalencia en el consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas, a favor de las mujeres, está presente en todas las clases sociales. Las diferencias de consumo entre las mujeres de la clase social más favorecida y las mujeres de la clase más desfavorecida son de 5,9 puntos porcentuales y entre los hombres de la clase social más favorecida y los hombres de la clase más desfavorecida es de 7,5 puntos.

También encontramos variaciones entre territorios: la Comunidad Valenciana, con el mayor consumo, supera en 28,1 puntos a Cantabria con el menor consumo.

Gráfico 2-19 Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014

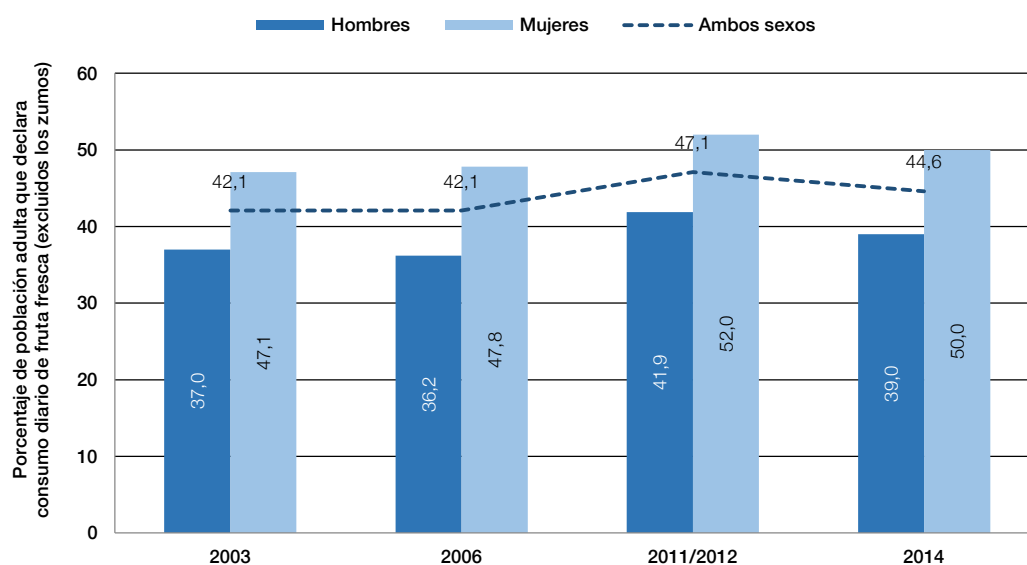


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Del año 2003 al 2011/2012 se produjo un incremento en el consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas tanto en hombre como en mujeres; con los datos de 2014, parece que no se confirma la tendencia.

Gráfico 2-20 Evolución del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014



Observaciones: la población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y + años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

La nutrición es un importante determinante de salud, el consumo de fruta y de vegetales es uno de los factores que puede jugar un papel y en la prevención de enfermedades crónicas como pueden ser la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el ciertos cánceres.

2.5.1 Fomento del hábito de la alimentación saludable en el trabajo

Mayoritariamente (64,0%) la población ocupada afirma que no se realizan actividades de fomento de la alimentación saludable en su lugar de trabajo.

Tabla 2-15 En su lugar de trabajo ¿se fomenta el hábito de la alimentación saludable?, 2014

Si	No	NS/NC	Total	(N)
32,3%	64,0%	3,6%	100%	3.153

Observaciones: NS/NC = No sabe a qué se refiere/No sabe / No contesta. (N) = Número de entrevistas.

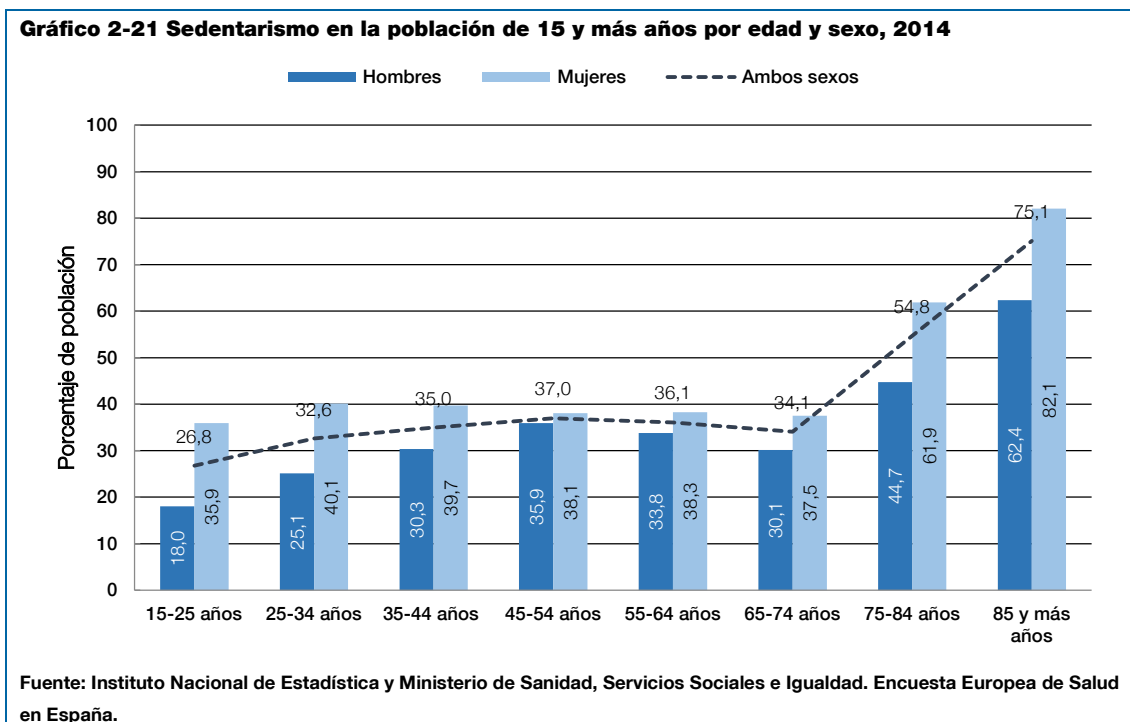
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

En aquellos casos en que se realizan actividades de fomento de la alimentación saludable, estas se centran en *charlas o materiales informativos* (41,2%) *recomendaciones sobre aperitivos o comidas saludables* (39,9%) y *máquinas expendedoras con contenido de alimentos saludables* (22,0%).

2.6 Actividad física

2.6.1 Sedentarismo y actividad física en tiempo libre

En España cuatro de cada diez personas de 15 y más años se declaran sedentarias en su tiempo libre. El 36,7% afirma que no hace ejercicio y que ocupa su tiempo de ocio de forma casi completamente sedentaria. El sedentarismo en el tiempo libre está más extendido entre las mujeres (42,0%) que entre los hombres (31,1%). La diferencia por sexo es mayor entre los jóvenes y entre las personas de mayor edad.



Por comunidades autónomas, Castilla-La Mancha y Murcia presentan los mayores porcentajes de sedentarismo, en torno al 45%, mientras que los menores porcentajes se observan en La Rioja, Navarra, y Baleares y Canarias, todas ellas por debajo del 30%. Según sexo, en todas las comunidades autónomas el sedentarismo es más frecuente en mujeres que en hombres.

Tabla 2-16 Sedentarismo en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	37,1	29,8	44,1
Aragón	41,6	38,0	45,2
Asturias	34,1	30,0	37,8
Baleares	28,2	23,4	32,8
Canarias	29,3	23,7	34,8
Cantabria	41,5	33,3	49,2
Castilla y León	33,5	32,4	34,6
Castilla-La Mancha	45,1	41,3	48,8
Cataluña	37,8	32,0	43,2
Comunidad Valenciana	35,9	31,3	40,3
Extremadura	33,3	28,7	37,9
Galicia	40,3	34,4	45,9
Madrid	37,3	30,0	43,8
Murcia	44,5	38,6	50,3
Navarra	28,0	24,1	31,8
País Vasco	31,7	25,8	37,1
La Rioja	27,8	24,9	30,7
Ceuta	33,7	28,2	40,1
Melilla	41,5	35,0	47,4
España	36,7	31,1	42,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Un nivel adecuado de actividad física regular en adultos reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y cáncer de colon, mejorando también los problemas músculo-esqueléticos. Es además un determinante clave del sobrepeso y la obesidad.

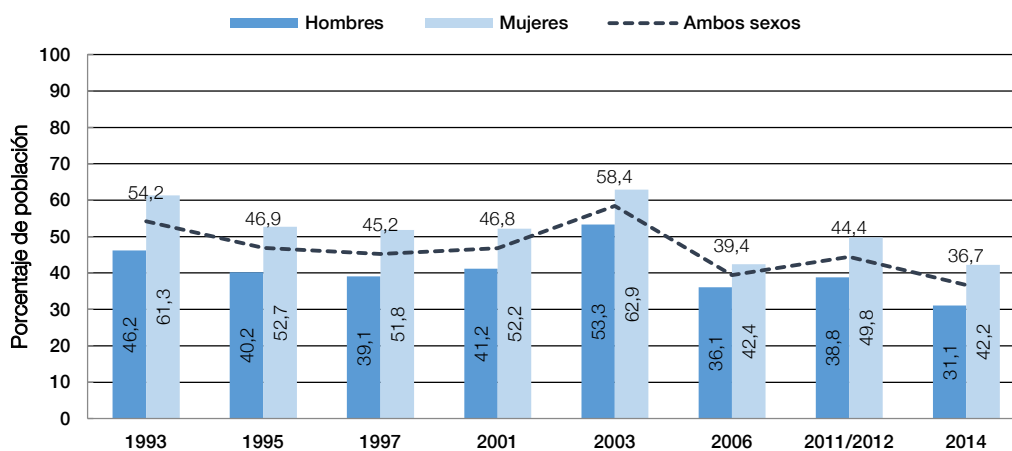
En las últimas décadas el sedentarismo (en tiempo libre) presenta una evolución irregular. En 2014, el porcentaje de personas que declaran ser sedentarias en su tiempo libre es el menor registrado desde 1993, tanto en hombres como en mujeres.

Los últimos datos disponibles de sedentarismo y actividad en tiempo de ocio en población infantil proceden de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2011/2012. El sedentarismo afecta al 12,1% de la población infantil de 5 a 14 años que no realiza actividad física alguna en su tiempo libre. El porcentaje de sedentarismo es el doble en niñas (16,3%) que en niños (8,2%), incrementándose con la edad tanto la frecuencia como el diferencial por sexo. De este modo en el grupo de 10 a 14 años, el 7,6% de los niños tiene un estilo de vida sedentario, frente al 19,7% en niñas.

En la práctica de actividad física o entrenamiento regular de la población infantil había diferencias destacadas entre comunidades autónomas. Llama la atención Aragón, Canarias, Cataluña, Extremadura, Navarra y La Rioja porque en ellas más del 60% de los menores hace actividad física regularmente o entrena.

La mitad de la población infantil pasa más tiempo libre del recomendado frente a una pantalla (televisión, ordenador, videojuegos u otros dispositivos electrónicos): el 51,9% de los niños y niñas de 1 año ve la televisión a diario, el 61,2% de entre 2 y 4 años la ve más de 1 hora al día, y el 52,3% de 5 a 14 años supera las 2 horas diarias (tiempos máximos recomendados para cada grupo de edad).

Gráfico 2-22 Evolución del porcentaje de sedentarismo en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014



Observaciones: En 2003 y 2006 se produjo un cambio en la formulación de la pregunta que debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

Tabla 2-17 Actividad física regular en tiempo libre en población infantil (5-14 años) según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	53,9	64,5	43,6
Aragón	67,9	72,2	63,7
Asturias	48,7	53,4	43,5
Baleares	54,8	59,3	49,0
Canarias	61,8	65,7	57,7
Cantabria	23,7	38,5	10,5
Castilla-La Mancha	52,8	65,0	39,2
Castilla y León	24,7	32,3	16,2
Cataluña	68,1	71,6	64,1
Comunidad Valenciana	57,6	67,2	46,5
Extremadura	67,3	77,3	59,1
Galicia	50,7	58,5	41,5
Madrid	56,0	66,4	45,2
Murcia	32,6	45,1	19,5
Navarra	74,2	81,2	67,1
País Vasco	52,7	58,0	47,2
La Rioja	67,9	68,0	67,8
Ceuta	44,5	48,9	40,1
Melilla	39,9	47,4	33,7
España	55,5	63,7	46,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

2.6.2 Actividad física en el trabajo

En la ocupación o actividad habitual, el 40,5% de la población adulta pasa la mayor parte de la jornada de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, y el 36,1% pasa sentada casi todo el día. En 1993 estos porcentajes eran de 51,0% y de 34,0% respectivamente.

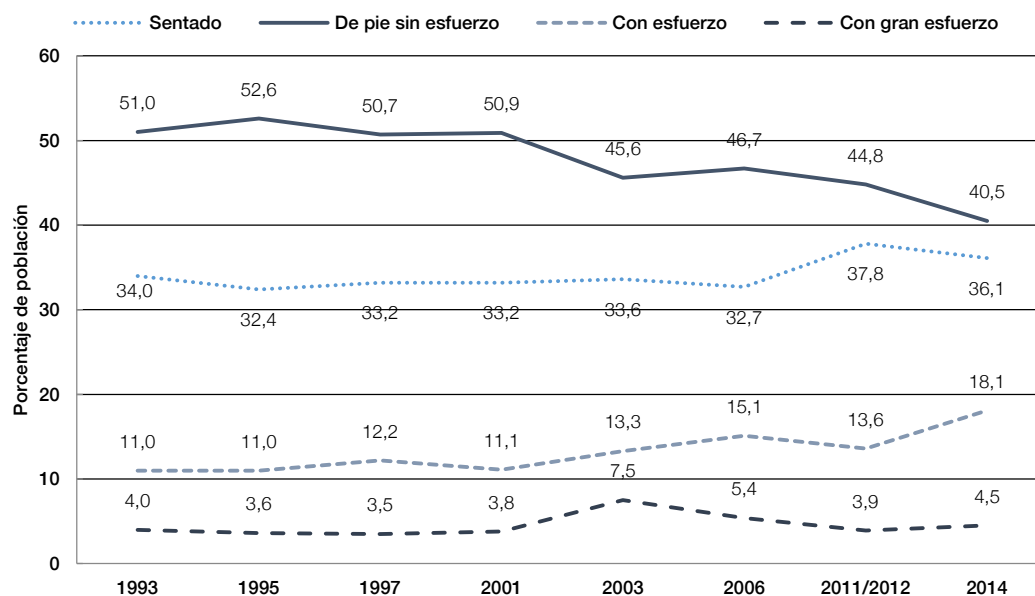
Los hombres realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico (7,4%) con mayor frecuencia que las mujeres (1,9%), y también las tareas que requieren caminar, llevar peso o efectuar desplazamiento son más frecuentes en hombres, 21,6% frente al 15,0% de las mujeres. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos (46,4% frente a 33,8%).

Tabla 2-18 Grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años según sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres(%)
Sentado la mayor parte del día	36,1	36,5	35,8
De pie sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	40,5	33,8	46,4
Caminando, llevando peso, efectuando desplazamientos frecuentes con esfuerzo	18,1	21,6	15,0
Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	4,5	7,4	1,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Gráfico 2-23 Evolución de los grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años, 1993-2014



Observaciones: En 2011/2012 y años posteriores, la población es de 15 y más años

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

En la evolución de la actividad física ocupacional se observa que tiende a disminuir la proporción de la población que pasa de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos ni esfuerzos.

La proporción de la los que pasaban sentados la mayor parte del día se mantiene en los valores alcanzados en 2011.

Por otra parte, de forma mayoritaria (76,3%) las personas con trabajo afirman que no se realizan actividades de promoción de la actividad física en su lugar de trabajo.

Tabla 2-19 En su lugar de trabajo ¿se realiza algún tipo de actividades de promoción de la actividad física?, 2014

Si	No	Total	(N)
23,7%	76,3%	100%	2.384

Observaciones: Distribución porcentual sobre respuestas válidas. (N) = Número de entrevistas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

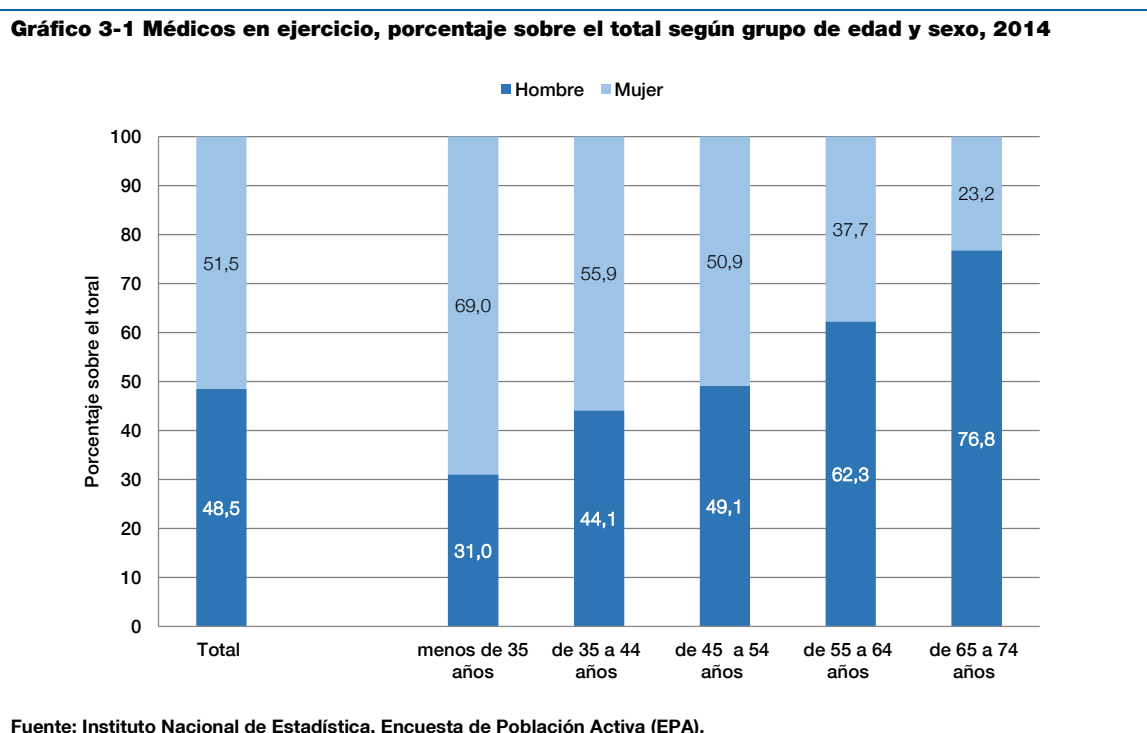
3 Recursos Asistenciales

3.1 Recursos humanos

3.1.1 Médicos

3.1.1.1 Médicos en ejercicio

El último dato de la EPA disponible muestra que el número de médicos que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado²⁹, es de 176.665 proporcionando una tasa de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes. Más de la mitad de los médicos en ejercicio (51,5%) son mujeres. El grupo de edad más feminizado es el de menores de 35 años y el de 65 a 74 años el menos. El porcentaje de mujeres crece en sentido inverso a la edad. También se observa un cierto grado de envejecimiento, el grupo de mayores de 44 años supone el 54,7% del total de los médicos que están trabajando y el de mayores de 54 años el 27,9%.



En los últimos quince años la tasa de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes se ha incrementado 0,6 puntos, manteniéndose en los últimos cinco años en torno al 3,8. La proporción

²⁹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA) 2014.

de mujeres entre los médicos ha pasado de 36,8% en el año 2000 a 51,5% en el año 2014 lo que supone un incremento en ese periodo de 14,7 puntos. Desde el año 2000 la proporción del grupo médicos de 35 a 44 años ha disminuido 13,6 puntos pasando de 39,2% del total de médicos a 25,6% en el año 2014 y el grupo de 55 a 64 años ha aumentado en 15,6 puntos pasando en el mismo periodo de quince años de 8,9 a 24,5%.

Gráfico 3-2 Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014

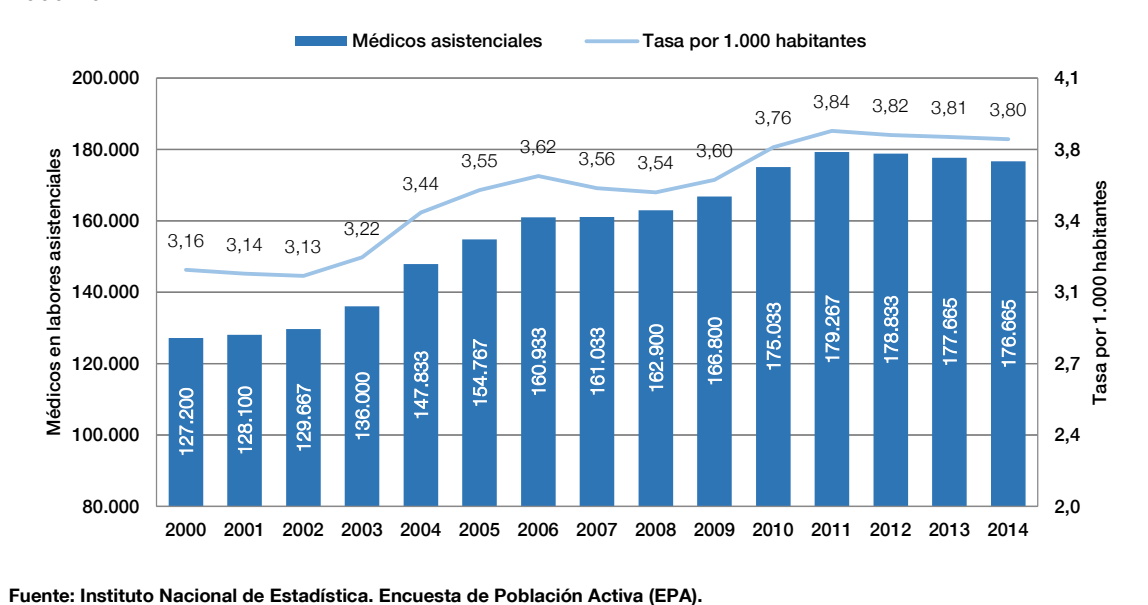


Gráfico 3-3 Evolución del número de médicos en labores asistenciales según sexo, 2000-2014

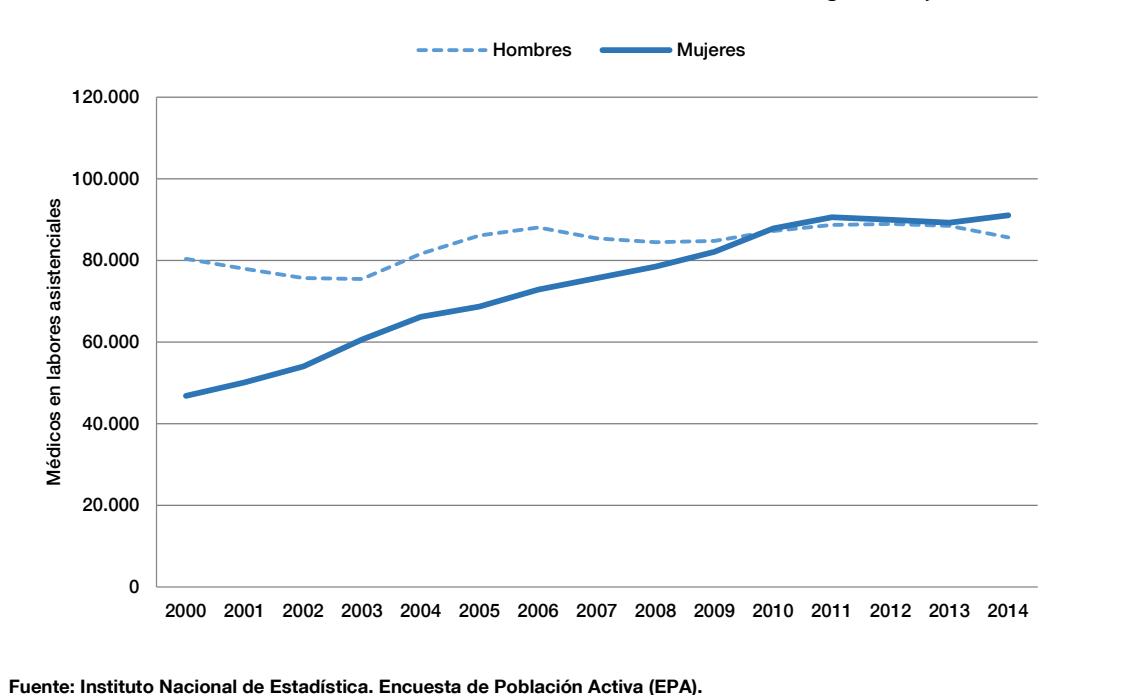
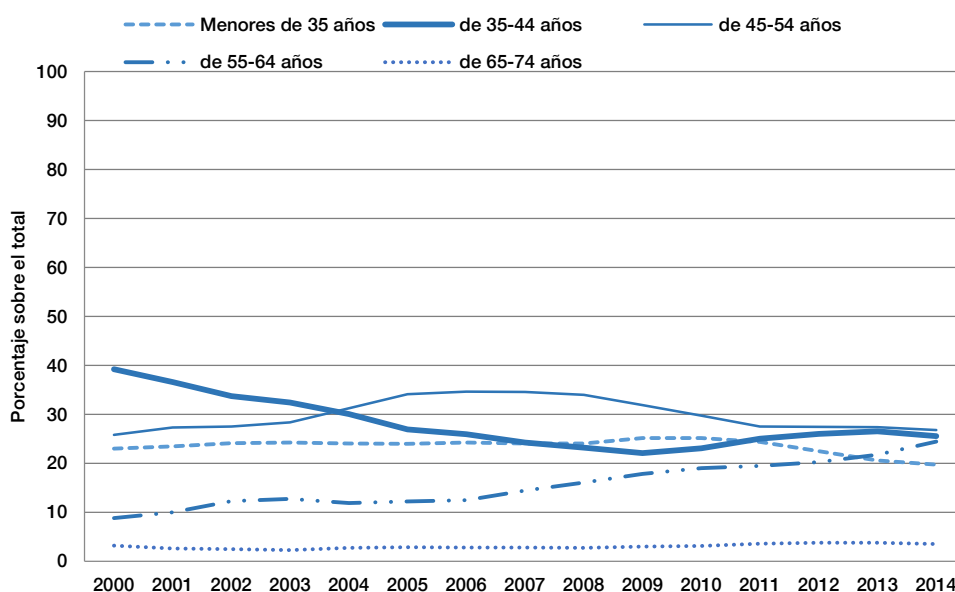


Gráfico 3-4 Evolución del porcentaje de médicos en labores asistenciales según grupo de edad, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

3.1.1.2 Médicos en el Sistema Nacional de Salud

El número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud es de 116.711³⁰ de los que 34.888 médicos (28.480 de medicina de familia y 6.408 pediatras) trabajan en atención primaria, lo que supone una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 personas asignadas. Se estima que en los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan en labores asistenciales 78.285 médicos (sin contar con los médicos especialistas en formación postgrado), además, se cuenta con 3.538 médicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, todo lo cual supone una tasa de 1,7 médicos por 1.000 habitantes.

En el Sistema Nacional de Salud, por cada médico que trabaja en atención primaria 2,2 están trabajando en atención especializada, o lo que es lo mismo, el 31,0% de los médicos del SNS prestan sus servicios en atención primaria y el 69,0% en atención especializada. De cada 10 médicos que trabajan en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por grupos de especialidades, corresponden: 4 a Medicina Interna y especialidades médicas, 2 a Cirugía General o de especialidades quirúrgicas, 1 a Ginecología y Obstetricia, 1 a Traumatología y Ortopedia, 1 a Servicios Centrales y 1 al Área de Urgencias.

Una oferta adecuada de médicos, tanto en atención primaria como en atención especializada, que tenga en cuenta la demanda de servicios y la mayor o menor dispersión de la

³⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2015 y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) 2015 mediante estimación con datos aportados por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

población, entre otros elementos, permite proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de calidad.

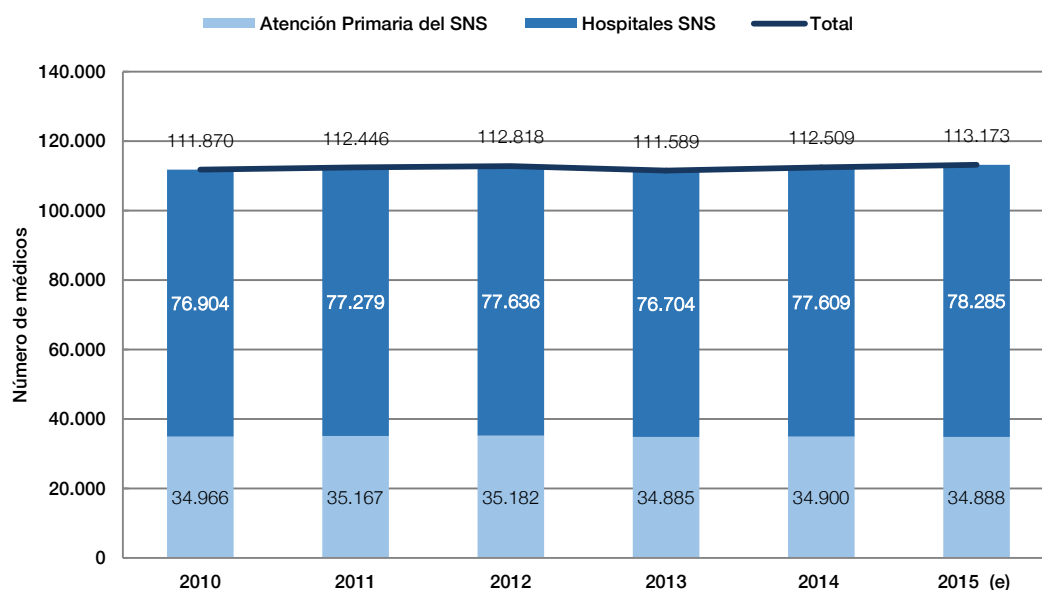
Tabla 3-1 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015

	Atención Primaria SNS		Hospitales SNS		Total SNS	
	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.
2014	34.900	0,8	77.609	1,7	112.509	2,5
2015 (e)	34.888	0,8	78.285 (e)	1,7 (e)	116.711 (e) (*)	2,5 (e) (*)

Observaciones: La tasa de médicos de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas. (e) El número de médicos en hospitales del SNS en el año 2015 es estimado. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. El número de médicos de los hospitales SNS se refiere a personal vinculado, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial. (*) En el Total SNS del año 2015 se han incluido 3.538 médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Gráfico 3-5 Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2015



Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras de médicos que trabajan en los hospitales del SNS se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. El total no incluye los 3.538 médicos del Servicio de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 3-2 Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2015

	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.826	1.132	5.958	0,7
Aragón	959	175	1.134	0,9
Asturias	655	120	775	0,7
Baleares	530	140	670	0,6
Canarias	1.174	314	1.488	0,8
Cantabria	365	78	443	0,8
Castilla y León	2.332	288	2.620	1,1
Castilla-La Mancha	1.344	250	1.594	0,8
Cataluña	4.397	1.012	5.409	0,7
Comunidad Valenciana	2.762	794	3.556	0,7
Extremadura	813	134	947	0,9
Galicia	1.857	326	2.183	0,8
Madrid	3.505	891	4.396	0,7
Murcia	830	242	1.072	0,8
Navarra	390	109	499	0,8
País Vasco	1.456	334	1.790	0,8
La Rioja	216	45	261	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,6
SNS	28.480	6.408	34.888	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Tabla 3-3 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	11.643	1,4
Aragón	2.718	2,1
Asturias	2.110	2,0
Baleares	1.769	1,6
Canarias	3.015	1,4
Cantabria	1.015	1,7
Castilla y León	4.317	1,7
Castilla-La Mancha	3.512	1,7
Cataluña	12.702	1,7
Comunidad Valenciana	7.814	1,6
Extremadura	1.871	1,7
Galicia	4.525	1,7
Madrid	11.759	1,8
Murcia	2.459	1,7
Navarra	1.212	1,9
País Vasco	4.424	2,0
La Rioja	514	1,6
Ceuta y Melilla	230	1,4
SNS	77.609	1,7

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen los médicos vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La capacitación de los médicos del servicio público es uno de los aspectos mejor valorados por la ciudadanía como lo indican los resultados del Barómetro Sanitario, que asignan una gran importancia a dicha capacitación, a la hora de mostrar sus preferencias entre los servicios sanitarios públicos o privados.

Tabla 3-4 En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta...la capacitación de los médicos, 2015

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
63,8%	15,9%	19,5%	0,8%	7.746

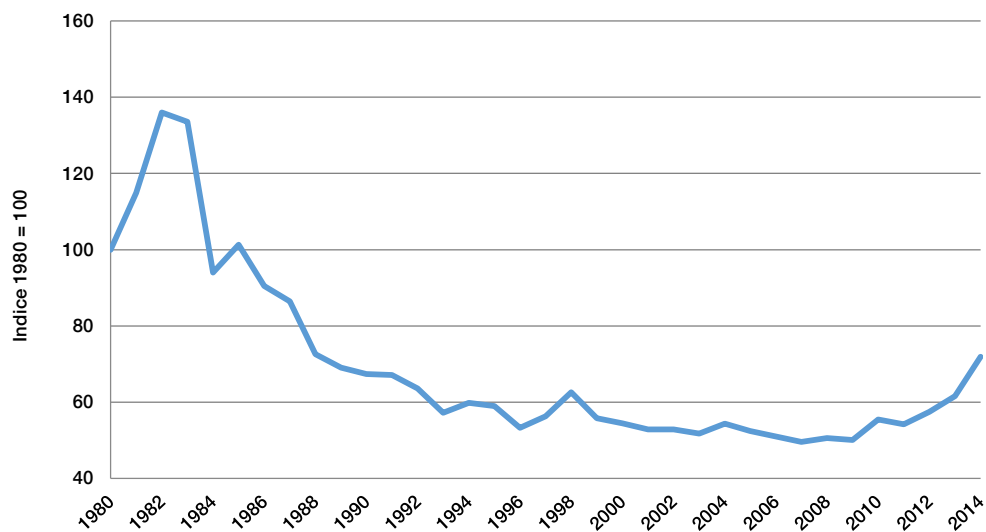
Observaciones: NC = no contesta. (N)= número de entrevistas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

3.1.1.3 Nuevos médicos graduados

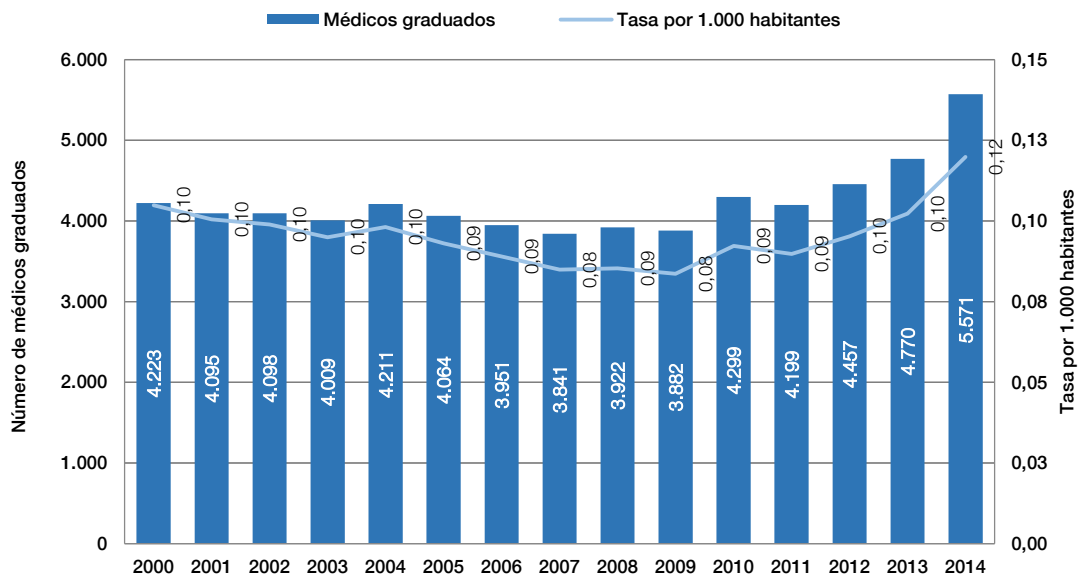
En el año 2014 se han graduado más de 5.500 médicos lo que supone contar con 1.348 graduados más que en el año 2000, aunque significativamente inferior (- 72%) si lo comparamos con el año 1980. En relación con los habitantes, en 2014, el número de nuevos médicos está en 0,1 por cada 1.000 habitantes; si lo relacionamos con los médicos en ejercicio, se han graduado 31,4 médicos por cada 1.000 médicos en activos, 1,7 puntos menos que en el año 2000.

Gráfico 3-6 Evolución del número de médicos graduados, 1980-2014



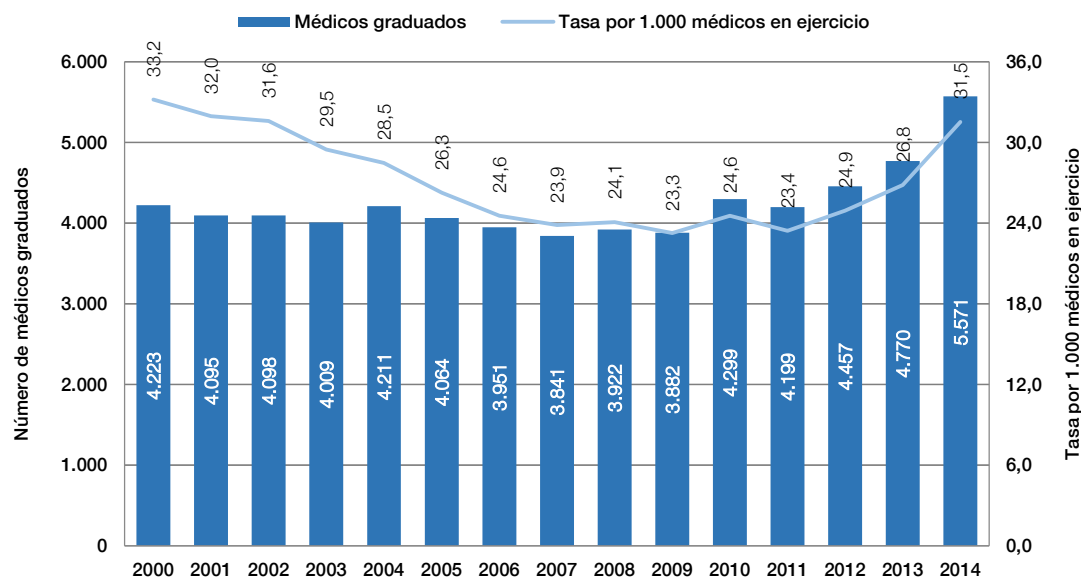
Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-7 Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-8 Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 médicos en ejercicio, 2000-2014

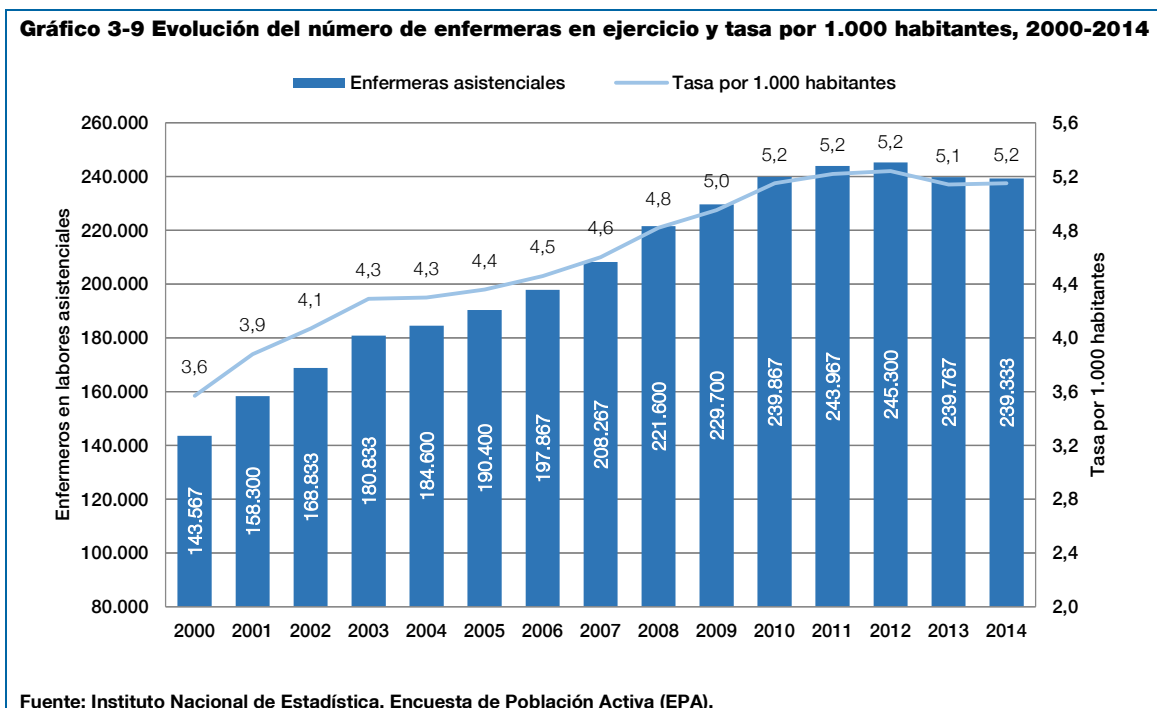


Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

3.1.2 Enfermeras

3.1.2.1 Enfermeras en ejercicio

Un total de 239.333 enfermeras trabajan tanto en el sector público como en el sector privado³¹, lo que proporciona una tasa de 5,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En los últimos quince años la tasa de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes ha crecido 1,6 puntos.



3.1.2.2 Enfermeras en el Sistema Nacional de Salud

En el Sistema Nacional de Salud, en el año 2015, trabajan 169.233 enfermeras, 3.632 más que en el año 2014. Los centros de salud y consultorios de atención primaria, cuentan con 29.441 efectivos, con una tasa de 0,6 enfermeras por cada 1.000 personas asignadas. Según datos avance de 2015³² en los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 136.699 enfermeras (sin incluir las enfermeras en formación postgrado) con una tasa de 2,9 por cada 1.000 habitantes. En los Servicios de Urgencia y Emergencias 112/061 trabajan 3.093 enfermeras. La tasa para el conjunto del SNS es de 3,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

³¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2014.

³² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Tabla 3-5 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015

	Atención Primaria SNS		Hospitales SNS		Total SNS	
	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.
2014	29.642	0,6	135.959	2,9	165.601	3,5
2015 (e)	29.441	0,6	136.699 (e)	2,9 (e)	169.233 (e) (*)	3,5 (e) (*)

Observaciones: La tasa de enfermeras de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas.

(e) El número de enfermeras en hospitales del SNS en el año 2015 es estimado. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. El número de enfermeras de los hospitales SNS incluye matronas y enfermeras especialistas y se refiere a personal vinculado, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

(*) En el total SNS se han incluido 3.093 enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Tabla 3-6 Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015

	Enfermeras	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.819	0,6
Aragón	952	0,7
Asturias	685	0,7
Baleares	545	0,5
Canarias	1.196	0,6
Cantabria	403	0,7
Castilla y León	2.114	0,9
Castilla-La Mancha	1.441	0,7
Cataluña	5.024	0,7
Comunidad Valenciana	3.158	0,6
Extremadura	904	0,8
Galicia	1.776	0,7
Madrid	3.263	0,5
Murcia	810	0,6
Navarra	466	0,8
País Vasco	1.562	0,7
La Rioja	242	0,8
Ceuta y Melilla	81	0,5
SNS	29.441	0,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

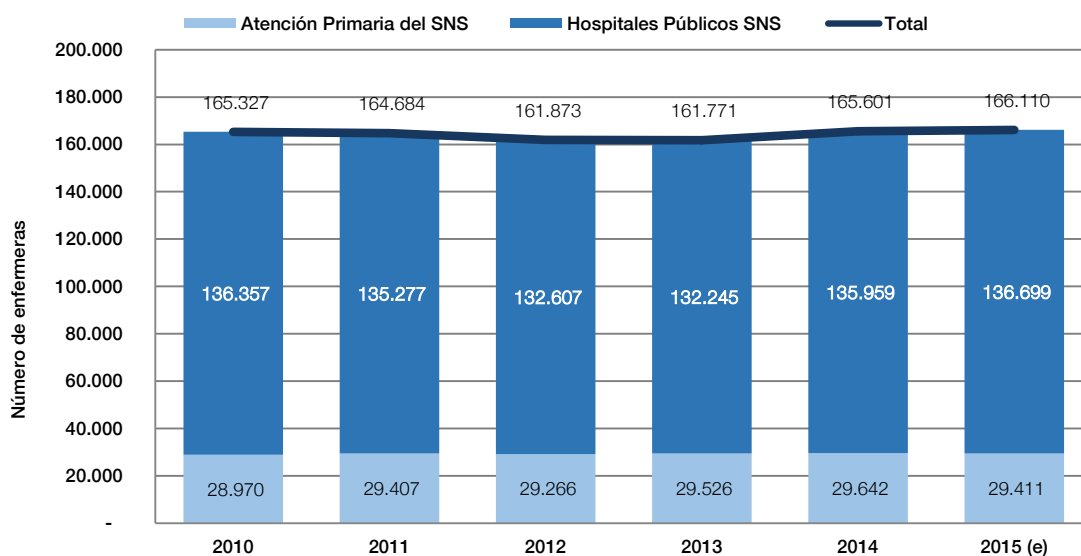
Tabla 3-7 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en los hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014

	Enfermeras	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	21.089	2,5
Aragón	5.576	4,2
Asturias	3.731	3,5
Baleares	3.409	3,0
Canarias	5.649	2,7
Cantabria	1.838	3,1
Castilla y León	7.450	3,0
Castilla-La Mancha	5.729	2,8
Cataluña	21.619	2,9
Comunidad Valenciana	12.843	2,6
Extremadura	3.163	2,9
Galicia	8.155	3,0
Madrid	19.096	3,0
Murcia	3.989	2,7
Navarra	2.059	3,2
País Vasco	9.156	4,2
La Rioja	971	3,1
Ceuta y Melilla	437	2,6
SNS	135.959	2,9

Observaciones: El número de enfermeras de los hospitales del SNS incluye matronas y enfermeras especialistas. Los datos se refieren a enfermeras vinculadas, es decir, aquellas que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Gráfico 3-10 Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales en el SNS según nivel asistencial, 2010-2015



Observaciones: (e) datos estimados. El total no incluye las 3.538 enfermeras del Servicio de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Desde 2010 se venía detectando una disminución de los efectivos de enfermería, tendencia que no se confirma con datos de 2014 ni con las estimaciones para el año 2015.

Tabla 3-8 Ratio de enfermeras por médico en labores asistenciales el Sistema Nacional de Salud según nivel asistencial, 2015

	Atención Primaria del SNS			Hospitales del SNS			Total SNS (e)(*)		
	M	E	E/M	M	E	E/M	M	E	E/M
2014	34.900	29.642	0,8	77.609	135.959	1,7	112.509	165.601	1,5
2015	34.888	29.441	0,8	78.285 (e) (*)	136.699 (e) (*)	1,7 (e) (*)	116.711 (e) (*)	169.233 (e)(*)	1,5(e)(*)

Observaciones: "M" = Médicos. "E" = Enfermera. "E/M" = ratio enfermera por médico.

(e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

(*) El total de 2015 incluye 3.538 médicos y 3.093 enfermeras que trabajan en el Servicio de Urgencias y Emergencias del 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061

Como en el caso de los médicos, la capacitación de las enfermeras del servicio público es uno de los aspectos más valorados por la ciudadanía.

Tabla 3-9 En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta la capacitación de los enfermeras?, 2015

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
63,5%	16,2%	19,4%	0,9%	7.746

Observaciones: NC = no contesta. (N) = número de entrevistas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

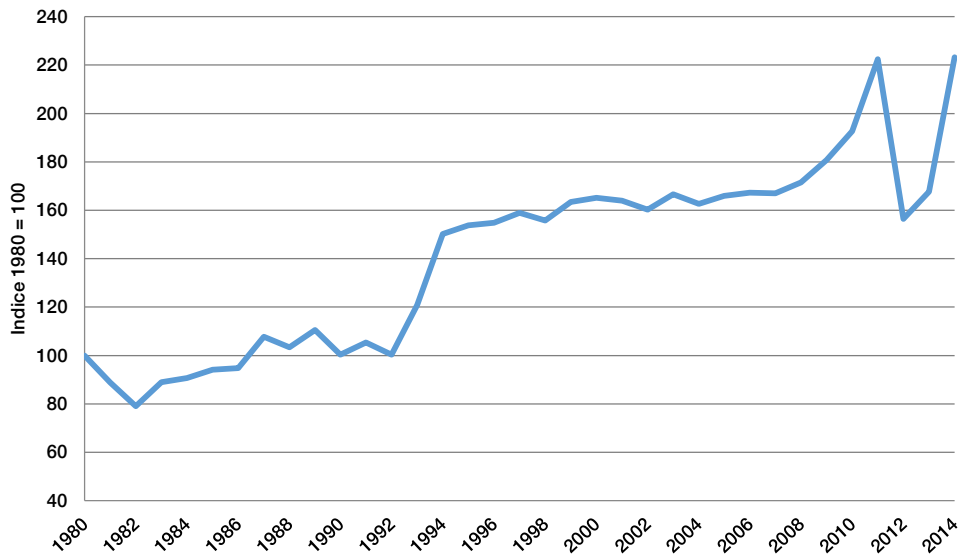
El número de enfermeras por médico en el Sistema Nacional de Salud es de 0,8 en los Centros de Salud (CS) y Consultorios Locales (CL) y 1,7 en los hospitales del SNS con una ratio total de 1,5 enfermeras por médico; en el total están incluidos los efectivos de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

3.1.2.3 Nuevas enfermeras graduadas

En el año 2014 se han graduado 11.700 enfermeras lo que supone contar con más de 3.000 graduadas que en el año 2000. Si lo comparamos con el año 1980 el crecimiento del número de graduadas es de más del doble (223,3%).

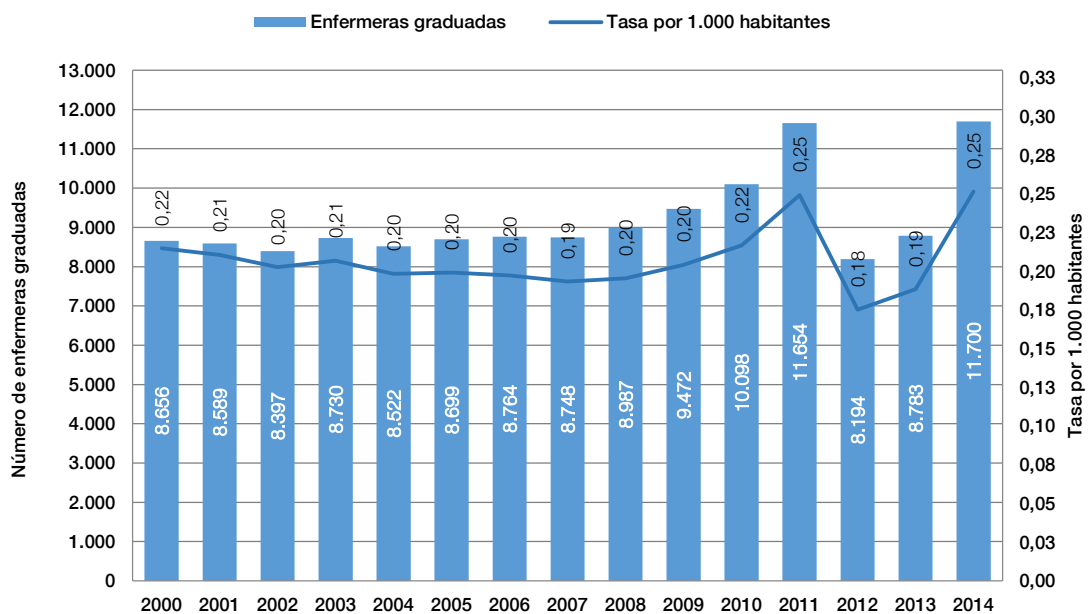
En relación con los habitantes el número de nuevas enfermeras en 2014 está en una cifra cercana 0,3 por cada 1.000 habitantes; si lo relacionamos con las enfermeras en ejercicio, se han graduado 48,9 enfermeras por cada 1.000 enfermeras en activos, 11,4 puntos menos que en el año 2000.

Gráfico 3-11 Evolución del número de enfermeras graduadas, 1980-2014



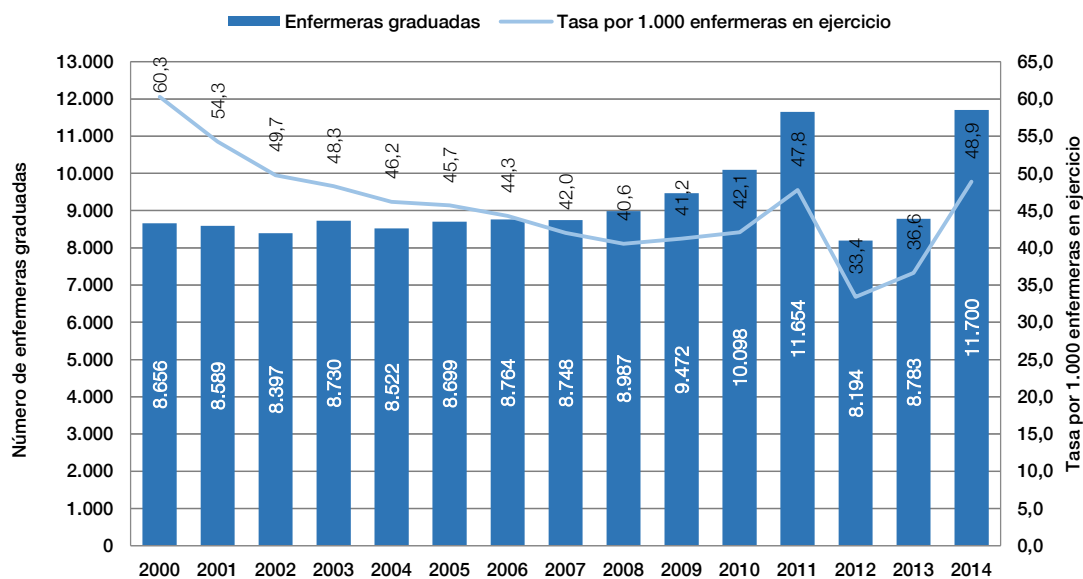
Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-12 Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-13 Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 enfermeras en ejercicio, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

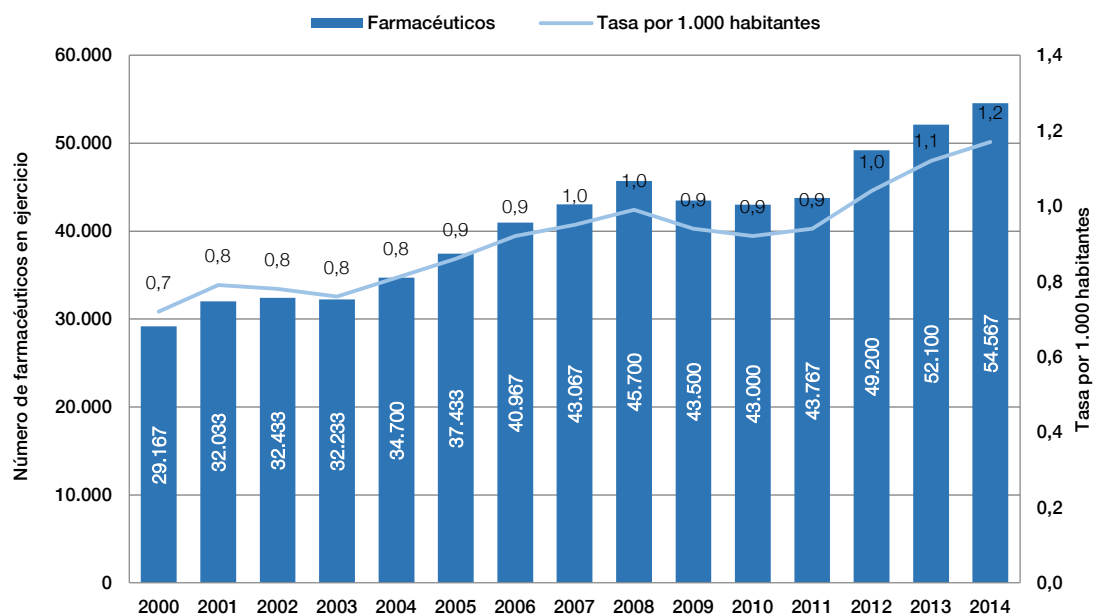
3.1.3 Farmacéuticos

3.1.3.1 Farmacéuticos en ejercicio

En el año 2014 están trabajando, tanto en el sector público como en el sector privado³³, 52.567 farmacéuticos lo que supone contar con una tasa de 1,2 por cada 1.000 habitantes. En los quince últimos años se ha producido un aumento de la tasa de farmacéuticos en activo, con un crecimiento de 0,5 puntos.

³³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2014.

Gráfico 3-14 Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

3.1.3.2 Farmacéuticos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud³⁴ en 2015, el número de profesionales de esta categoría es de 1.753 farmacéuticos³⁵ (sin incluir los farmacéuticos en formación postgrado) con una tasa de 3,7 por cada 100.000 habitantes. En atención primaria se cuenta igualmente con farmacéuticos con un papel de apoyo en el uso racional del medicamento, destacando sus funciones de asesores de farmacoterapia e investigadores, cumpliendo también funciones de gestión y planificación sanitaria en relación con la política farmacéutica. En ese mismo año 2015, trabajan en oficinas de farmacia más de 48.000³⁶.

³⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

³⁵ El Real Decreto-Ley 16/2012 determina la obligación de establecer un servicio de farmacia hospitalaria propio en: a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas; b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos; c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.

³⁶ Según la publicación Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el año 2015 había 48.424 farmacéuticos colegiados trabajando en alguna de las 21.937 Oficinas de Farmacia existentes en el país.

Tabla 3-10 Número y tasa por 100.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2015

	Farmacéuticos	Tasa por 100.000 hab.
2014	1.730	3,8
2015 (e)	1.753(e)	3,7(e)

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. Los datos se refieren a los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La tasa más alta de farmacéuticos trabajando en hospitales del SNS se encuentra en Galicia y Baleares (5,1 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes) y la más baja en Andalucía (2,4 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes).

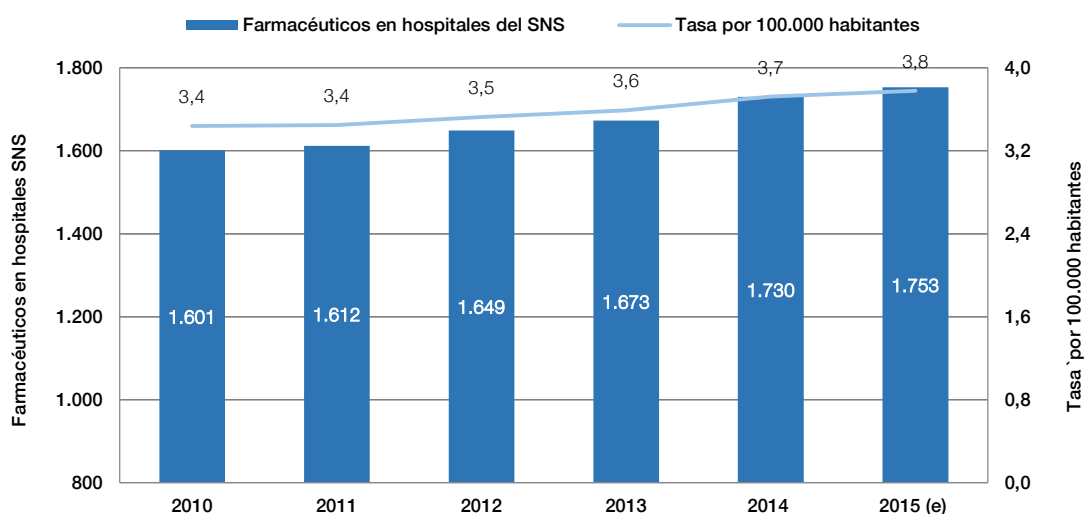
Tabla 3-11 Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014

	Farmacéuticos en hospitales del SNS	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	199	2,4
Aragón	58	4,4
Asturias	44	4,2
Baleares	57	5,1
Canarias	68	3,2
Cantabria	19	3,2
Castilla y León	96	3,9
Castilla-La Mancha	84	4,1
Cataluña	358	4,8
Comunidad Valenciana	158	3,2
Extremadura	32	2,9
Galicia	141	5,1
Madrid	220	3,5
Murcia	50	3,4
Navarra	26	4,1
País Vasco	102	4,7
La Rioja	12	3,8
Ceuta y Melilla	6	3,6
SNS	1.730	3,8

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Gráfico 3-15 Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2015



Observaciones: (e) Datos estimados. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

3.2 Recursos físicos

3.2.1 Centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud dispone de 3.039 Centro de Salud (CS) y 10.055 Consultorios Locales (CL) proporcionando una gran accesibilidad geográfica de los servicios a la población.

La proporción media de consultorios locales dependientes de un centro de salud es de 3,3 con un amplio rango según la mayor o menor dispersión geográfica de los núcleos de población. Esta proporción varía desde los 14,8 de Castilla y León hasta los 0 de Ceuta y Melilla.

Si bien la variabilidad geográfica es muy grande, por cada 100.000 habitantes asignados existe una media de 28,2 centros de atención primaria, teniendo en cuenta los centros de salud y los consultorios locales.

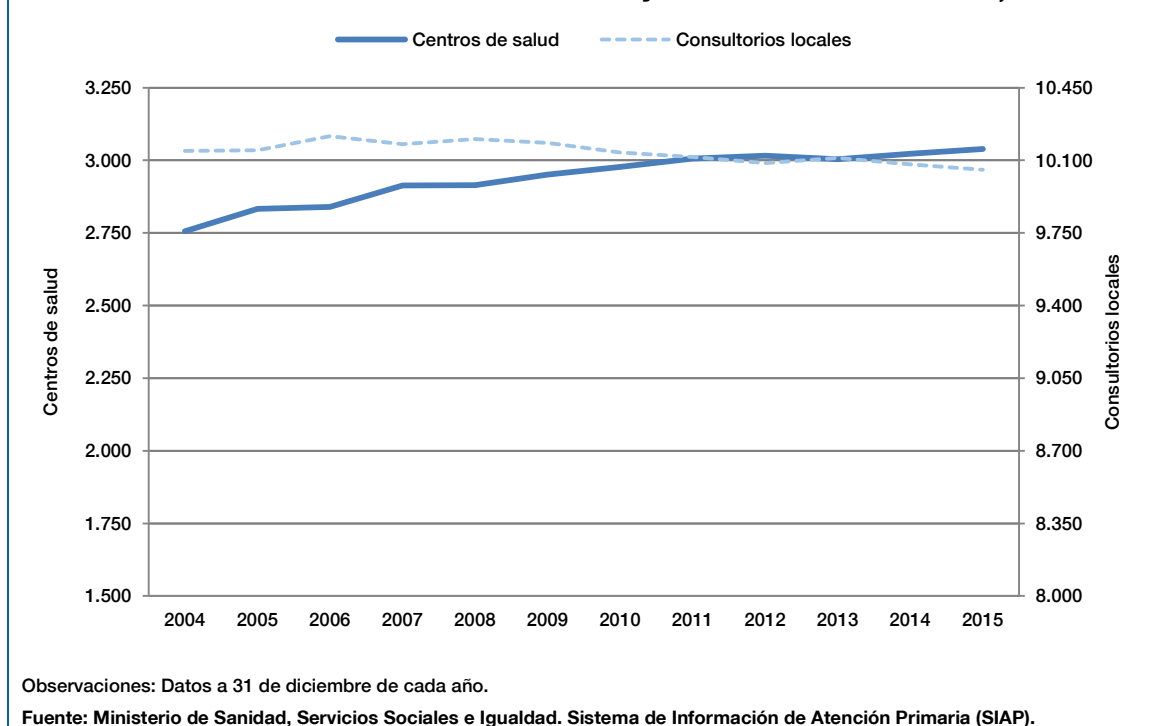
Desde el año 2004 se ha producido un incremento del número de centros de salud y una disminución de los consultorios locales, que en algunos casos es más una cuestión de denominación que un cambio en la estructura, finalidad o funciones.

Tabla 3-12 Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del SNS, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015

	Centro de salud	Consultorio local	Total	Ratio CL/CS	Tasa CS+CL por 100.000 hab.
Andalucía	404	1.109	1.513	2,7	18,0
Aragón	118	869	987	7,4	74,9
Asturias	69	150	219	2,2	21,0
Baleares	58	104	162	1,8	14,3
Canarias	108	154	262	1,4	12,3
Cantabria	42	103	145	2,5	24,9
Castilla y León	247	3.650	3.897	14,8	158,7
Castilla-La Mancha	201	1.110	1.311	5,5	64,0
Cataluña	421	829	1.250	2,0	16,9
Comunidad Valenciana	283	569	852	2,0	17,3
Extremadura	109	416	525	3,8	48,4
Galicia	394	72	466	0,2	17,1
Madrid	262	161	423	0,6	6,6
Murcia	85	182	267	2,1	18,2
Navarra	58	232	290	4,0	45,5
País Vasco	153	171	324	1,1	15,0
La Rioja	20	174	194	8,7	62,1
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0	4,1
SNS	3.039	10.055	13.094	3,3	28,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población residente a 1 de enero de 2016.

Gráfico 3-16 Evolución del número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014



3.2.2 Hospitales

En España están censados 791 hospitales³⁷, con un aforo de 158.566 camas instaladas. Por tamaño el 72% de los hospitales tiene menos de 200 camas, el 18% entre 200 y 500 camas y el 10% restantes 501 y más camas instaladas. Todas las comunidades autónomas disponen, al menos, de un hospital de 501 y más camas, si bien el 47% de los grandes hospitales se concentra en las tres comunidades más pobladas del Estado: Andalucía (14), Madrid (12) y Cataluña (11).

Tabla 3-13 Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2016

	Hospitales con menos de 200 camas	Hospitales entre 200 y 500 camas	Hospitales con 501 y más camas	Total de hospitales	Hospitales por 100.000 hab.
Andalucía	78	16	14	108	1,3
Aragón	22	5	2	29	2,2
Asturias	15	4	1	20	1,9
Baleares	19	4	1	24	2,1
Canarias	30	4	4	38	1,8
Cantabria	4	2	1	7	1,2
Castilla y León	22	8	6	36	1,4
Castilla-La Mancha	20	5	3	28	1,4
Cataluña	166	37	11	214	2,9
Comunidad Valenciana	35	20	6	61	1,2
Extremadura	11	6	2	19	1,7
Galicia	29	2	7	38	1,4
Madrid	52	17	12	81	1,3
Murcia	21	4	2	27	1,8
Navarra	8	2	1	11	1,7
País Vasco	32	5	4	41	1,9
La Rioja	6	0	1	7	2,2
Ceuta	0	1	0	1	1,2
Melilla	1	0	0	1	1,2
España	571	142	78	791	1,7

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales.

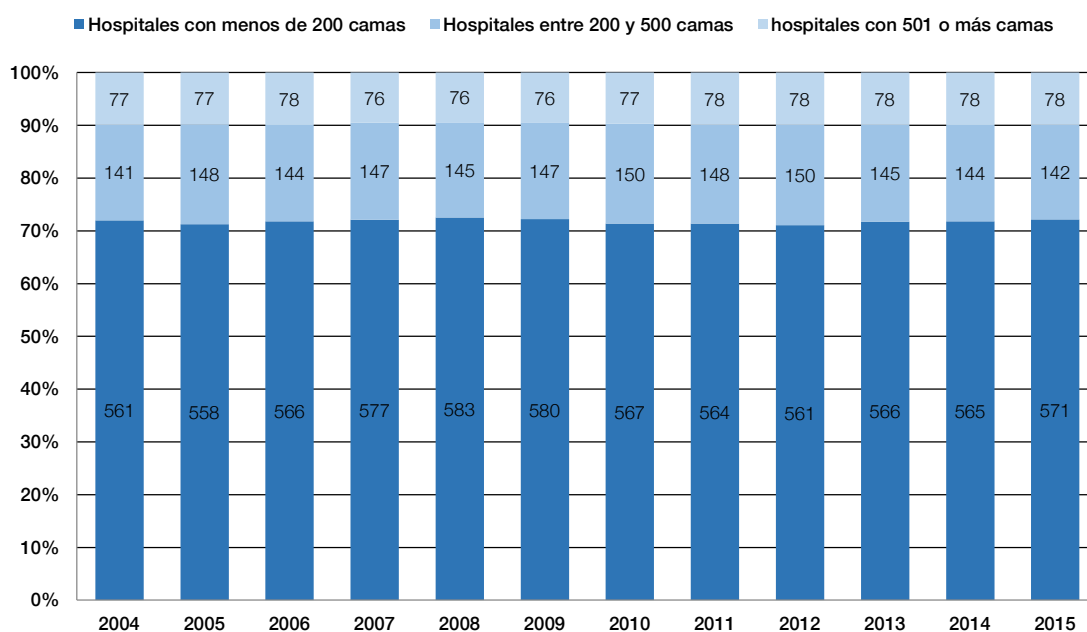
La tasa de hospitales por 100.000 habitantes es de 1,7 con un rango que va desde 2,9 de Cataluña a 1,2 de Cantabria, Comunidad Valenciana y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En cuanto a su dependencia funcional³⁸ la mayoría de los hospitales de menos de 200 camas tienen una dependencia privada (68,6%); por el contrario son de dependencia pública el 66,2% de los hospitales con dotación entre 200 y 500 camas y 89,7% de los hospitales con 501 y más camas instaladas.

³⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2016 (actualizado a 31 de diciembre de 2015). Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

³⁸ La dependencia funcional se refiere al organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario. La clasificación de dependencia funcional de los hospitales con formas jurídicas de gestión contempladas en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, y de acuerdo con desarrollos legislativos autonómicos, ha sido asignada a la de los correspondientes Servicios de Salud.

Gráfico 3-17 Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004-2015



Observaciones: Censo a 31 de diciembre de cada año. Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales.

3.2.2.1 Hospitales del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud³⁹ cuenta con 451 hospitales, de los cuales 324 son centros de dependencia netamente pública, 10 corresponden a centros privados que mantienen un concierto sustitutorio⁴⁰, 96 forman parte de una red de utilización pública⁴¹ y en el cómputo, a efectos exclusivamente estadísticos, se incluyen así mismo las 21 Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS)⁴² que atienden el accidente laboral y la enfermedad profesional, dada su financiación pública con cargo a la Seguridad Social.

Según la finalidad asistencial, 281 hospitales son hospitales generales, 32 hospitales especializados, 93 hospitales de media y larga estancia y 45 hospitales se dedican a la atención de la salud mental y toxicomanías.

³⁹ Con información estadística del Catálogo Nacional de Hospitales cerrado a 31 de diciembre de 2014, de los 787 hospitales censados, 763 han proporcionado datos al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) sobre su funcionamiento, la actividad desarrollada y otras características; dentro de los centros informantes se encuentran los 451 hospitales del SNS. Para una correcta interpretación de las cifras hay que tener en cuenta que se contabilizan como un solo centro (unidad informante) los complejos y consorcios formados por dos o más hospitales.

⁴⁰ Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS).

⁴¹ La Red de Utilización Pública está conformada por hospitales de dependencia privada pertenecientes a la *Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)/Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* y por hospitales que prestan sus servicios mediante concierto sanitarios para la prestación de servicios específicos.

⁴² Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) han pasado a denominarse Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (Ley 35/2014, de 26 de diciembre).

Tabla 3-14 Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Total SNS	451	281	32	93	45
Dependencia pública	324	248	11	41	24
Concierto sustitutorio	10	4	2	3	1
Red de utilización pública	96	24	3	49	20
MATEPSS	21	5	16	0	0

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Concierto sustitutorio: Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

La red de utilización pública está conformada por hospitales de dependencia privada pertenecientes a la *Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)/Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* y por hospitales que prestan sus servicios mediante concierto sanitarios para la prestación de servicios específicos.

MATEPSS: Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 3-15 Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2014

	Hospitales SNS	Tasa por 100.000 habitantes
Andalucía	46	0,5
Aragón	20	1,5
Asturias	11	1,0
Baleares	12	1,1
Canarias	14	0,7
Cantabria	4	0,7
Castilla y León	16	0,6
Castilla-La Mancha	20	1,0
Cataluña	158	2,1
Comunidad Valenciana	38	0,8
Extremadura	10	0,9
Galicia	19	0,7
Madrid	36	0,6
Murcia	11	0,8
Navarra	6	0,9
País Vasco	22	1,0
La Rioja	6	1,9
Ceuta y Melilla	2	2,4
SNS	451	1,0

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

3.2.3 Oficinas de Farmacia

Las Administraciones Sanitarias de las comunidades autónomas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos suscriben conciertos para hacer efectiva la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de las oficinas de farmacia legalmente establecidas en el territorio nacional.

Las oficinas de farmacia que en España colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS son 21.919⁴³.

Andalucía (3.874), Cataluña (3.164), Madrid (2.833) y Comunidad Valenciana (2.344) son las comunidades autónomas con mayor número de oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS.

La tasa de oficinas de farmacia por 100.000 habitantes es amplia oscilando desde las 95 oficinas de farmacia por 100.000 habitantes de Navarra hasta las 26 en Melilla y 28 en Ceuta. Para el total nacional esta cifra se sitúa en 47 oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes.

Tabla 3-16 Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015

	Oficinas de farmacia	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	3.874	46
Aragón	740	56
Asturias	456	43
Baleares	434	39
Canarias	705	33
Cantabria	254	43
Castilla y León	1.629	66
Castilla-La Mancha	1.270	62
Cataluña	3.164	43
Comunidad Valenciana	2.344	47
Extremadura	671	61
Galicia	1.344	49
Madrid	2.833	44
Murcia	567	39
Navarra	602	95
País Vasco	831	38
La Rioja	155	49
Ceuta	24	28
Melilla	22	26
España	21.919	47

Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboraron en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Estadística del Consumo Farmacéutico a través de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud Incluido el Mutualismo Administrativo. Instituto Nacional de Estadística. Población residente a 1 de enero de 2015.

⁴³ El censo de farmacias a 31 de diciembre de 2015 según el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos era 21.937. La discrepancia de cifras entre ambos sistemas de información es porque el Sistema de Información Alcántara proporciona los datos del número de farmacias que han tenido facturación de recetas al SNS en el mes de diciembre de 2015.

Expresado en número de habitantes por farmacia, en España, de media, se dispone de 1 farmacia por cada 2.119 habitantes, Melilla y Ceuta superando los 3.500 habitantes y Canarias con casi 3.000 son las que tienen mayor número de habitantes por farmacia, mientras que Navarra, con algo más de 1.050 habitantes por farmacia, tiene el menor ratio, seguida de Castilla y León con 1.521, Castilla-La Mancha con 1.624 y Extremadura con 1.627 habitantes por farmacia.

La gran variabilidad entre comunidades autónomas puede deberse a diferentes criterios de planificación farmacéutica por módulos de población y distancias, determinados por las legislaciones de ordenación farmacéutica autonómicas.

En los últimos 5 años, 517 nuevas oficinas de farmacia se han incorporado a esta red, lo que supone un incremento global del 2,4%. Andalucía lidera este aumento con 301 nuevos establecimientos (8,4%) seguida a distancia de Cataluña (77 nuevos establecimientos y 2,5% de incremento) y Comunidad Valenciana (con 60 nuevos establecimientos y 2,6% de incremento). En Extremadura, Castilla y León, Canarias y La Rioja ha habido una pequeña disminución del número de farmacias.

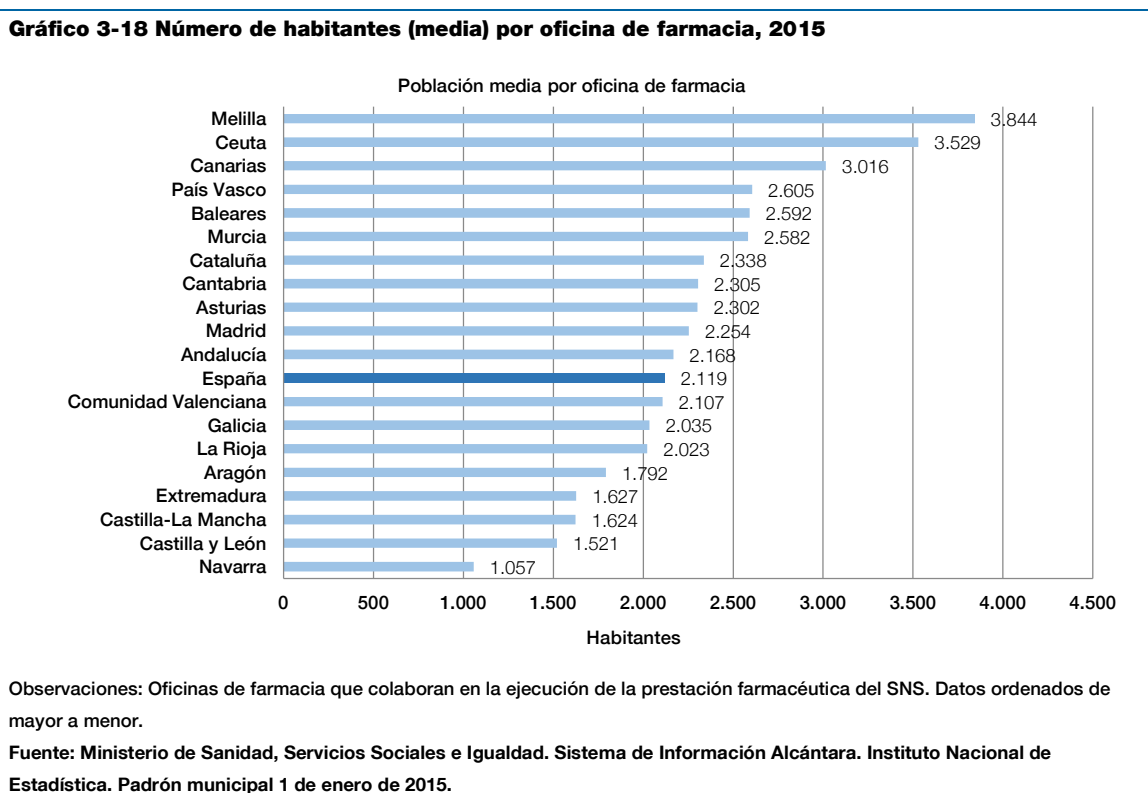


Tabla 3-17 Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2011 y 2015

	2011	2015	Diferencia 2015-2011	% variación 2015/2011
Andalucía	3.573	3.874	301	8,4
Aragón	709	740	31	4,4
Asturias	456	456	0	0,0
Baleares	415	434	19	4,6
Canarias	707	705	-2	-0,3
Cantabria	254	254	0	0,0
Castilla y León	1.633	1.629	-4	-0,2
Castilla-La Mancha	1.264	1.270	6	0,5
Cataluña	3.087	3.164	77	2,5
Comunidad Valenciana	2.284	2.344	60	2,6
Extremadura	676	671	-5	-0,7
Galicia	1.342	1.344	2	0,1
Madrid	2.813	2.833	20	0,7
Murcia	562	567	5	0,9
Navarra	601	602	1	0,2
País Vasco	824	831	7	0,8
La Rioja	156	155	-1	-0,6
Ceuta	24	24	0	0,0
Melilla	22	22	0	0,0
España	21.402	21.919	517	2,4

Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Sistema de Información Alcántara.

3.2.4 Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud

Tabla 3-18 Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2015

	Camas en funcionamiento	Tasa por 1.000 hab.	Puestos de hospital de día	Tasa por 100.000 hab.
2010	115.418	2,5	14.045	30,5
2011	113.518	2,5	15.044	32,6
2012	111.430	2,4	16.170	35,0
2013	109.484	2,3	16.419	35,2
2014	109.435	2,4	16.820	36,2
2015 (e)	109.948	2,4	16.956	36,5

Observaciones:(e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El SNS se mantiene en una tasa de 2,4 camas en funcionamiento por 1.000 habitantes, situándose la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes en 36,5⁴⁴ que va aumentando paulatinamente.

Los 451 hospitales del Sistema Nacional de Salud ofertan 109.435 camas en funcionamiento⁴⁵, un 79,4% de las 137.877 camas existentes en el país. La tasa de camas en funcionamiento en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes y la correspondiente al Sistema Nacional de Salud es 2,4 por 1.000 habitantes.

La mayoría de las camas públicas en funcionamiento se localizan en hospitales generales que junto con los hospitales públicos especializados, proporcionan una tasa de 2,0 por cada 1.000 habitantes.

Tabla 3-19 Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Camas en funcionamiento del SNS	109.435	88.765	2.633	10.134	7.903
Tasa por 1.000 hab.	2,4	1,9	0,01	0,2	0,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Si bien el número de camas dimensiona los recursos disponibles para la atención con internamiento, para reflejar mejor la capacidad que tienen los hospitales de realizar sus funciones también deben tenerse en cuenta los puestos de hospital día donde se realizan actuaciones que no precisan el internamiento en el hospital.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 16.820 puestos de hospital de día, lo que supone 36,2 por cada 100.000 habitantes. La tasa total en España es de 41,1 con una dotación de 19.104 puestos tanto públicos como privados.

Tabla 3-20 Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Puestos hospital de día del SNS	16.820	13.722	426	1.435	1.237
Tasa por 100.000 hab.	36,2	29,5	0,9	3,1	2,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

⁴⁴ Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

⁴⁵ Se considera cama en funcionamiento aquella que está en condiciones de ser ocupada. Cada hospital consigna en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) - estadística de Centros de Atención Especializada el promedio anual de camas en funcionamiento.

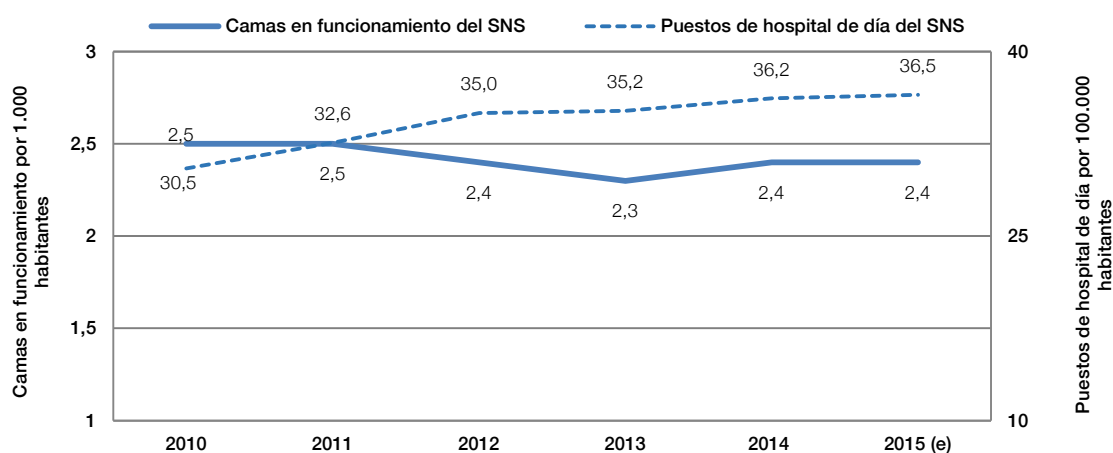
Tabla 3-21 Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2014

	Camas en funcionamiento del SNS		Puestos de hospital de día del SNS	
	Número	Tasa por 1.000 hab.	Número	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	13.783	1,7	2.527	30,1
Aragón	4.026	3,0	289	21,8
Asturias	2.870	2,7	449	42,6
Baleares	2.263	2,0	280	25,0
Canarias	4.248	2,0	431	20,3
Cantabria	1.292	2,2	280	47,8
Castilla y León	6.455	2,6	695	28,0
Castilla-La Mancha	4.217	2,0	583	28,2
Cataluña	25.019	3,4	4.913	66,4
Comunidad Valenciana	9.887	2,0	1.259	25,5
Extremadura	3.414	3,1	317	29,0
Galicia	7.627	2,8	828	30,2
Madrid	12.705	2,0	2.099	32,9
Murcia	2.935	2,0	402	27,5
Navarra	1.469	2,3	283	44,5
País Vasco	5.840	2,7	1.090	50,4
La Rioja	950	3,0	69	22,0
Ceuta y Melilla	345	2,1	26	15,4
SNS	109.435	2,4	16.820	36,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Los puestos de hospital de día son una alternativa a la hospitalización para la atención a determinado tipo de paciente como son los pacientes oncológicos, geriátricos o con problemas de salud mental, los cuales son atendidos durante varias horas en el hospital sin necesidad de pernoctar en una cama de hospitalización.

Gráfico 3-19 Evolución en el Sistema Nacional de Salud de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes y de la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes, 2010-2015



Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

3.2.5 Tecnologías médicas en el Sistema Nacional de Salud

La expansión de la alta tecnología médica, situada mayoritariamente en los hospitales, constituye uno de los principales impulsores de la mejora en el proceso del diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

Las tecnologías médicas y los medios de los que dispone el servicio sanitario público sigue siendo el aspecto más valorado por los ciudadanos en el caso de poder elegir entre un servicio sanitario público (68,8%) o uno privado (21,9%)⁴⁶.

Entre las tecnologías diagnósticas destacan la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM). La dotación en el Sistema Nacional de Salud es de 538 equipos para la realización de TAC (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) con una tasa de 11,6 por millón de población y de 308 aparatos para la realización de RM (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,6 por cada millón de habitantes.

Tabla 3-22 Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2014

	Número de equipos del SNS	% sobre el total de equipos	Tasa p.m.p
Tomografía Axial Computerizada	538	71,8	11,6
Resonancia Nuclear Magnética	308	53,4	6,6
Mamógrafo	418	65,8	9,0
Acelerador lineal +Telecobaltoterapia	184	79,0	4,0

Observaciones: p.m.p. = por millón de habitantes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

⁴⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

Tabla 3-23 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de tomografía axial computerizada y de resonancia nuclear magnética por comunidades autónomas. SNS, 2014

	TAC		RM	
	Número de equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma	Número de equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	91	70,5	35	47,9
Aragón	20	83,3	10	66,7
Asturias	13	81,3	9	60,0
Baleares	11	52,4	8	40,0
Canarias	15	45,5	6	24,0
Cantabria	8	88,9	4	80,0
Castilla y León	27	64,3	17	53,1
Castilla-La Mancha	29	82,9	11	52,4
Cataluña	87	78,4	60	66,7
Comunidad Valenciana	61	76,3	34	59,6
Extremadura	19	90,5	8	72,7
Galicia	36	72,0	20	54,1
Madrid	64	65,3	57	48,3
Murcia	17	70,8	9	45,0
Navarra	8	66,7	2	33,3
País Vasco	27	71,1	14	51,9
La Rioja	3	75,0	3	75,0
Ceuta y Melilla	2	100,0	1	100,0
SNS	538	71,8	308	53,4

Observaciones: TAC = Tomografía Axial Computerizada. RM = Resonancia Magnética.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La mamografía facilita el diagnóstico del cáncer de mama, el más común en el caso de las mujeres. Un diagnóstico y una intervención precoces elevan de manera significativa las tasas de supervivencia de este tipo de tumor. La dotación de mamógrafos en el SNS es de 418 equipos (64,9% del total registrados), con una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes.

Tabla 3-24 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2014

	Número de Equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	70	60,9
Aragón	25	83,3
Asturias	14	73,7
Baleares	8	47,1
Canarias	14	45,2
Cantabria	4	100,0
Castilla y León	26	68,4
Castilla-La Mancha	19	67,9
Cataluña	76	73,1
Comunidad Valenciana	34	65,4
Extremadura	14	70,0
Galicia	23	63,9
Madrid	51	58,6
Murcia	11	57,9
Navarra	5	71,4
País Vasco	18	60,0
La Rioja	4	80,0
Ceuta y Melilla	2	100,0
SNS	418	64,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 3-25 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de equipos de radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) por comunidades autónomas. SNS, 2014

	Número de equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	29	87,9
Aragón	4	80,0
Asturias	5	83,3
Baleares	3	75,0
Canarias	10	83,3
Cantabria	3	75,0
Castilla y León	10	83,3
Castilla-La Mancha	4	100,0
Cataluña	32	84,2
Comunidad Valenciana	18	78,3
Extremadura	4	100,0
Galicia	13	100,0
Madrid	28	62,2
Murcia	5	100,0
Navarra	3	50,0
País Vasco	11	64,7
La Rioja	2	100,0
Ceuta y Melilla	0	0,0
SNS	184	79,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En cuanto a la dotación de aparatos de radioterapia (bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) la red de hospitales del SNS dispone de 184 equipos (79,0% del total existente), lo que supone una tasa de 4,0 aparatos por cada millón de habitantes.

3.2.6 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 29 de febrero de 2012, acordó la creación de una Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias para evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS.

Los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, modificados por el artículo 2.6 y 2.7 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establecen que en la evaluación del contenido de la cartera común de servicios del SNS participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Asimismo, en la actualización de la cartera común de servicios, las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Por la Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dicha red tiene como misión generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud, contribuyendo de esta forma al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo. De esta manera la Red participa en el desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el Sistema Nacional de Salud.

Para la elaboración de los Planes de Trabajo Anuales de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión, como Secretaría Técnica de la Red, se solicitaron a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) el listado de temas propuestos por las comunidades autónomas para evaluar.

Teniendo en cuenta los temas priorizados por la CPAF y otras propuestas de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, el Plan de Trabajo de 2014 incluyó la realización de 46 informes de evaluación de tecnologías sanitarias y 12 guías de práctica clínica u otros productos basados en la evidencia, y previó la posibilidad de solicitar 13 informes adicionales, en función de las necesidades de Cartera Básica de Servicios. El Plan de Trabajo de 2015 asignó la realización de 45 informes de evaluación de tecnologías sanitarias y 6 guías de práctica clínica u otros productos basados en la evidencia y 4 estudios de monitorización. Asimismo previó la posibilidad de solicitar 5 informes adicionales, en función de las necesidades de Cartera Básica de Servicios.

Los Planes de Trabajo 2014 y 2015 fueron aprobados, en primer lugar, por el Pleno del Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y, posteriormente han sido informados por los Plenos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrados el 11 de junio de 2014 y el 26 de marzo de 2015, respectivamente.

Por otra parte, a lo largo de los años 2014 y 2015, se desarrollaron actividades derivadas de la participación de las agencias y unidades evaluación en los grupos de trabajo de Cartera de Servicios, y se continuó con la línea de trabajo conjunto de desarrollos metodológicos.

En el ámbito internacional la Red Española de Agencias participó en las actividades de la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitaria, y en particular, en la elaboración de la Estrategia sobre la Cooperación Europea en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (*Health Technology Assessment-HTA*), aprobada en octubre de 2014. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ostenta la representación de España, como Estado miembro, en la citada Red Europea.

3.2.7 Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud

Continua creciendo el número de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR-SNS) designados para mejorar la equidad en el acceso de todos los ciudadanos a los servicios de alto nivel de especialización que necesitan concentrar la experiencia para garantizar una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente.

Los CSUR-SNS atienden a todos los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de su lugar de residencia, bajo los criterios de:

- Proporcionar atención en equipo multidisciplinar: asistencia sanitaria, apoyo para confirmación diagnóstica, definición de estrategias terapéuticas y de seguimiento y actuar de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a los pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales.
- Evaluar sus resultados.

El SNS cuenta con 227 CSUR, dan cobertura a 52 patologías o procedimientos complejos, 41 de los citados CSUR se designaron en el año 2015 y en el primer semestre del 2016.

Tabla 3-26 Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2016

	Centros, servicios y unidades de referencia del SNS	Hospitales
Andalucía	28	6
Aragón	2	1
Asturias	4	1
Baleares	-	-
Canarias	1	1
Cantabria	6	1
Castilla y León	4	3
Castilla-La Mancha	1	1
Cataluña	67	14
Comunidad Valenciana	20	3
Extremadura	-	-
Galicia	14	2
Madrid	68	9
Murcia	6	2
Navarra	-	-
País Vasco	6	2
La Rioja	-	-
Ceuta y Melilla	-	-
SNS	227	46

Observaciones: Los datos se refieren a septiembre de 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica del SNS y Fondo de Cohesión.

Tabla 3-27 Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2015 y primer semestre 2016

Unidad	Hospital	Comunidad Autónoma
Trasplante pulmonar para adultos	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Trasplante de páncreas	Hospital U. Marqués de Valdecilla	Cantabria
Reimplantes, incluyendo mano catastrófica	Hospital U. La Paz	Madrid
Arritmología y electrofisiología pediátrica	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Epilepsia refractaria	Hospital U. de Cruces	País Vasco
Ataxias y paraplejas hereditarias	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Trasplante renal cruzado	Hospital U. Marqués de Valdecilla	Cantabria
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades tropicales importadas para adultos y niños	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
	Hospital U. La Paz	Madrid
Enfermedades tropicales importadas para adultos	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades metabólicas congénitas para adultos y niños	Complejo Hospitalario U. de Santiago	Galicia
	Hospital U. de Cruces	País Vasco
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Enfermedades metabólicas congénitas para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Enfermedades neuromusculares raras para adultos y niños	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
Enfermedades neuromusculares raras para adultos	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Cataluña
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Enfermedades neuromusculares raras para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Síndromes neurocutáneos genéticos para adultos	Hospital U. Germans Trías i Pujol de Badalona y Institut Catalá D' Oncología Badalona	Cataluña
Síndromes neurocutáneos genéticos para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento para adultos y niños	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
	Hospital General U. Gregorio Marañón	Madrid
Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento para adultos	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
	Hospital Clínico San Carlos	Madrid
Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo	Hospital U. La Paz	Madrid
Neuroblastoma	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Sarcomas en la infancia	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Hipertensión pulmonar compleja para adultos y niños	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Hipertensión pulmonar compleja para adultos	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona	Cataluña
Hipertensión pulmonar compleja para niños	Hospital U. La Paz	Madrid

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica del SNS y Fondo de Cohesión.

3.2.7.1 Redes Europeas de Referencia

En marzo de 2016 se ha realizado la primera convocatoria de la Comisión Europea para designar Redes Europeas de Referencia (ERN), que surgen, en el marco de la directiva de asistencia sanitaria transfronteriza, como una herramienta para mejorar la asistencia en los países de la UE. La participación en estas redes es voluntaria.

Para facilitar que los prestadores de asistencia sanitaria pudieran acceder a ser miembros de las ERN el Comité de Designación de CSUR elaboró un Acuerdo, que fue ratificado por el CISNS el 13 de abril de 2016.

En España el prestador de asistencia sanitaria que quiera acceder a ser miembro de una ERN tiene que ser CSUR del SNS en el área objeto de atención de la futura red o similar y disponer del correspondiente informe favorable de su Comunidad Autónoma y del Comité de Designación de CSUR y de la declaración por escrito del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad certificando que su participación es conforme con la legislación nacional.

De conformidad con dicho acuerdo 42 Unidades han accedido a esta convocatoria. Los centros españoles participan en 17 ERN del total de 24 ERN que han sido admitidas a trámite en la Convocatoria.

El procedimiento de designación de ERN finalizará el próximo 15 de diciembre de 2016 con la reunión del *Board of Member States*, en la que se decidirá la aprobación de las ERN que han superado con éxito todo el proceso.

3.2.8 Red de equipos de trasplante de órganos sólidos

En España un total de 44 hospitales están autorizados para llevar a cabo programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros, tanto para adultos como para niños. El número de equipos de coordinación son 186, formados por 267 médicos y 173 enfermeras. El 93% de los médicos y el 72% de las enfermeras tienen una dedicación a tiempo parcial para las actividades de coordinación, lo que les permite continuar con su trabajo. Un 87,0% de los médicos coordinadores pertenecen al área de medicina intensiva y un 40,0% en el caso del personal de enfermería.

El número de equipos de trasplante renal existentes en España es de 46, distribuidos en 40 hospitales (7 equipos de trasplante renal infantil y 39 de trasplante renal en adulto); a cada equipo le corresponde prácticamente una población de 1 millón de habitantes.

En el caso del trasplante hepático hay 29 equipos en 25 hospitales, siendo la ratio de población atendida por cada uno de 1,6 millones.

Existen 21 equipos de trasplante cardíaco en 17 hospitales (ratio de población de 2,2 millones) y 8 centros con programa activo para la realización de trasplante pulmonar; esto supone una ratio de población atendida por equipo de 4,25 millones.

Tabla 3-28 Red de equipos de trasplantes, 2015

	Renal	Hepático	Cardíaco	Pulmonar	Cardio-pulmonar	Páncreas-riñón, y combinaciones	Intestino
Andalucía	6 (1)	5 (1)	3 (1)	2 (1)	1	2	--
Aragón	1	1	1	--	--	--	--
Asturias	1	1	1	--	--	--	--
Baleares	1	--	--	--	--	--	--
Canarias	2	--	--	--	--	1	--
Cantabria	1	1	1	1	--	1	--
Castilla y León	2	1	1	--	--	1	--
Castilla- La Mancha	2	--	--	--	--	--	--
Cataluña	8 (2)	4 (1)	4 (1)	2 (1)	(1)	2	1
C. Valenciana	5 (1)	3 (1)	1	2 (1)	1	1	--
Extremadura	1	1	--	--	--	--	--
Galicia	2	2	2 (1)	1	--	2	--
Madrid	9 (2)	6 (2)	5 (2)	3 (1)	1	2 (1)	3 (2)
Murcia	1	1	1	--	--	1	--
Navarra	1	1	1	--	--	--	--
País vasco	2 (1)	1	--	--	--	--	--
La Rioja	1	--	--	--	--	--	--
Total equipos	46 (7)	29 (5)	21 (5)	11 (4)	4 (1)	13 (1)	4 (2)
Número hospitales	40	25	17	8	4	13	3

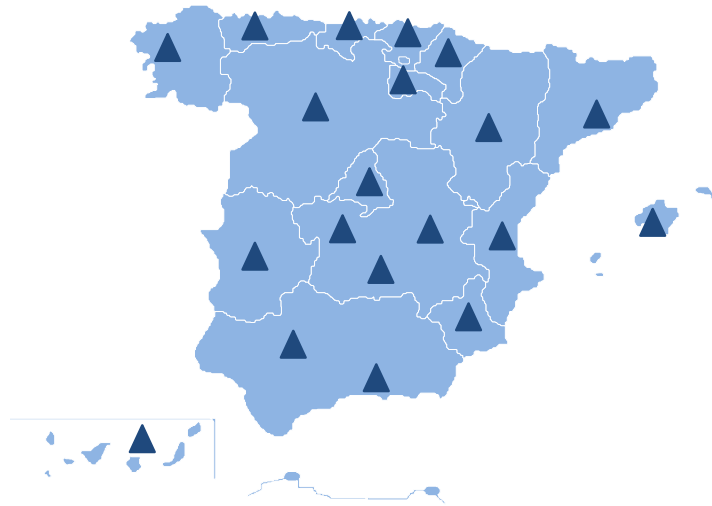
Observaciones: () Número de equipos de trasplante infantil.

Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

3.2.9 Centros y servicios de transfusión sanguínea

Por su propia naturaleza y por el interés público sanitario y social que comportan, las actividades relativas a la extracción y procesamiento de la sangre humana y sus componentes, se realizan en exclusiva por los Centros de Transfusión Sanguínea (CTS). En España existen 20 CTS autorizados, todos ellos públicos y el número de Servicios de Transfusión (ST), que facilitan terapia transfusional ubicados en los hospitales públicos y privados, es de 400. Ambas estructuras, Centros y Servicios de Transfusión, conforman la red transfusional.

Gráfico 3-20 Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia.

4 Promoción, prevención y atención a los problemas de salud

4.1 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

4.1.1 Promoción

Las actividades de promoción de la salud afectan a múltiples agentes, tanto sanitarios como no sanitarios -desde el ámbito escolar a la industria alimentaria, por citar dos ejemplos-. Diversas instituciones y entidades están implicadas, de una forma u otra, en favorecer hábitos de vida saludables en la población.

Dentro del sector sanitario, todos los niveles asistenciales y profesionales participan en el fomento de dichos estilos de vida, principalmente mediante el consejo sanitario, pero son los servicios de Atención Primaria los principales referentes y responsables de este amplio grupo de actividades. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SNS y las carteras de servicios de las CCAA contemplan un despliegue organizado de acciones, enfocadas a la promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco o de alcohol o la evitación de accidentes, priorizadas en función de la edad y de la situación de salud de las personas a las que se dirigen.

Algunas de estas actividades se registran de manera codificada utilizando las clasificaciones internacionales en uso. Según la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), utilizada como base para el análisis conjunto de los datos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del SNS (BDCAP), en el 20% de las personas atendidas en un año consta la realización de actividades de promoción y prevención⁴⁷.

4.1.2 Vacunación

4.1.2.1 Coberturas y opinión de la eficacia de la vacunación infantil

En los últimos años, en España, las coberturas de vacunación en la población diana menor de 24 meses de edad son iguales o superiores al 95%, siendo menores a medida que aumenta la edad de la población diana. Estas coberturas han permitido la eliminación de la poliomielitis, que ocurran raramente enfermedades como el tétanos y la difteria y el control o disminución de la incidencia del resto de enfermedades cuya vacunación se incluye en el calendario⁴⁸.

⁴⁷ código CIAP2: A98 – Medicina preventiva/promoción de la salud. BDCAP 2013.

⁴⁸ Ver en el apartado de la Situación de salud el punto dedicado a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

A propuesta de la Comisión de Salud Pública, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba anualmente el calendario común de vacunación infantil. La recomendación vigente para el año 2016 del calendario acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud incluye la vacunación sistemática de la población infantil frente a 13 enfermedades: la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, el sarampión, la rubeola, la parotiditis, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica invasora por serogrupo C, la enfermedad neumocócica, la infección por virus del papiloma humano, así como frente a la varicela en población infantil⁴⁹ y en población adolescente susceptible.

Tabla 4-1 Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2016

Primer año de vida	Vacunación frente a hepatitis B (HB) a los 0, 2 y 6 meses. En niños de madres portadoras la pauta es 0,1 y 6 meses.
	Vacunación frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (DTPa, VPI, Hib), a los 2, 4 y 6 meses.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 4 meses. Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses).
	Vacunación frente al neumococo (VCN) a los 2 y a los 4 meses. Podrá hacerse efectiva hasta diciembre de 2016.
Segundo año de vida	Triple Vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), 1ª dosis a los 12 meses.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 12 meses.
	Vacunación frente a neumococo (VCN) a los 12 meses. Podrá hacerse efectiva hasta diciembre de 2016.
	Vacunación frente a varicela (VVZ). 1ª dosis a los 15 meses.
Edad de 3 a 6 años	Vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (DTPa, VPI, Hib), a los 18 meses.
	Triple Vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
	Varicela (VVZ), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
Edad de 12 a 14 años	Vacunación de recuerdo de difteria-tétanos-tosferina (dTpa) a los 6 años.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 12 años.
	Vacunación frente a varicela (VVZ) a los 12 años en personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con dos dosis
	Vacunación frente a virus de papiloma humano (VPH). Solo a mujeres. La administración a los 12 años podrá hacerse efectiva hasta 2016.
	Vacunación de recuerdo frente a tétanos y difteria (Td) a los 14 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial del SNS.

En el año 2015, el porcentaje de niños que han recibido la serie básica de las vacunas recomendadas es del 96,7%. El porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido las dosis de recuerdo recomendadas se sitúa cercano al 95%.

⁴⁹ En julio de 2015 el Consejo Interterritorial del SNS acordó la inclusión de la vacuna frente a varicela en la edad infantil con una pauta de dos dosis a partir de 2016.

Tabla 4-2 Coberturas de primovacunación (series básicas), 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Poliomielitis	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib),	97,1	96,3	95,6	96,5	96,6
Hepatitis B	96,6	95,8	95,2	96,2	96,6
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	98,0	96,6	95,8	96,9	97,0

Observaciones: La cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a DTPa, Hib, hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 4-3 Coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2015

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Hepatitis B	Meningitis C
Andalucía	97,4	97,4	97,4	97,4	97,4
Aragón	98,4	98,4	98,4	98,2	96,7
Asturias	99,1	99,2	99,2	98,3	98,9
Baleares	94,8	94,8	94,8	94,8	95,7
Canarias	97,4	97,4	97,4	97,4	97,7
Cantabria	98,2	98,2	98,2	98,2	97,4
Castilla y León	95,0	95,0	95,0	95,0	97,2
Castilla-La Mancha	97,2	97,2	97,2	97,2	99,4
Cataluña	92,8	92,7	92,7	92,7	93,2
Comunidad Valenciana	99,4	99,5	99,4	100,0	100,0
Extremadura	93,6	93,6	93,6	93,6	95,0
Galicia	96,5	96,5	96,5	95,6	98,6
Madrid	98,5	98,5	98,5	98,5	98,3
Murcia	98,2	98,2	98,2	98,2	99,0
Navarra	95,9	95,9	95,9	95,9	96,7
País Vasco	93,4	93,4	93,4	93,2	93,4
La Rioja	99,0	99,0	99,0	99,0	99,6
Ceuta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Melilla	96,1	96,1	96,1	96,1	93,9
España	96,6	96,6	96,6	96,6	97,0

Observaciones: Los datos de Aragón y Baleares corresponden a las coberturas de vacunación de 2014. La cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a DTPa, Hib, hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 4-4 Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Poliomielitis	94,3	92,9	92,3	94,8	94,5
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	94,1	93,1	92,3	94,6	94,5
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	94,1	92,9	92,3	94,6	94,5
Enfermedad meningocócica serogrupo C	98,8	94,8	96,1	95,2	95,7

Observaciones: La cobertura de vacunación de refuerzo expresa el porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido la dosis de refuerzo. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 4-5 Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2015

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis C
Andalucía	96,7	96,7	96,7	96,7
Aragón	95,3	95,3	95,3	94,1
Asturias	95,7	95,8	95,6	97,5
Baleares	96,7	96,7	96,7	93,5
Canarias	95,7	95,7	95,7	97,4
Cantabria	96,4	96,4	96,4	94,2
Castilla y León	92,6	92,6	92,6	94,2
Castilla-La Mancha	96,5	96,5	96,5	96,7
Cataluña	90,6	90,4	90,5	93,5
Comunidad Valenciana	95,7	95,8	95,7	92,7
Extremadura	86,1	86,1	86,1	97,1
Galicia	97,8	97,8	97,8	97,5
Madrid	97,1	97,1	97,1	99,2
Murcia	94,6	94,6	94,6	94,6
Navarra	97,5	97,5	97,5	95,5
País Vasco	83,3	83,3	83,3	93,0
La Rioja	97,7	97,7	97,7	99,1
Ceuta	100,0	100,0	100,0	99,3
Melilla	91,9	91,9	91,9	95,0
España	94,5	94,5	94,5	95,7

Observaciones: La cobertura de vacunación de refuerzo expresa el porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido la dosis de refuerzo. Los datos de Aragón y Baleares corresponden a las coberturas de vacunación de 2014. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Por su parte, la cobertura de vacunación frente a Sarampión-Rubéola-Parotiditis (SRP) en niños de 1 a 2 años es de más del 95%, superando el 90% los que recibieron la dosis de recuerdo recomendada.

Tabla 4-6 Coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2011-2015

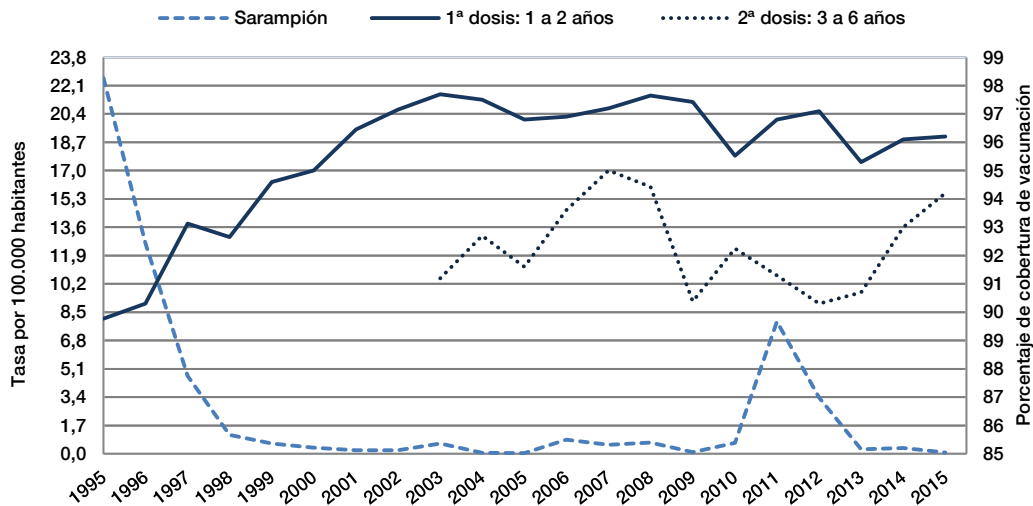
	2011	2012	2013	2014	2015
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	96,8	97,1	95,3	96,1	96,2
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	91,3	90,3	90,7	93,0	94,2

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

La cobertura de vacunación frente a SRP en niños de 1 a 2 años, se encuentra en las diferentes comunidades autónomas en un intervalo que varía entre el 91% (Comunidad Valenciana) y el 100% (Ceuta), mientras que la cobertura de dosis de recuerdo se sitúa entre el 86% (Comunidad Valenciana) y el 100% (Ceuta).

Gráfico 4-1 Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2015



Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs). Estadística de vacunaciones.

Tabla 4-7 Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2015

	Cobertura (%) 1ª dosis	Cobertura (%) 2ª dosis
Andalucía	98,5	96,9
Aragón	98,8	97,7
Asturias	97,6	94,2
Baleares	97,4	95,8
Canarias	97,5	95,3
Cantabria	96,3	97,5
Castilla y León	95,2	93,9
Castilla-La Mancha	96,7	91,9
Cataluña	92,6	95,5
Comunidad Valenciana	90,9	85,8
Extremadura	97,7	89,3
Galicia	97,8	92,3
Madrid	99,4	97,8
Murcia	98,0	88,0
Navarra	98,3	97,7
País Vasco	93,9	92,4
La Rioja	99,1	95,8
Ceuta	100,0	100,0
Melilla	96,1	98,0
España	96,2	94,2

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los servicios oficiales de vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

El 48,0% de los ciudadanos cree⁵⁰ que los profesionales sanitarios informan adecuadamente a los pacientes (o a sus padres en el caso de los niños) de las ventajas y riesgos de las vacunas antes de su administración. Respecto a las vacunas infantiles el grado de acuerdo (muy de acuerdo + bastante de acuerdo) en relación a su eficacia es alto 88,1%, también sobre la importancia de recibir todas las dosis de cada vacuna para estar protegido, el grado de acuerdo es del 87,1%.

Tabla 4-8 Grado de acuerdo sobre las vacunas infantiles, 2015

	Son eficaces para prevenir enfermedades	Conllevan más riesgos que beneficios	Importante recibir todas las dosis para estar protegido	Mejor que pasen las enfermedades de forma natural
Muy de acuerdo	53,7	2,8	55,3	5,9
Bastante de acuerdo	34,4	7,4	31,8	9,5
Poco de acuerdo	4,6	29,6	3,0	25,2
Nada de acuerdo	1,3	43,1	1,3	45,3
NS/NC	5,9	17,2	8,3	14,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

⁵⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

4.1.2.2 Coberturas y opinión de la vacunación frente a la gripe

La gripe es una enfermedad infecciosa común que afecta a personas de todas las edades, con un alto impacto en la salud de la población y en la asistencia sanitaria de un país. En ciertos momentos del año la gripe puede poner al sistema sanitario bajo una enorme presión asistencial. La repercusión en cuanto a morbilidad es superior entre las personas mayores de 64 años y las que padecen trastornos crónicos.

De la campaña 2015/2016, la cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores es del 56,1%, con un intervalo que va desde el 65,5% en La Rioja hasta el 29,7% de Ceuta.

Tabla 4-9 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años por comunidades autónomas, campañas 2014/2015 y 2015/2016

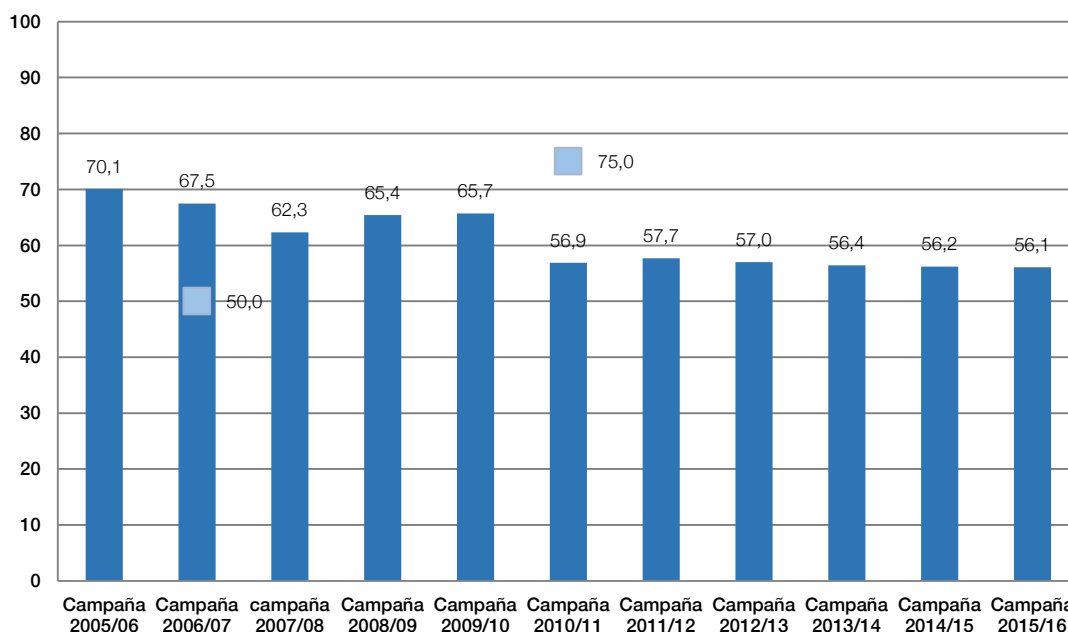
	Campaña 2014/2015	Campaña 2015/2016
Andalucía	60,0	56,2
Aragón	57,5	57,5
Asturias	56,2	55,5
Baleares	45,9	47,3
Canarias	57,5	57,4
Cantabria	57,3	56,9
Castilla y León	66,1	64,4
Castilla-La Mancha	54,0	59,2
Cataluña	54,0	54,3
Comunidad Valenciana	50,6	50,7
Extremadura	50,8	58,8
Galicia	52,4	54,1
Madrid	58,2	58,1
Murcia	49,3	43,9
Navarra	60,0	60,1
País Vasco	60,3	60,5
La Rioja	66,5	65,5
Ceuta	28,9	29,7
Melilla	38,1	37,5
España	56,2	56,1

Observaciones: El dato de Aragón en la campaña 2015/2016 corresponde a la cobertura de la campaña 2014/2015. Cataluña población de 60 y más años. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Vacunaciones.

La cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores está disminuyendo en los últimos años, aunque se mantiene en porcentajes superiores al 55%.

Gráfico 4-2 Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años, campañas 2005-2006 a 2015-2016



Observaciones: En el año 2003 los países participantes en la Asamblea Mundial de la Salud, incluidos todos los países miembros de la Unión Europea se propusieron como objetivo que la cobertura de vacunación de las personas mayores fuera al menos del 50% en 2006 y de 75% en 2010.

Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de vacunaciones.

La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, está dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en el caso de padecer la gripe, a las que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones y a aquellas, que por su ocupación, proporcionan servicios esenciales en la comunidad.

A propuesta de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, la Comisión de Salud Pública aprueba cada temporada las recomendaciones de la vacunación frente a la gripe. Las recomendaciones vigentes para la temporada 2016-2017 hacen especial énfasis en el refuerzo de las personas incluidas en el grupo de edad mayor o igual de 65 años y de los profesionales sanitarios.

Tabla 4-10 Grupos de población diana de vacunación antigripal, temporada 2016-2017

Población general	No recomendada
Personas de edad mayor o igual a 65 años	Recomendada, especialmente en personas que conviven en instituciones cerradas
Enfermos crónicos	<p>Recomendada</p> <ul style="list-style-type: none"> Niños mayores de 6 meses y adultos con: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades crónicas cardiovasculares (excluyendo hipertensión arterial aislada) Enfermedades neurológicas Enfermedades pulmonares, incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma Niños mayores de 6 meses y adultos que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente por: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad metabólica, incluida diabetes mellitus Obesidad mórbida Insuficiencia renal Hemoglobinopatías y anemias Asplenia Enfermedad hepática crónica Enfermedades neuromusculares graves Inmunosupresión (incluida la originada por la infección del VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes) Cáncer Implante coclear o en espera del mismo Trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras. Niños y adolescentes de 6 meses a 18 años que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe
Mujeres embarazadas	Recomendada en cualquier trimestre de gestación
Trabajadores de los centros sanitarios	Recomendada, a trabajadores tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria; pública y privada, especialmente los profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de riesgo.
Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos	Recomendada, especialmente a los que tienen contacto continuo con personas vulnerables
Estudiantes en prácticas en centros sanitarios	Recomendada
Personas que proporcionan cuidado domiciliarios a pacientes de alto riesgo	Recomendada
Personas que trabajan en servicios esenciales	<p>Recomendada</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuerzas y cuerpos de la seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómico o local Bomberos Servicios de protección civil Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones aprobadas por la Comisión de Salud Pública el 13 de octubre de 2016.

Si se pregunta⁵¹ a los ciudadanos de más de 18 años sobre si se han vacunado contra la gripe en la última temporada, el 21,0% dice que *si se vacunó*, el 78,8% que *no se vacunó*, solo el 0,2% dice que *no sabe o no contesta*.

Tabla 4-11 Si se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que se vacunó?, 2015

	%
Tiene la edad para lo que se recomienda	55,0
Tiene una enfermedad crónica	19,9
Es personal sanitario	3,2
Trabaja atendiendo a colectivos (grandes, con personas de riesgo, etc..)	5,0
La gripe puede ser peligrosa y todos deberían vacunarse	11,8
Por prescripción facultativa	2,0
Otro motivo	0,5
NS /NC	1,0

Observaciones: última temporada se refiere *entre octubre del año pasado y enero de este año*.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Del 21,0% de los que dicen que si se han vacunado, el 55,0% indica que es porque *tiene la edad para la que se recomienda*. El 78,8% de los ciudadanos que dicen no haberse vacunado, en el 70,9% de los casos la razón es porque *no estaba recomendada* o porque *la gripe no suponía un riesgo para su salud*; el 18,3% esgrimen como motivo de su no vacunación que no confían en las vacunas (6,7% en las vacunas en general y 11,6% en la vacuna de la gripe en particular). Un 5,8% afirma que *no se enteró de la campaña de vacunación*.

Tabla 4-12 Si no se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que no se vacunó?, 2015

	%
No está recomendado en su caso	35,2
No confía en las vacunas en general	6,7
No confía en la vacuna de la gripe	11,6
La gripe no supone un riesgo para su salud	35,7
No se enteró de la campaña de vacunación	5,8
Otro motivo	2,8
No sabe / No contesta	2,3

Observaciones: última temporada se refiere *entre octubre del año pasado y enero de este año*.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

El 69,0% de los ciudadanos de 18 y más años está *muy de acuerdo* o *bastante de acuerdo* con que la vacuna de la gripe previene la enfermedad y sus complicaciones en personas mayores o con mayor riesgo.

⁵¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

4.1.3 Detección precoz del cáncer

En cuanto a los cribados poblacionales, donde colaboran tanto el nivel de atención primaria como el de atención especializada, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada en 2006 y actualizada en 2009⁵² recomienda las pruebas de detección precoz en determinados grupos de población, establece objetivos de cobertura y designa a la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)⁵³ como fuente de datos para seguir la evolución de estos indicadores.

El cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS⁵⁴. Tanto la atención primaria como la atención especializada están involucradas en estos cribados.

Tabla 4-13 Política de detección precoz de cáncer en el SNS 2016

Detección precoz	Población objetivo	Prueba	Intervalo entre exploraciones	Objetivos de cobertura
Cáncer de mama	Mujeres de 50 a 69 años	Mamografía	2 años	Programa poblacional. Participación mínima recomendada del 70%
Cáncer de cuello de útero	Mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas entre los 25 y 65 años	Citología cervical (Papanicolau)	3-5 años	70% mujeres 30-60 años con citología realizada en los últimos 5 años
Cáncer colorrectal	Población de 50 a 69 años (en una primera etapa)	Sangre oculta en heces	2 años	Programa poblacional. Plena cobertura en 2025

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/2065/2014.

4.1.3.1 Cáncer de mama

Casi 8 de cada 10 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 79,8% del grupo de edad en que se recomienda la prueba (50 a 69 años) declara haberse hecho una mamografía en los últimos dos años, y otro 8,6% hace más de dos años pero menos de tres. Destacan Castilla-La Mancha, Galicia y Navarra con las coberturas más altas.

⁵² En 2015 está en marcha la actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS.

⁵³ La Encuesta Nacional de Salud de España es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que desde 2003 se realiza mediante convenio con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

⁵⁴ Orden SSI/2065/2014 actualiza, en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, el cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix.

Tabla 4-14 Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012 - 2014

	% mujeres de 50 a 69 años	
	2011-2012	2014
Andalucía	66,3	73,6
Aragón	77,2	80,1
Asturias	75,9	83,8
Baleares	65,1	72,8
Canarias	76,6	70,7
Cantabria	76,9	85,2
Castilla y León	74,5	77,6
Castilla-La Mancha	80,9	89,0
Cataluña	83,7	80,5
Comunidad Valenciana	71,2	77,7
Extremadura	77,9	77,8
Galicia	83,3	89,0
Madrid	80,2	83,8
Murcia	86,9	80,5
Navarra	88,8	86,9
País Vasco	86,5	83,1
La Rioja	69,7	85,2
Ceuta	-	-
Melilla	-	56,9
España	77,1	79,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

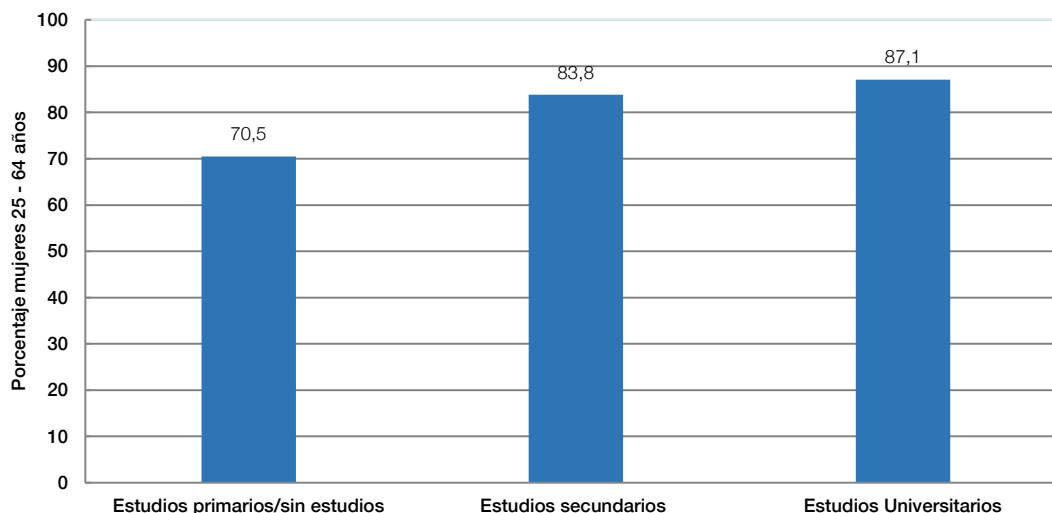
Las tasas de mamografía son más bajas en las clases menos favorecidas. Se observan gradientes por clase social y por nivel de ingresos del hogar. No obstante, las diferencias entre las mujeres de clase I y VI se han acortado de 16,2 puntos en 2011/2012 a 8,5 puntos en 2014. El 81,4% de las mujeres de clase social I en edad de hacerse la mamografía declara habérsela hecho, frente al 72,9% en la clase VI.

4.1.3.2 Cáncer de cuello de útero

El 79,4% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,7% en los últimos 3 años. Por comunidades autónomas, en Madrid, País Vasco y Baleares se alcanzan coberturas por encima del 86%.

La realización de una citología en los últimos 5 años se relaciona con la clase social (89,1% de las mujeres de clase I frente a 63,4% de clase VI), el nivel de estudios (87,1% en mujeres con estudios universitarios frente al 70,5% en las que tienen estudios primarios o sin estudios).

Gráfico 4-3 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Tabla 4-15 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2014

	% mujeres de 25 a 64 años 2014
Andalucía	72,2
Aragón	78,9
Asturias	77,6
Baleares	86,0
Canarias	84,2
Cantabria	79,0
Castilla y León	74,7
Castilla-La Mancha	74,4
Cataluña	84,3
Comunidad Valenciana	74,4
Extremadura	67,5
Galicia	80,1
Madrid	87,3
Murcia	74,5
Navarra	81,9
País Vasco	87,8
La Rioja	85,5
Ceuta	74,6
Melilla	48,0
España	79,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

4.1.3.3 Cáncer de colon

El 12,4% de la población de 50-69 años declara que le han realizado una Prueba de Sangre Oculta en Heces (PSOH) en los últimos dos años, sin diferencias por sexo ni estrato socioeconómico. En 2009⁵⁵ la cobertura de la prueba había sido del 3,4% y de 6,8% en 2011/2012. Por comunidades autónomas, el País Vasco con 59,5% alcanza la cobertura más alta seguido de La Rioja (32,6%) Murcia (24,3%) y Cantabria (29,4%). Las coberturas más bajas con menos del 5% se encuentran en Asturias (3,5%), Melilla (4,1%), Castilla-La Mancha (4,4%), Aragón (4,8%) y Extremadura (4,9%).

Los programas poblacionales de detección precoz de cáncer colorrectal se encuentran actualmente en fase de implantación. La cobertura es aún baja dado que 2015 es el año en que entra en vigor la introducción del cribado de cáncer colorrectal en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS. El objetivo es alcanzar la plena cobertura, entendida como invitación a participar, a los diez años de la introducción de este cribado en cartera de servicios del SNS.

Tabla 4-16 Prueba de sangre oculta en heces en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2014

	% población de 50 a 69 años
Andalucía	5,7
Aragón	4,8
Asturias	3,5
Baleares	8,0
Canarias	13,8
Cantabria	29,4
Castilla y León	7,6
Castilla-La Mancha	4,4
Cataluña	11,4
Comunidad Valenciana	17,2
Extremadura	4,9
Galicia	10,1
Madrid	5,8
Murcia	24,3
Navarra	12,3
País Vasco	59,5
La Rioja	32,6
Ceuta	9,0
Melilla	4,1
España	12,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

El motivo más frecuente (37,2%) para hacerse la última prueba de sangre oculta en heces es por algún problema, síntoma o enfermedad tanto en hombres (32,1%) como en mujeres (41,6%). El cribado aconsejado por médico es el motivo declarado para hacerse la última prueba en el 20,1% de la población de 50 a 69 años (23,5% en hombres y 17,2% en mujeres), y el cribado institucional

⁵⁵ En la Encuesta Europea de Salud en España (EES) del año 2009 se preguntó por primera vez por la prueba de detección de sangre oculta en heces.

el 38,5% en ambos sexos, no observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres en los motivos que ocasionaron la realización prueba. Al menos la mitad de las PSOH se hicieron con fines de detección precoz.

Tabla 4-17 Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2014

	Ambos sexos%	Hombres%	Mujeres%
Algún problema, síntoma o enfermedad	37,2	32,1	41,6
Consejo médico sin problema previo	20,1	23,5	17,2
Carta, llamada o propuesta de su Centro de Salud	38,5	39,4	37,8
Otras razones	4,2	5,0	3,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por otro lado el porcentaje de la población adulta (15 y más años) que se ha hecho una colonoscopia alguna vez en su vida⁵⁶ es el 12,3% en hombres y el 8,5% en mujeres, en los últimos 5 años.

4.1.4 Red española de escuelas de salud para la ciudadanía

En 2013 se crea la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención de enfermedades crónicas.

La Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía se aprobó por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 2012 con el objetivo de poner a disposición de los pacientes, cuidadores y usuarios un conjunto de herramientas que aportaran información relevante para las necesidades del cuidado de la salud, actualizada y de calidad, y de fácil comprensión por los colectivos a los que se dirige, mediante la creación de una plataforma web.

La Red de Escuelas se ha ido configurando a partir de la participación de las distintas escuelas, programas y proyectos: Escuela de pacientes de Andalucía, Escuela Gallega de Salud para ciudadanos, Programa Paciente Experto de Cataluña, Universidad de los pacientes de la Fundación Josep Laporte, Fundación para la formación y la investigación sanitaria de la Región de Murcia, Programa Paciente Activo- *Paziente Bizia (Osakidetza)* y Red Ciudadana de Formadores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Durante 2013, todos ellos colaboraron y se comprometieron con el desarrollo de la Red de Escuelas, con la vocación de integración, servicio y transparencia.

⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014.

La red trabaja en torno a cinco áreas de trabajo: alfabetización sanitaria, herramientas de ayuda a la toma de decisiones, autocuidados, seguridad del paciente, y apoyo social y emocional. En 2015 se ha inaugurado oficialmente la página de la Red de Escuelas⁵⁷.

4.2 Atención a los problemas de salud

4.2.1 Atención Primaria

4.2.1.1 Actividad ordinaria en centro y domicilio

En el conjunto de la atención primaria del Sistema Nacional de Salud se atienden 373 millones de consultas médicas y de enfermería, el 96% de las cuales se realizan en los centros sanitarios y el 4% restante en el domicilio.

La frecuentación media de la población a medicina es de 5,3 visitas por persona asignada y año (5,3 a medicina de familia y 5,1 a pediatría). En enfermería, esta media se sitúa en 2,9 visitas por persona y año.

Tabla 4-18 Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2015

	Frecuentación a la consulta						Número de consultas
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015
Medicina	5,4	5,5	5,3	5,3	5,2	5,3	241.335.483
Medicina de familia	5,5	5,6	5,5	5,4	5,3	5,3	207.903.896
Pediatría	5,2	5,4	4,9	5,0	5,0	5,1	33.431.587
Enfermería	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	131.989.350
Total	-	-	-	-	-	-	373.324.833

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

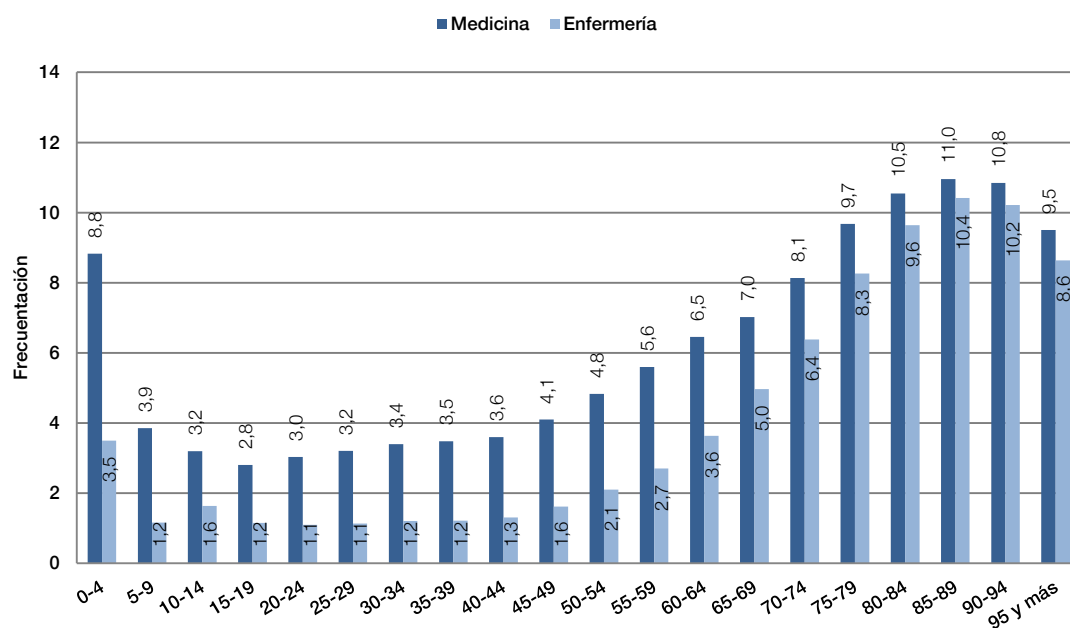
Por sexo, la frecuentación a medicina es superior en mujeres (6,0) que en varones (4,5), mientras que en enfermería esta diferencia se acorta ligeramente (3,1 frente a 2,6, respectivamente).

Por grupos de edad, la frecuentación media a medicina en el primer quinquenio, de 0 a 4 años, es de 8,8 consultas por niño y año; esta decrece hasta 2,8 durante la adolescencia (15 a 19 años), grupo de edad que tiene la frecuentación más baja. El ascenso posterior, muy paulatino hasta los 45 años, aumenta más claramente a partir de esa edad, alcanzando el pico de frecuentación más alta el grupo de 85-89 años, con una media de 11,0 visitas al año.

En enfermería, la frecuentación promedio es de 3,5 visitas/año en el grupo de 0 a 4 años, descendiendo hasta 1,1 consulta/persona y año en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años, e iniciando un ascenso progresivo a partir de los 45 años hasta llegar a los grupos con mayor frecuentación (85 a 89 años), con 10,4 visitas/persona y año.

⁵⁷ Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía <http://www.escuelas.msssi.gob.es/>

Gráfico 4-4 Frecuentación por grupos de edad a la consulta de atención primaria del SNS, 2015



Observaciones: En los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Tabla 4-19 Frecuentación a la consulta de atención primaria según comunidad autónoma, 2015

	Medicina	Enfermería
Andalucía	6,0	3,2
Aragón	5,3	2,5
Asturias	5,2	3,2
Baleares	3,8	2,3
Canarias	5,2	2,3
Cantabria	5,5	2,5
Castilla y León	8,0	4,2
Castilla-La Mancha	6,2	3,9
Cataluña	4,0	2,0
Comunidad Valenciana	4,6	2,7
Extremadura	7,0	3,6
Galicia	5,7	3,2
Madrid	4,9	2,3
Murcia	5,7	2,9
Navarra	4,8	4,0
País Vasco	5,0	3,9
La Rioja	5,8	3,9
Ceuta y Melilla	4,9	2,7
SNS	5,3	2,9

Observaciones: En los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

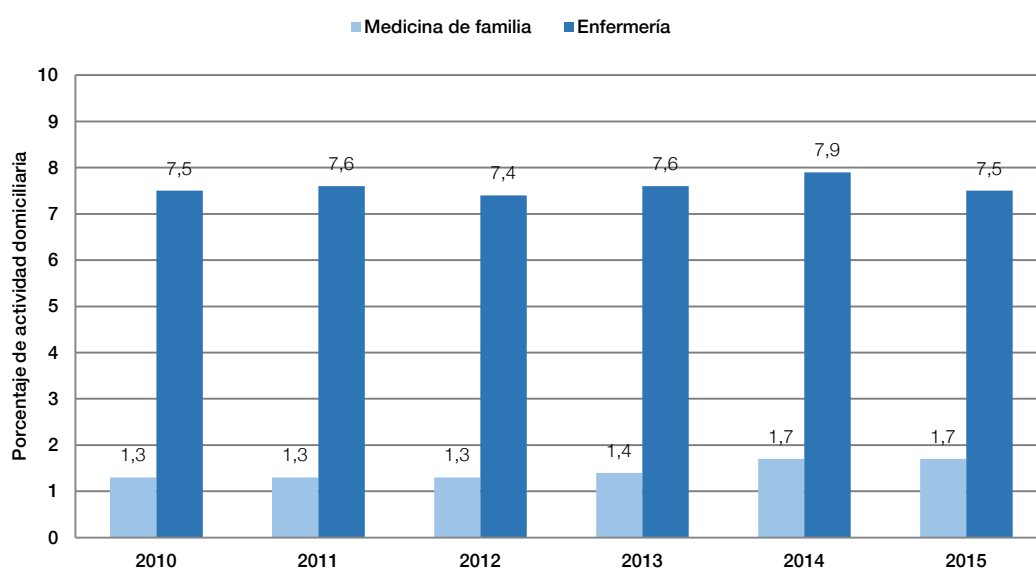
Por comunidades autónomas la frecuentación a medicina más alta corresponde a Castilla y León (8,0 consultas a médicos por persona asignada y año) y la más baja a Baleares (3,8 consultas a

médicos por persona asignada y año). En enfermería la frecuentación más alta se encuentra también en Castilla y León (4,2 consultas a enfermera por persona asignada y año) y la menor en Cataluña (2,0 consultas a enfermera por persona asignada y año).

La atención a domicilio (4% de la actividad y 13,3 millones de visitas) oscila de manera importante en función del tipo de profesional. En el caso de la pediatría es pequeña (32.484 consultas) representa solo un 0,1%. En medicina de familia supone 1,7% de la actividad total (3,4 millones de visitas) y en enfermería llega al 7,5% (9,9 millones de visitas a domicilio).

Las personas mayores de 65 años son las destinatarias principales de la actividad domiciliaria, con un porcentaje similar en medicina de familia (85%) y en enfermería (87%) respecto al total de domicilios realizados por cada tipo de profesional.

Gráfico 4-5 Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

4.2.1.2 Morbilidad atendida

Cada persona atendida en los centros de salud de atención primaria⁵⁸ presenta una media de 5,7 problemas de salud. Por sexo, la media es de 5,1 problemas activos en el caso del hombre y 6,3 en el de la mujer.

⁵⁸ Último dato disponible a la hora de la elaboración del informe corresponde al año 2012. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Más información en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Tabla 4-20 Número medio de problemas de salud activos por usuario atendido de los centros de salud de atención primaria, según grupo de edad y sexo, 2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Problemas activos (media)	5,7	5,1	6,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Tabla 4-21 Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en ambos sexos, 2012

Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Ambos sexos					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	872,2	2	624,3	2	988,4	3
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	43,2	14	64,3	14	107,7	14
D	Aparato digestivo	665,7	3	464,0	4	629,9	5
F	Ojo y anejos	224,6	7	202,4	9	390,6	9
H	Aparato auditivo	315,7	5	137,9	13	197,5	12
K	Aparato circulatorio	51,2	13	451,2	6	1.156,0	1
L	Aparato locomotor	267,0	6	715,9	1	1.094,0	2
N	Sistema nervioso	75,2	11	143,0	12	179,1	13
P	Problemas psicológicos	87,0	10	332,0	8	405,9	8
R	Aparato respiratorio	1.223,3	1	494,8	3	613,9	6
S	Piel y faneras	619,4	4	452,0	5	544,4	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	114,6	8	408,6	7	801,2	4
U	Aparato urinario	60,3	12	154,6	11	312,7	10
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,2	15	51,5	15	0,0	15
XY	Aparato genital	94,5	9	188,7	10	206,3	11

Observaciones: Los problemas de salud agrupados por aparatos y sistemas según la Clasificación de Atención Primaria (CIAP-2). La columna *Orden* se refiere a la prevalencia según aparatos y sistemas. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (BDCAP-SNS).

Los problemas de salud más frecuentes, agrupados en aparatos y sistemas varían con la edad y el sexo. En el grupo de los menores de 15 años, el aparato respiratorio (tasa de 1.223,3 por cada 1.000 personas asignadas) es la primera causa de consulta, seguida, a distancia, de los problemas generales e inespecíficos (872,2), aparato digestivo (665,7), piel y faneras (619,4) y aparato auditivo (315,7).

En el grupo de 15 y más años los problemas más frecuentes por cada 1.000 personas asignadas corresponden a los problemas del aparato locomotor (715,9), seguido de los problemas generales e inespecíficos (624,3) y los problemas del aparato respiratorio (494,8).

En los mayores de 64 años el principal motivo de consulta son los problemas de aparato circulatorio (tasa de 1.156,0 por cada 1.000 personas asignadas) y aparato locomotor (1.094,0), seguido de problemas generales e inespecíficos (988,4) y de los problemas del aparato endocrino, metabolismo y nutrición (801,2).

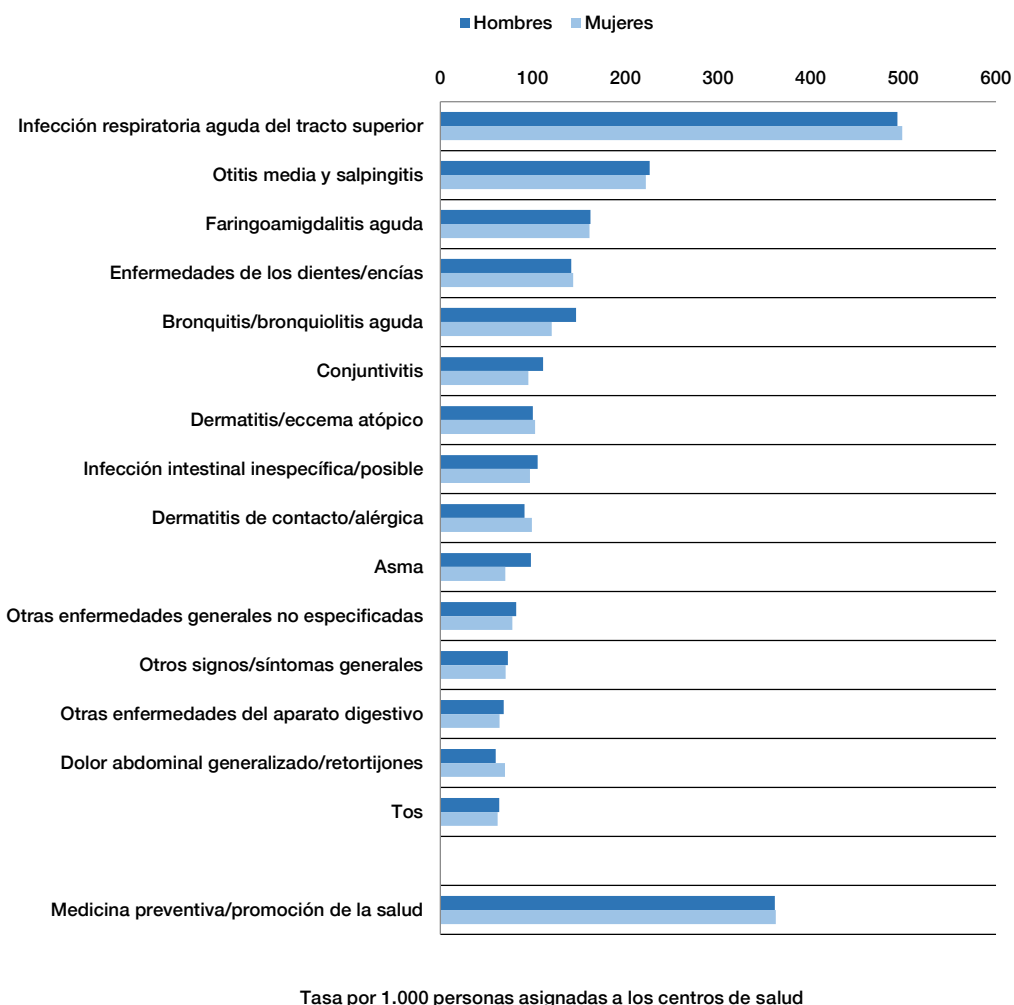
Tabla 4-22 Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en hombres y mujeres, 2012

Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Hombres					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	888,1	2	537,5	2	946,6	2
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	48,9	13	45,9	14	102,6	14
D	Aparato digestivo	660,1	3	426,8	4	621,9	6
F	Ojo y anejos	227,0	7	173,7	9	346,1	8
H	Aparato auditivo	311,6	5	124,1	10	187,6	12
K	Aparato circulatorio	52,9	12	413,4	5	1.140,5	1
L	Aparato locomotor	267,2	6	552,0	1	775,4	3
N	Sistema nervioso	73,7	11	101,2	13	149,9	13
P	Problemas psicológicos	107,3	10	281,9	8	332,2	9
R	Aparato respiratorio	1.269,8	1	451,3	3	650,8	5
S	Piel y faneras	615,2	4	400,8	6	508,3	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	108,1	9	361,8	7	749,3	4
U	Aparato urinario	47,1	14	109,6	11	276,8	11
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,03	15	5,9	15	0,1	15
XY	Aparato genital	121,7	8	103,9	12	283,3	10
Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Mujeres					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	855,4	2	707,0	2	1.020,0	3
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	37,1	14	81,9	15	111,5	14
D	Aparato digestivo	671,8	3	499,5	5	635,9	5
F	Ojo y anejos	222,0	7	229,7	10	424,2	9
H	Aparato auditivo	320,0	5	150,9	13	205,1	11
K	Aparato circulatorio	49,5	13	487,2	6	1.167,7	2
L	Aparato locomotor	266,7	6	872,0	1	1.335,1	1
N	Sistema nervioso	76,7	9	182,7	12	201,2	12
P	Problemas psicológicos	65,5	12	379,7	8	461,6	8
R	Aparato respiratorio	1.174,1	1	536,3	3	585,9	6
S	Piel y faneras	623,9	4	500,9	4	571,6	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	121,5	8	453,2	7	840,4	4
U	Aparato urinario	74,3	10	197,6	11	339,8	10
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,5	15	95,0	14	0,0	15
XY	Aparato genital	65,6	11	269,4	9	148,1	13

Observaciones: Los problemas de salud agrupados por aparatos y sistemas según la Clasificación de Atención Primaria (CIAP-2). La columna *Orden* se refiere a la prevalencia según aparatos y sistemas. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (BDCAP-SNS).

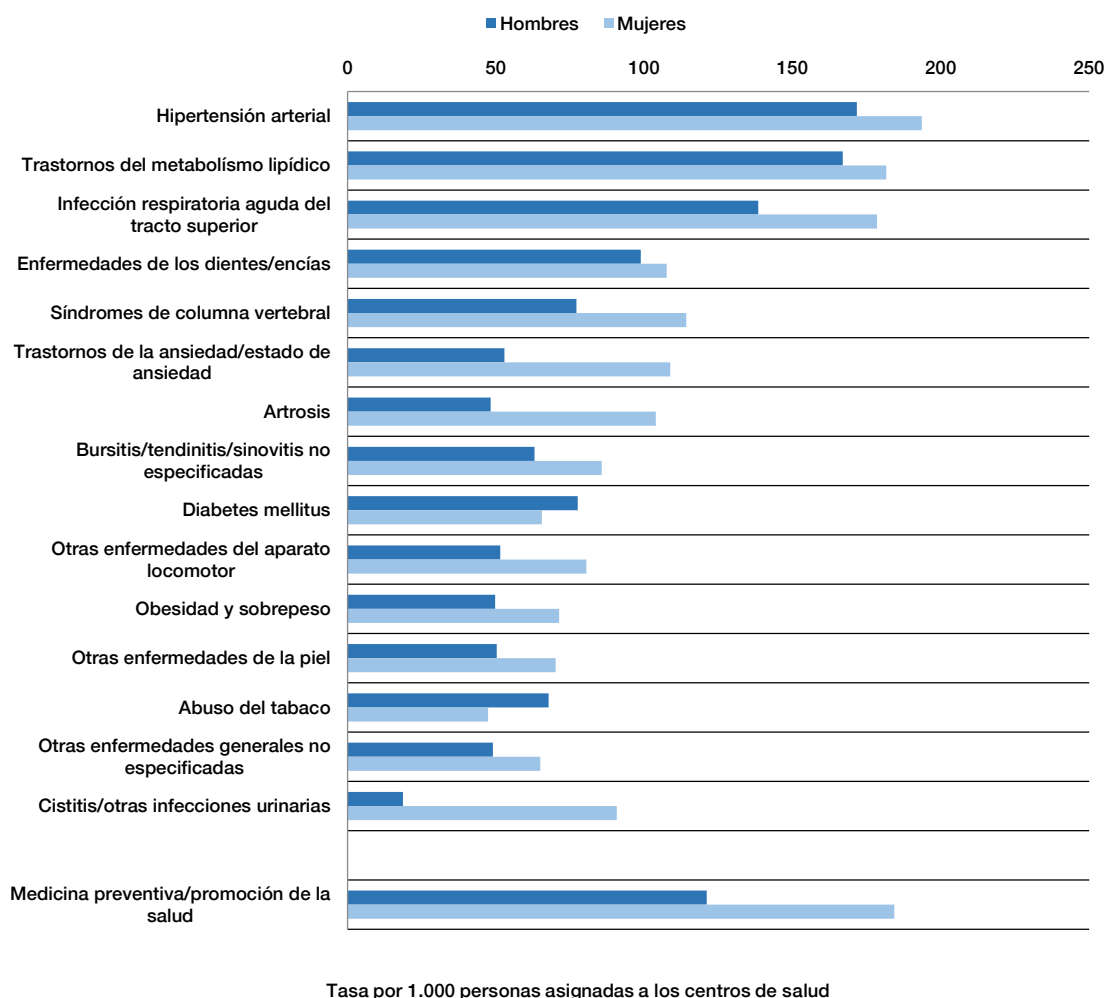
Gráfico 4-6 Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En cuanto a sus características en el grupo de 0 a 14 años, los problemas que predominan son los agudos e infecciosos. En niños es más frecuente que en niñas el asma, las bronquitis/bronquiolitis aguda y conjuntivitis.

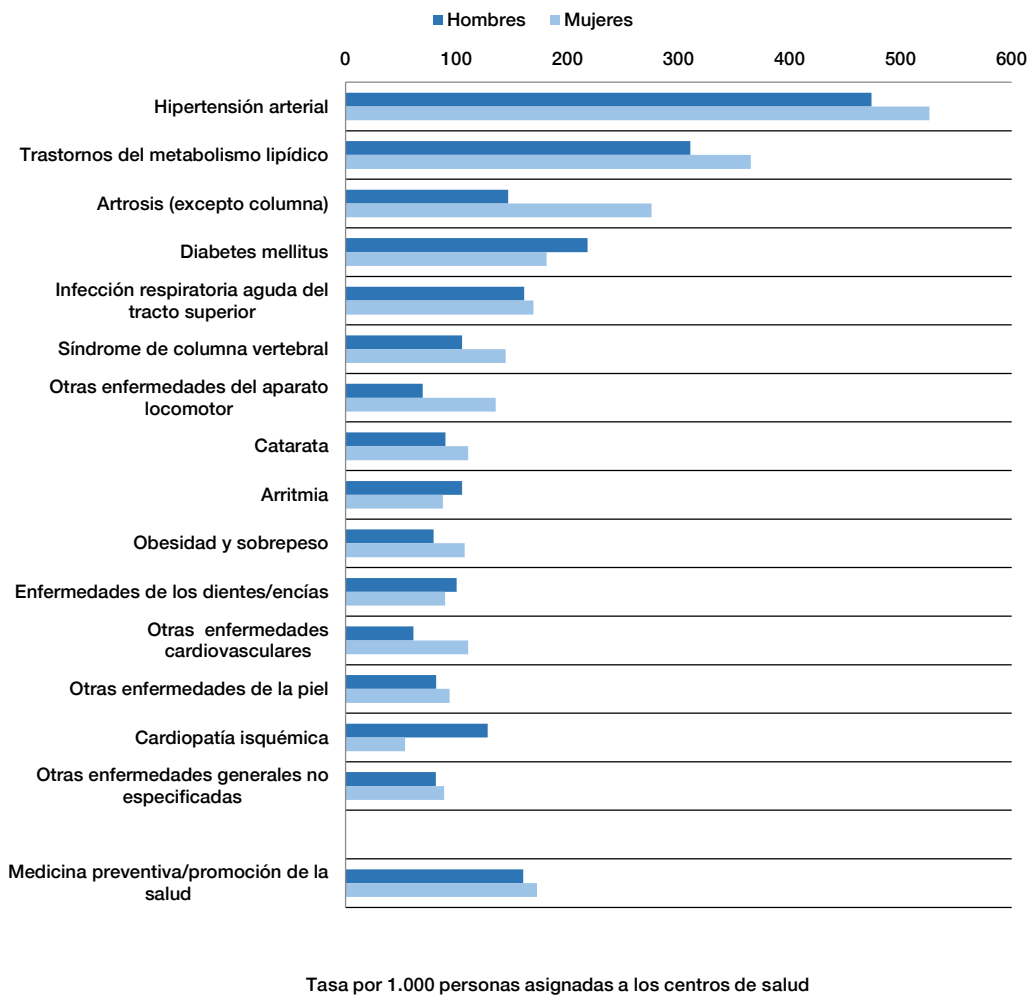
Gráfico 4-7 Problemas de salud más frecuentes en la población de 15 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En el grupo de 15 y más años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastornos de los lípidos) y agudos (infección respiratoria aguda del tracto superior). En términos generales los problemas de salud son más frecuentes en mujeres, y entre los más frecuentes, hay mayor diferencia en la cistitis, ansiedad y artrosis.

Gráfico 4-8 Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En el grupo de mayores de 65 y más años predominan las enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, trastornos de los lípidos, artrosis y diabetes mellitus.

4.2.2 Atención Especializada

4.2.2.1 Utilización de hospitales y consultas externas⁵⁹

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se producen unos 4,0 millones de altas al año, lo que supone el 76,5% de los 5,2 millones de altas que se producen en el sector hospitalario español.

Del mismo modo, en el Sistema Nacional de Salud se realizan 78,7 millones de consultas por los médicos especialistas (82,9% del total de las efectuadas en España), se atienden 21,5 millones de urgencias (77,6% del total del sector) y se practican 3,6 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1,1 millones se realizan con Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

De cada 10 intervenciones quirúrgicas que se efectúan en España, 7 se hacen en alguno de los hospitales del SNS. También se atienden en los hospitales del Sistema Nacional de Salud 8 de cada 10 partos, lo que supone 329.216 partos (79,1% del total), el 21,6% de los cuales son mediante cesárea. Para la totalidad del sector (público y privado) el porcentaje de cesáreas es del 25,0%.

Tabla 4-23 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2014-2015

	2014		2015 (e)	
	SNS	Total	SNS	Total
Altas (miles)	4.026,9	5.264,9	4.043,9	5.284,0
Altas/1000 hab.	86,7	113,3	87,1	113,8
Consultas (miles)	78.639,6	94.343,5	78.703,7	94.880,8
Consultas/1.000 hab.	1.692,9	2.031,0	1.695,4	2.043,8
Urgencias (miles)	20.851,6	26.974,0	21.542,8	27.628,1
Urgencias/1.000 hab.	448,9	580,7	464,1	595,1
Actos quirúrgicos (miles)	3.561,2	4.997,3	3.557,5	5.010,7
Actos quirúrgicos/1.000 hab.	76,7	107,6	76,6	107,9
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (miles)	1.167,6	1.574,1	1.177,2	1.583,8
Partos vaginales (número)	258.773	313.948	257.895	312.279
Cesáreas (número)	72.750	106.703	71.210	104.114
Total de Partos (número)	331.523	420.651	329.216	416.391
% Cesáreas	21,9	25,4	21,6	25,0

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

⁵⁹ Los datos de atención especializada del año 2015 utilizados en la elaboración del apartado, son datos estimados en el momento de la elaboración de este informe. Las cifras se ha calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

Tabla 4-24 Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	67,2	92,0
Aragón	105,0	126,5
Asturias	105,1	118,7
Baleares	76,9	147,5
Canarias	55,8	94,9
Cantabria	89,8	103,1
Castilla y León	99,6	117,7
Castilla-La Mancha	82,8	89,9
Cataluña	96,1	125,6
Comunidad Valenciana	89,4	111,2
Extremadura	99,2	112,9
Galicia	93,1	116,5
Madrid	81,3	118,9
Murcia	83,7	105,3
Navarra	99,9	123,3
País Vasco	125,5	153,8
La Rioja	95,6	110,6
Ceuta y Melilla	83,6	83,6
España	86,7	113,3

Observaciones: En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En los hospitales del SNS, la frecuentación hospitalaria más alta es la del País Vasco con 125,5 altas por cada 1.000 habitantes, duplicando a la de Canarias (55,8 altas por cada 1.000 habitantes) donde se observa la frecuentación hospitalaria menor. Para la totalidad del sector hospitalario (hospitales públicos y privados), el País Vasco también ocupa la primera posición, con 153,8 altas por cada 1.000 habitantes y Castilla-La Mancha la menor con 89,9 altas por cada 1.000 habitantes. Ceuta y Melilla presentan 83,6 altas por cada 1.000 habitantes y solo cuentan con hospitales públicos.

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se realizan 3,6 millones de actos quirúrgicos de los que más del 40% precisan hospitalización.

Tabla 4-25 Frecuentación quirúrgica por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	60,7	96,4
Aragón	81,8	105,1
Asturias	66,7	86,8
Baleares	60,5	112,8
Canarias	39,9	77,9
Cantabria	56,9	68,8
Castilla y León	82,0	95,1
Castilla-La Mancha	62,8	74,4
Cataluña	99,2	132,4
Comunidad Valenciana	82,0	104,2
Extremadura	83,0	95,4
Galicia	74,9	101,8
Madrid	80,8	127,9
Murcia	61,4	97,1
Navarra	76,9	100,1
País Vasco	106,8	137,7
La Rioja	77,5	94,4
Ceuta y Melilla	53,0	53,0
España	76,7	107,6

Observaciones: En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En los hospitales del SNS, la frecuentación quirúrgica más alta es la del País Vasco con 106,8 intervenciones por cada 1.000 habitantes, casi triplicando a la de Canarias (39,9 intervenciones por cada 1.000 habitantes) donde se observa la frecuentación quirúrgica menor. Para la totalidad del sector hospitalario (hospitales públicos y privados), el País Vasco también ocupa la primera posición, con 137,7 intervenciones por cada 1.000 habitantes y Cantabria la menor con 68,8 intervenciones por cada 1.000 habitantes. Ceuta y Melilla presentan 53,0 intervenciones por cada 1.000 habitantes y solo cuentan con hospitales públicos.

4.2.2.2 Indicadores de actividad

La estancia media de los pacientes ingresados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud se sitúa en 7,8 días presentando una tendencia descendente (8,3 días, en el año 2010).

Tabla 4-26 Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2014 y 2015

	2014		2015(e)	
	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales
Estancia media (días)	7,8	7,4	7,8	7,3
Índice de ocupación (%)	78,9	77,0	78,8	76,9
Índice de rotación	36,8	38,2	36,8	38,2
Porcentaje de 1ªconsultas /totales	32,3	34,9	32,2	34,8
Porcentaje de urgencias ingresadas	11,5	10,3	11,3	10,3
Presión de urgencias (%)	63,2	55,9	63,8	56,3

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. En el total se incluyen los datos del sector público y privado. Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Estancia media (días) = Estancias causadas / alta. Índice de ocupación = Estancias causadas x 100 / camas en funcionamiento x 365 (días). Índice de rotación = Enfermos dados de alta/camas en funcionamiento. Presión de urgencias = ingresos a través del Servicio de Urgencias / ingresos totales.

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El índice de rotación⁶⁰ ha crecido en los últimos años, situándose en 36,8, mientras que en el año 2010 era de 35,1.

La estancia media ha sido considerada como un indicador de eficiencia vinculada al desarrollo de una práctica clínica resolutoria. Un descenso en la estancia media, junto con un aumento en el del índice de rotación, implica una mayor productividad en el área de hospitalización, que puede estar en relación con el descenso que viene observándose en el número de camas en funcionamiento.

En los hospitales del SNS el rango de estancia media se sitúa entre los 10,9 días de Cataluña y los 5,6 días de Ceuta y Melilla. Si observamos a todos los hospitales, públicos y privados, la comunidad autónoma con mayores días de estancia media hospitalaria es Canarias con 9,9 días y la menor la Comunidad Valenciana con 5,6 días.

⁶⁰ Número de pacientes que han ocupado una cama a lo largo del año.

Tabla 4-27 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	6,6	6,1
Aragón	8,0	8,1
Asturias	7,5	7,6
Baleares	7,9	5,9
Canarias	10,6	9,9
Cantabria	7,0	9,3
Castilla y León	7,1	7,6
Castilla-La Mancha	7,4	7,1
Cataluña	10,9	9,2
Comunidad Valenciana	6,2	5,6
Extremadura	8,2	7,9
Galicia	8,5	7,7
Madrid	7,2	7,0
Murcia	6,5	8,4
Navarra	6,2	7,7
País Vasco	6,3	6,3
La Rioja	9,3	8,4
Ceuta y Melilla	5,6	5,6
España	7,8	7,4

Observaciones: En el total se incluyen los datos del sector público y privado. Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

4.2.2.3 Cirugía sin ingreso hospitalario y procedimientos menos invasivos

El número de procedimientos quirúrgicos que anualmente son llevados a cabo de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, supera el millón, con un porcentaje de sustitución de algo más del 46,0% respecto a los que precisan ingreso.

La extensión de prácticas quirúrgicas menos invasivas, con menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas inmediatas, así como los avances en las técnicas anestésicas con una más rápida recuperación, han hecho posible que la cirugía sin ingreso haya aumentado en la última década.

Las operaciones de cataratas constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad de manera predominantemente ambulatoria. El progresivo envejecimiento de la población ha supuesto un incremento paralelo de este procedimiento quirúrgico, pero la seguridad y el coste-efectividad de la cirugía como procedimiento ambulatorio ha sido aún más importante en esta evolución, lo que ha determinado su incremento.

El 98,1% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria sin necesidad de la hospitalización de los pacientes.

Tabla 4-28 Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2005-2014

	Total de intervenciones	Intervenciones con hospitalización	% intervenciones con hospitalización	Intervenciones sin hospitalización	% intervenciones sin hospitalización
2005	226.199	21.534	9,5	204.665	90,5
2006	247.534	19.259	7,8	228.275	92,2
2007	252.059	16.285	6,5	235.774	93,5
2008	258.265	13.546	5,2	244.719	94,8
2009	272.810	11.716	4,3	261.094	95,7
2010	275.880	10.517	3,8	265.363	96,2
2011	280.184	8.582	3,1	271.602	96,9
2012	283.484	7.344	2,6	276.140	97,4
2013	306.968	6.753	2,2	300.215	97,8
2014	324.447	6.150	1,9	318.297	98,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

Otros procesos de cirugía ambulatoria frecuentes, aunque con tasas de ambulatorización inferiores a la de las cataratas, son las intervenciones de reparación de hernia inguinal y las amigdalectomías: un 53,1% de los casos (59% más que en 2005) y un 31,4% de ellas (37% más que en 2005), respectivamente, fueron realizadas ambulatoriamente.

Tabla 4-29 Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2005 y 2014

	2005		2014	
	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización %	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización %
Hernia Inguinal	70.321	35,1	74.473	53,1
Amigdalectomía	18.950	22,8	25.306	31,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo, ha ido en aumento la práctica de intervenciones mediante procedimientos quirúrgicos menos invasivos; tal es el caso de colecistectomías y apendicectomías. En 2014 cuatro de cada cinco extirpaciones de la vesícula biliar se realizó mediante laparoscopia (50% más que en 2005), y, en menor proporción pero habiéndose cuadruplicado su frecuencia respecto a 2005, también 4 de cada 10 extirpaciones de apéndice se realizaron en 2014 mediante esa técnica.

Tabla 4-30 Tendencia de los procedimientos menos invasivos. Frecuencia de colecistectomías y apendicetomías por laparoscopia. SNS, 2005 y 2014

	2005		2014	
	Total de intervenciones	% sobre total de intervenciones	Total de intervenciones	% sobre total de intervenciones
Colecistectomía	50.213	65,8	62.385	79,6
Apendicectomía	45.003	10,9	44.840	37,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

4.2.2.4 Morbilidad atendida

La principal causa de hospitalización en los hospitales de agudos en España son las enfermedades del aparato circulatorio (13,1%), seguida del grupo de enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y del aparato respiratorio (11,4%). En los hombres, las enfermedades del aparato circulatorio con 15,6% son la causa de hospitalización más frecuente, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo 14,5% y del aparato respiratorio 13,8%. Los tumores suponen el 10,9%. En el caso de las mujeres, el motivo más frecuente de atención es la asistencia al parto, puerperio y complicaciones de la gestación, con un 20,2% del total de las altas hospitalarias en mujeres, le siguen las enfermedades del aparato circulatorio con 10,9%, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio con 10,4% y 9,2% respectivamente; los tumores supusieron el 8,8%, de las altas en las mujeres.

Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales son mayores en hombres (2,2%) que en mujeres (1,9%).

El Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)⁶¹, que reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos-CMBD de las altas de los hospitales de agudos, es la principal base de datos para el conocimiento de la morbilidad atendida en los hospitales de agudos, en 2014 contiene más del 92% de las altas registradas en los hospitales de agudos de España, lo que en números absolutos supone disponer de información de un total de 4,4 millones de altas (en concreto de 4.375.732) de las que el 84,1% corresponde a hospitales del Sistema Nacional de Salud⁶² y el resto 15,9% a centros privados.

En los últimos quince años las principales causas de hospitalización en hombres apenas han variado, siendo las enfermedades del aparato circulatorio las que dan lugar al mayor número de hospitalizaciones, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo y de las del aparato respiratorio. Todas ellas han experimentado una disminución, siendo patente en las enfermedades del aparato circulatorio (5,2% menos), en las enfermedades del aparato respiratorio (2,9% menos) y las enfermedades del aparato digestivo (1,5% menos). Por el contrario las neoplasias han experimentado en ese periodo un aumento del 9,3%. La proporción de altas debidas a trastornos mentales ha disminuido en el periodo 2000-2014 un 7,2%.

Igualmente, en las mujeres las principales causas de hospitalización no han variado en los últimos quince años, el motivo más frecuente de estancia hospitalaria son los episodios de embarazo, parto y puerperio seguido de las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato digestivo. Los episodios de embarazo, parto y puerperio es el único grupo de causas de ingreso que en quince años registra un claro descenso (17,9%) coherente con la disminución del número de nacimientos en ese periodo. Las enfermedades del aparato respiratorio aumentan el 19,0%, las neoplasias el 8,6% y las enfermedades del aparato digestivo el 8,0%, así como la cifra de altas por trastornos mentales (11,8).

⁶¹El Registro de Actividad de Atención Especializada (Real Decreto 69/2015) supone una evolución del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias (CMBD) creado en 1987, prevé su extensión de manera gradual a otras modalidades asistenciales y al sector privado, además sustituye la CIE-9-MC, modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, por la CIE-10-ES, de mayor alcance y especificidad.

⁶² Incluye los hospitales públicos, la red de hospitales de utilización pública y los hospitales con concierto sustitutorio.

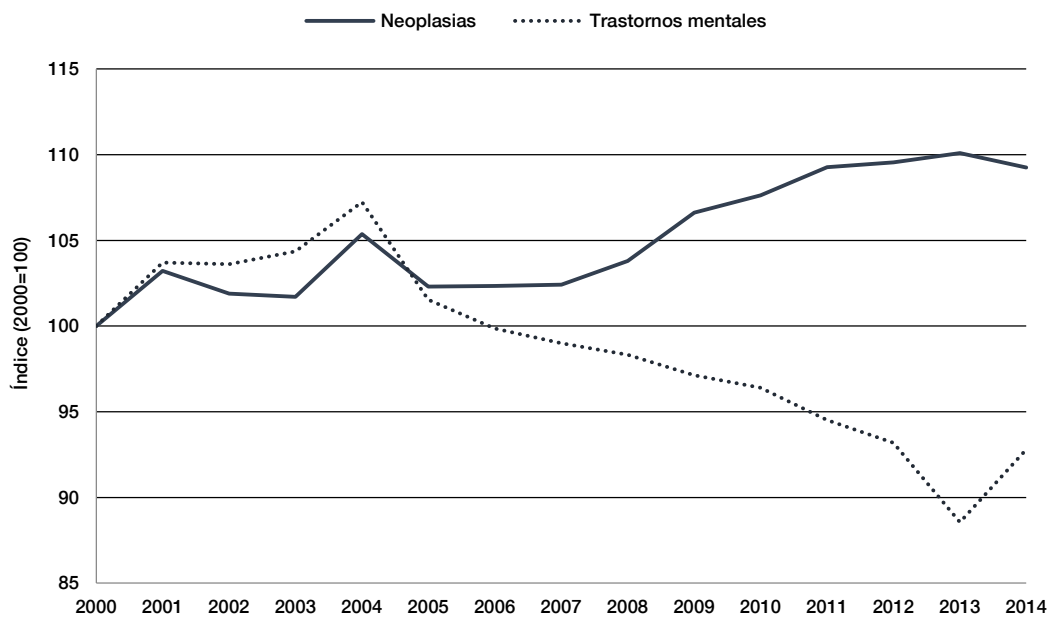
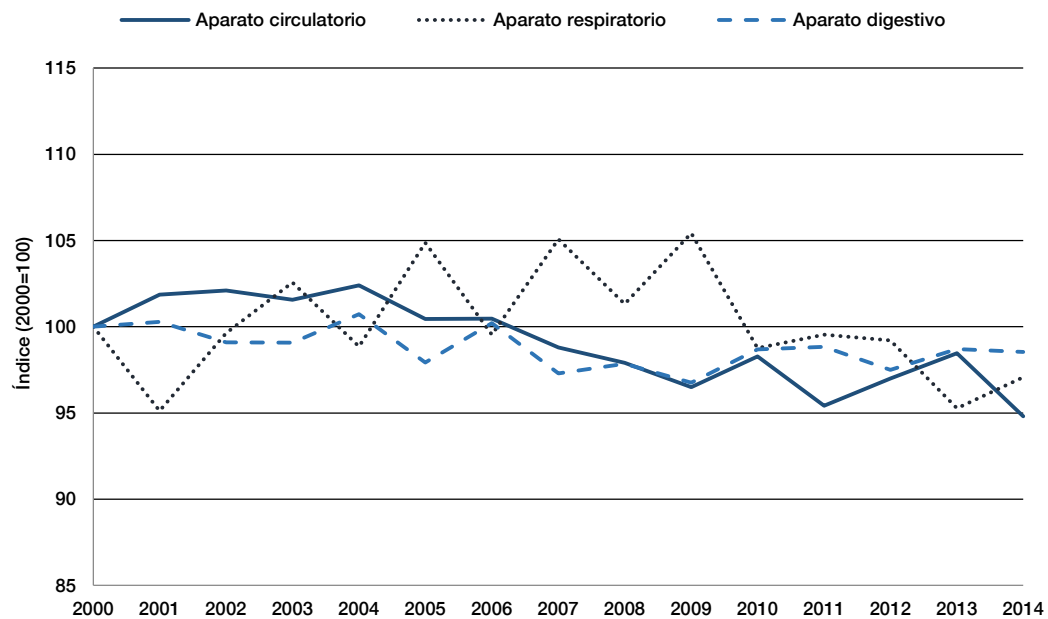
Tabla 4-31 Hospitales de agudos. Número de altas, distribución y tasa por 1.000 habitantes, por grupos diagnósticos, según sexo. España 2014

	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	Número	%	Tasa	Número	%	Tasa	Número	%	Tasa
Total	4.375.732	100,0	94,2	2.067.891	100,0	90,5	2.307.343	100,0	97,7
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	95.577	2,2	2,1	53.188	2,6	2,3	42.379	1,8	1,8
Neoplasias	428.923	9,8	9,2	226.399	10,9	9,9	202.472	8,8	8,6
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	40.727	0,9	0,9	20.033	1,0	0,9	20.690	0,9	0,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	79.718	1,8	1,7	31.906	1,5	1,4	47.808	2,1	2,0
Trastornos mentales	88.336	2,0	1,9	45.348	2,2	2,0	42.972	1,9	1,8
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	95.736	2,2	2,1	48.453	2,3	2,1	47.274	2,0	2,0
Enfermedades del ojo y sus anexos	28.080	0,6	0,6	14.584	0,7	0,6	13.491	0,6	0,6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	21.692	0,5	0,5	10.524	0,5	0,5	11.164	0,5	0,5
Enfermedades del sistema circulatorio	575.147	13,1	12,4	323.080	15,6	14,1	252.017	10,9	10,7
Enfermedades del sistema respiratorio	497.767	11,4	10,7	284.835	13,8	12,5	212.910	9,2	9,0
Enfermedades del aparato digestivo	539.167	12,3	11,6	299.860	14,5	13,1	239.259	10,4	10,1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	43.263	1,0	0,9	23.555	1,1	1,0	19.706	0,9	0,8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	311.980	7,1	6,7	148.599	7,2	6,5	163.327	7,1	6,9
Enfermedades del sistema genitourinario	284.488	6,5	6,1	131.985	6,4	5,8	152.431	6,6	6,5
Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio	465.099	10,6	10,0	0	0,0	0,0	465.065	20,2	19,7
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	62.689	1,4	1,3	34.561	1,7	1,5	28.118	1,2	1,2
Anomalías congénitas	36.250	0,8	0,8	20.549	1,0	0,9	15.694	0,7	0,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	192.115	4,4	4,1	103.665	5,0	4,5	88.422	3,8	3,7
Lesiones y envenenamientos	379.812	8,7	8,2	194.869	9,4	8,5	184.917	8,0	7,8
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	109.166	2,5	2,4	51.898	2,5	2,3	57.227	2,5	2,4

Observaciones: El total de altas ambos sexos es superior al desagregado por hombres y mujeres al incluir altas en las que la variable sexo es desconocida. Diagnósticos agrupados según CIE10-ISHMT se trata de la correspondencia de los casos codificados con CIE9MC a un listado de diagnósticos seleccionados adoptada por la OECD/Eurostat/ OMS para la tabulación de la morbilidad hospitalaria (ISHMT: International Shortlist for hospital morbidity tabulation - listado reducido de categorías para la tabulación de la morbilidad hospitalaria).

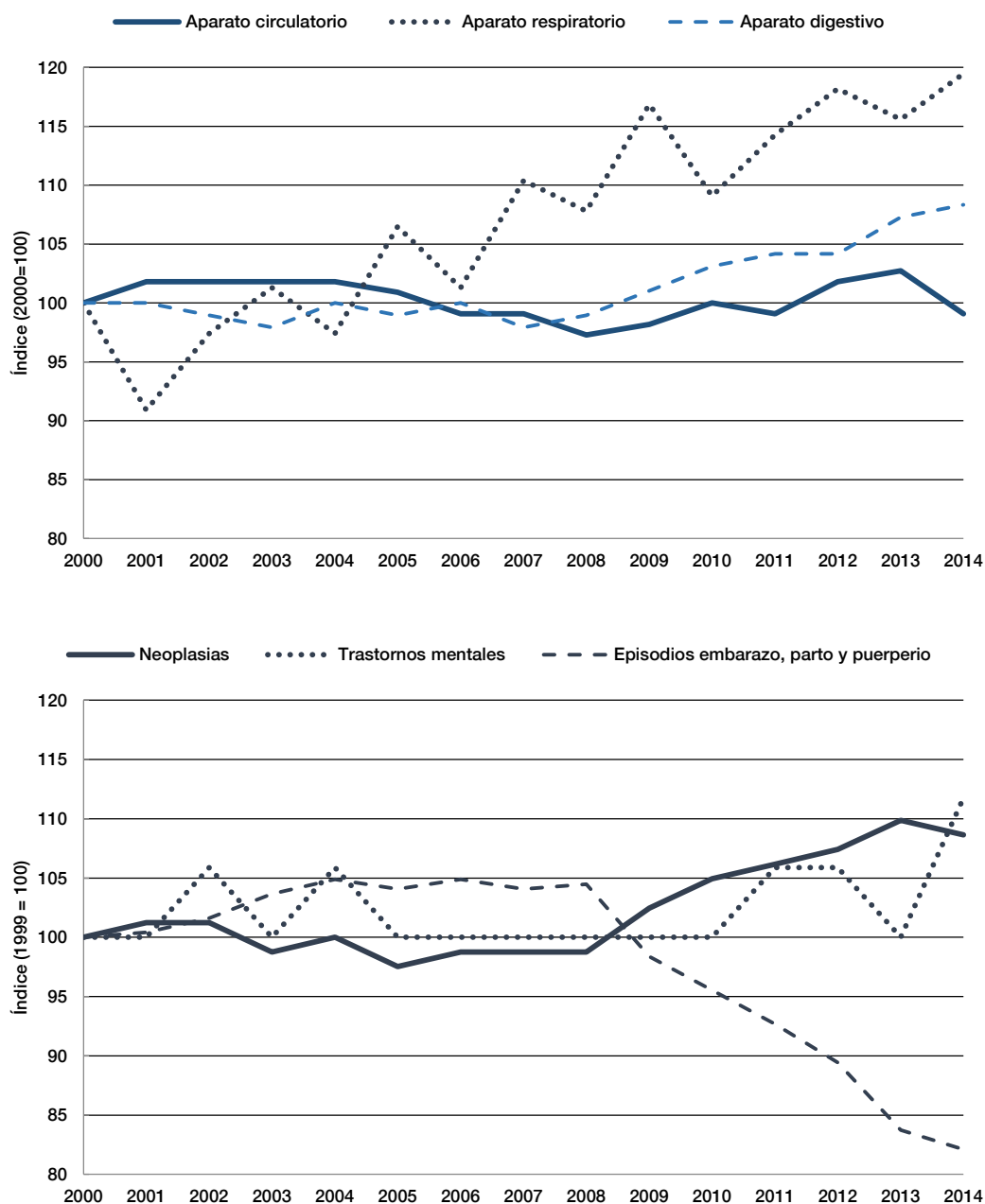
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de actividad de Atención Especializada.

Gráfico 4-9 Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

Gráfico 4-10 Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

Los grupos de enfermedades responsables de los ingresos más frecuentes varían según que la dependencia del hospital sea pública o privada. En los hospitales públicos de agudos las principales causas de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio (13,9%), aparato digestivo (12,2%) y aparato respiratorio (11,9%). El capítulo relacionado con la atención al embarazo y parto ha perdido peso pasando a cuarto lugar (10,7%), aunque como proceso individual el *parto vaginal sin complicaciones* sigue siendo el más frecuente.

Tabla 4-32 Hospitales de agudos. Número de altas y distribución por grupos diagnósticos, según dependencia del hospital, 2014

	Total hospitales		Hospitales SNS		Hospitales privados	
	número	%	número	%	número	%
Total	4.375.732	100,0	3.681.787	100,0	693.945	100,0
Enfermedades del sistema circulatorio	575.147	13,1	511.222	13,9	63.925	9,2
Enfermedades del aparato digestivo	539.167	12,3	447.645	12,2	91.522	13,2
Enfermedades del sistema respiratorio	497.767	11,4	437.679	11,9	60.088	8,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	465.099	10,6	392.676	10,7	72.423	10,4
Neoplasias	428.923	9,8	376.253	10,2	52.670	7,6
Lesiones y envenenamientos	379.812	8,7	328.338	8,9	51.474	7,4
Enfermedades del sistema genitourinario	311.980	7,1	226.820	6,2	57.668	8,3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	284.488	6,5	210.208	5,7	101.772	14,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	192.115	4,4	156.790	4,3	35.325	5,1
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	109.166	2,5	87.389	2,4	8.188	1,2
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	95.736	2,2	82.320	2,2	26.846	3,9
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	95.577	2,2	81.366	2,2	14.370	2,1
Trastornos mentales	88.336	2,0	80.829	2,2	7.507	1,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	79.718	1,8	66.387	1,8	13.331	1,9
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	62.689	1,4	54.958	1,5	7.731	1,1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	43.263	1,0	36.082	1,0	4.645	0,7
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	40.727	0,9	34.380	0,9	8.883	1,3
Anomalías congénitas	36.250	0,8	30.169	0,8	6.081	0,9
Enfermedades del ojo y sus anexos	28.080	0,6	22.918	0,6	5.162	0,7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	21.692	0,5	17.358	0,5	4.334	0,6

Observaciones: los datos están ordenados de mayor a menor peso sobre las altas en todos los hospitales. SNS= Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de actividad de Atención Especializada.

En los hospitales privados los ingresos más frecuentes son los debidos a enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (14,7%) seguidos del aparato digestivo (13,2%) y, en tercer lugar la atención al embarazo y parto (10,4%). Por procesos individuales el *parto vaginal sin complicaciones* también como en el caso de los hospitales públicos es el proceso más frecuentemente atendido.

4.3 Atención a la urgencia

4.3.1 Actividad urgente en centro de salud y domicilio

Fuera del espacio hospitalario, el Sistema Nacional Salud cuenta con dos ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención urgente de la población: la coordinada a través de los teléfonos 112/061 por los Servicios de urgencias y emergencias y la atención prestada directamente por el nivel de atención primaria.

La atención urgente prestada por el nivel de atención primaria se realiza de una parte en los 3.039 centros de salud y 10.055 consultorios locales por los profesionales de los equipos de atención primaria durante el horario habitual de funcionamiento de los mismos compatibilizándola con el trabajo ordinario y de otra, como actividad fuera de la habitual, en los 1.977 puntos de urgencias extra-hospitalarios existentes con dos tipos de modalidad organizativa:

- Ampliación del horario de apertura de los centros de salud, modalidad más habitual en el medio rural. Esta atención la prestan los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en modalidad de guardia, complementados en ocasiones con profesionales específicamente contratados para este fin.
- Servicios de urgencias específicos, independientes de los EAP, con equipos de profesionales exclusivamente dedicados a dicha atención. Esta modalidad es más habitual en el medio urbano.

Además de la atención prestada en dichos centros, los profesionales se desplazan también a los domicilios de los pacientes.

En el SNS se atienden en el ámbito de la atención primaria (en un centro sanitario o en domicilio) un total de 28,1 millones de urgencias, lo que supone una frecuentación media de 0,6 consultas urgentes por persona y año.

Tabla 4-33 Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, 2013-2015

	Número de consultas	Frecuentación a la urgencia de atención primaria
2013	25.531.865	0,56
2014	26.576.946	0,58
2015	28.142.613	0,61

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

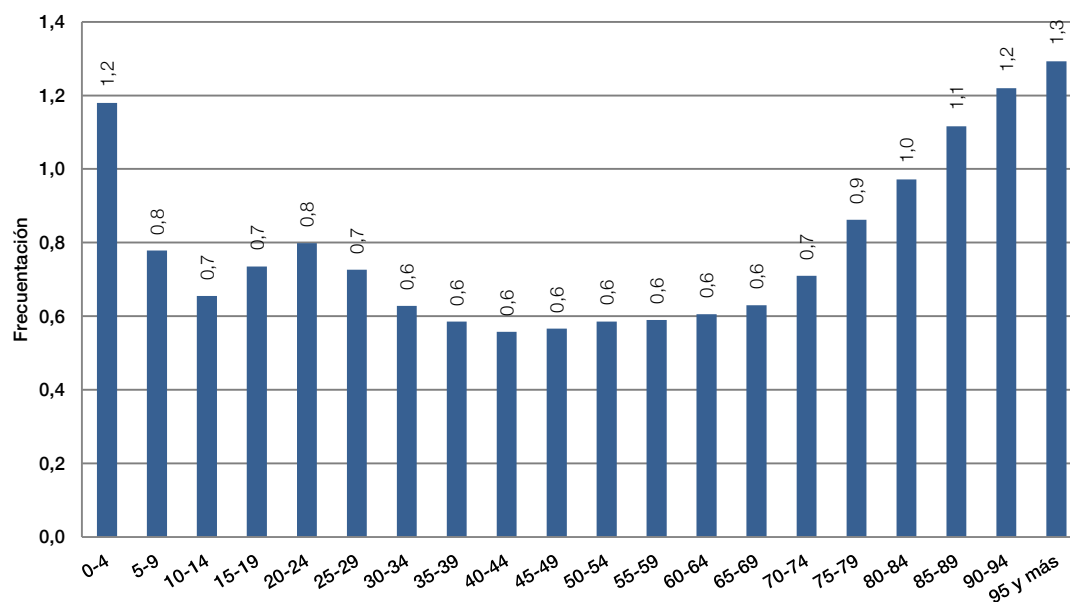
Tabla 4-34 Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015

	Número de consultas	Frecuentación a la urgencia de atención primaria
Andalucía	6.512.799	0,8
Aragón	917.200	0,7
Asturias	794.258	0,8
Baleares	685.707	0,6
Canarias	1.500.139	0,8
Cantabria	494.033	0,9
Castilla y León	1.978.071	0,8
Castilla-La Mancha	2.835.582	1,5
Cataluña	3.054.322	0,4
Comunidad Valenciana	2.826.244	0,6
Extremadura	1.505.324	1,4
Galicia	1.443.867	0,5
Madrid	1.184.385	0,2
Murcia	779.991	0,6
Navarra	408.081	0,7
País Vasco	939.895	0,4
La Rioja	216.816	0,7
Ceuta y Melilla	65.899	0,4
SNS	28.142.613	0,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por sexo la frecuentación es algo superior en mujeres que en hombres. Según edades, el grupo de 0 a 4 años y los de edad más avanzada (95 y más años) son los que más frecuentan la urgencia extra-hospitalaria; como media alrededor de 1 vez por persona y año.

Gráfico 4-11 Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Respecto del lugar en el que se lleva a cabo la atención, el 95% de la actividad es realizada en los centros sanitarios.

De la actividad domiciliaria, las personas mayores de 65 años son los destinatarios principales con un 74% con respecto al total de domicilios realizados.

4.3.2 Servicios de urgencias y emergencias 112/061

Los centros coordinadores de urgencias y emergencias reciben al año un total de 7,1 millones de demandas sanitarias (solicitudes de carácter sanitario que realiza la población a través de los teléfonos 112/061). Esto equivale a 156 solicitudes por cada 1.000 habitantes y año.

De ellas, el 86,9% (6,2 millones) son incidentes sanitarios, es decir, que requirieron valoración, consejo y/o intervención directa de profesionales sanitarios.

Los 6,2 millones de incidentes sanitarios han producido 4,2 millones de movilizaciones de ambulancias para ser resueltos, con un promedio de 67 ambulancias/100 incidentes (hay que tener en cuenta que un mismo incidente puede dar lugar a la movilización de más de una ambulancia, según lo requiera el tipo de emergencia).

Tabla 4-35 Tasas de demandas sanitarias, incidentes y ambulancias movilizadas según comunidad autónoma, 2015

	Demandas por 1.000 habitantes	Incidentes por 1.000 habitantes	Ambulancias /100 incidentes sanitarios
Andalucía	151	126	94
Aragón	137	108	61
Asturias	301	248	31
Baleares	136	115	71
Canarias	151	143	83
Cantabria	144	129	64
Castilla y León	121	115	82
Castilla-La Mancha	80	80	94
Cataluña	213	184	62
Comunidad Valenciana	104	97	65
Extremadura	57	50	79
Galicia	218	161	66
Madrid	132	126	45
Murcia	194	183	76
Navarra	137	137	50
País Vasco	169	143	59
La Rioja	195	169	51
Ceuta y Melilla	218	141	76
SNS	156	136	67

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

4.3.3 Servicios de urgencias hospitalarios

El número de urgencias atendidas a nivel hospitalario es de 27,6 millones, casi 8 de cada 10 urgencia, lo que supone 21,5 millones, se atienden en los hospitales públicos. La presión de urgencias en los hospitales del SNS está en torno al 64%, con un porcentaje de urgencias ingresadas del 11,3%. Para el total del sistema sanitario (sector público+sector privado) las cifras de presión de urgencias y el porcentaje de urgencias ingresadas es de 56,3% y 10,3% respectivamente.

Tabla 4-36 Indicadores de actividad en los servicios de urgencia hospitalarios según dependencia, 2013 - 2015

	2013		2014		2015(e)	
	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales
Urgencias (miles)	20.516,0	26.297,7	20.851,7	26.974,0	21.542,8	27.628,2
Urgencias /1.000 habitantes	440,4	564,4	448,9	580,7	464,1	595,1
Urgencias ingresadas	11,6%	10,5%	11,5%	10,3%	11,3%	10,3%
Presión de urgencias	63,3%	56,3%	63,2%	55,9%	63,8%	56,3%

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. En el total se incluyen los datos del sector público y privado. Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Presión de urgencias = ingresos a través del Servicio de Urgencias / ingresos totales X100.

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 4-37 Actividad asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios según comunidad autónoma, 2014

	Urgencias atendidas	Frecuentación por 1.000 habitantes	% Urgencias atendidas en hospitales del SNS
Andalucía	5.627.794	670,6	74,4
Aragón	729.291	549,0	81,2
Asturias	494.114	468,8	87,8
Baleares	787.664	703,0	57,0
Canarias	1.026.365	484,3	58,2
Cantabria	348.914	595,1	90,4
Castilla y León	1.160.203	466,8	83,4
Castilla-La Mancha	975.892	472,0	87,6
Cataluña	4.542.461	614,1	80,2
Comunidad Valenciana	2.746.752	555,2	79,2
Extremadura	530.855	485,4	87,8
Galicia	1.311.597	478,8	79,4
Madrid	4.094.812	642,4	72,0
Murcia	942.918	644,6	83,0
Navarra	269.899	424,3	89,6
País Vasco	1.123.437	518,9	82,1
La Rioja	138.752	441,7	81,7
Ceuta y Melilla	122.274	725,2	100,0
Total	26.973.944	580,7	77,3

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

4.4 Actividad en los centros, servicios y unidades de referencia

Los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS empezaron a designarse en el año 2009 con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a una oferta sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que precisan un elevado nivel de especialización. El seguimiento anual de los CSUR, se efectúa mediante dos fuentes de información:

- Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), que permite analizar el seguimiento de los flujos de pacientes y los motivos de traslado a los CSUR, así como contribuir a la identificación de las patologías o procedimientos para cuya atención es preciso designar CSUR en el SNS. El Fondo de Cohesión Sanitaria utiliza como criterio de compensación la actividad del año anterior; la actividad del 2016 derivada a los CSUR se utilizará para la compensación de dicho fondo en el 2017.
- Sistema de Información para el seguimiento de los CSUR (SISCSUR), que se sustenta en el Registro de Pacientes que debe tener actualizado cada CSUR y permite hacer el seguimiento anual de los criterios de designación referidos a actividad y los indicadores de procedimientos y resultados con el fin de mejorar los estándares y detectar desviaciones en el funcionamiento de los CSUR. Como *estándar* se considera el criterio de designación referido a actividad que ha sido acordado por el Consejo Interterritorial del SNS.

Tabla 4-38 Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2009- 2015
Nº CSUR designados	68	90	132	132	177	186	219	219
Nº episodios asistenciales trasladados a CSUR	86	330	136	2.403	2.817	3.805	4.798	14.375

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión.

Tabla 4-39 Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2009- 2016
Coste en euros (millones)	-	2,6	5,6	3,8	33,4	40,2	45,2	51,6	182,4

Observaciones: El Fondo de Cohesión Sanitaria utiliza como criterio de compensación la actividad del año anterior. La actividad del año 2015 derivada a los CSUR se utiliza para la compensación en el año 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión.

Tabla 4-40 Actividad de los centros servicios y unidades de referencia

Patologías	Periodo con CSUR designado	CSUR	Procedimientos	Total actividad periodo	Media anual CSUR	Estándar anual
Quemados críticos	2009-2015	7	Ingresos	9.336	191	100
			Intervenciones quirúrgicas por quemaduras agudas	12.786	261	70
Reconstrucción pabellón auricular	2009-2015	2	Reconstrucción completa	117	12	10
			Reconstrucción parcial	631	63	50
Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2009-2015	2	Intervenciones en ≤14 años	779	56	10
			Intervenciones en otros tipos complejos de glaucomas secundarios en ≤14 años	311	22	10
Alteraciones congénitas del desarrollo ocular	2009-2015	1	Cirugías de párpados en ≤14 años	171	24	50
			Enucleaciones y reconstrucciones en ≤14 años de la cavidad orbitaria	70	10	30
Tumores extraoculares en la infancia	2009-2015	3	Pacientes nuevos ≤14 con rhabdomyosarcoma orbitario	24	1	1
Tumores intraoculares en la infancia	2009-2015	4	Pacientes nuevos ≤14 años	336	12	6
Tumores intraoculares del adulto	2009-2015	3	Pacientes nuevos >14 años	2.195	105	25
			Tratamientos de braquiterapia oftálmica en > 14 años	485	23	10
Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	2009-2015	2	Descompresiones orbitarias	364	36	20
Tumores orbitarios	2009-2015	4	Cirugías de tumores de órbita	522	19	15
Retinopatía del prematuro avanzada	2009-2015	1	Vitrectomías en ≤14 años	175	25	40
Reconstrucción superficie ocular compleja. Queratoprótesis	2009-2015	10	Reconstrucciones ojos mediante trasplante de córnea, limbo, membrana amniótica y queratoprótesis	5.480	81	50
Irradiación total con electrones en micosis fungoide	2011-2015	1	Irradiaciones totales con electrones	51	10	3
Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	2009-2015	1	Pacientes nuevos evaluados por el equipo multidisciplinar para decisión terapéutica	61	9	5
Trasplante renal infantil	2009-2015	6	Trasplantes renales en ≤14 años	290	8	5
Trasplante hepático infantil	2009-2015	4	Trasplantes renales en ≤14 años	337	12	8
Trasplante hepático de vivo adulto	2009-2015	2	Trasplantes hepáticos de vivo	42	3	6
Trasplante pulmonar adulto e infantil	2009-2015	7	Trasplantes pulmonares	1.626	38	15
Trasplante cardiopulmonar de adultos	2009-2015	2	Trasplantes cardiopulmonares en >14 años	16	1	-
Trasplante cardiaco infantil	2009-2015	4	Trasplantes cardiacos en ≤14 años	80	4	-

Trasplante de páncreas	2009-2015	8	Trasplantes páncreas	461	10	6
Trasplantes intestino infantil y adulto	2009-2015	2	Trasplantes intestino en el año	59	4	-
Queratoplastia penetrante en niños	2009-2015	2	Queratoplastias penetrantes en ≤14 años	102	7	5
Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	2010-2015	9	Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico en ≤14 años	682	13	3
			Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénicos adultos e infantiles	1.464	34	10
Trasplante renal cruzado	2011-2015	11	Trasplantes renales de vivo en el año	989	21	5
Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	2010-2015	2	Osteotomías pélvicas en displasias de cadera en >14 años	187	16	15
Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	2010-2015	5	Cirugías complejas en pacientes con infecciones osteoarticulares resistentes	4.849	162	72
Ortopedia infantil	2010-2015	7	Procedimientos complejos de ortopedia infantil en ≤14 años	7.409	190	30
			Procedimientos sencillos de ortopedia infantil en ≤14 años	11.101	285	100
Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica	2010-2015	4	Alertas	792	47	40
			Reimplantes y/o revascularizaciones	450	26	15
			Procedimientos de microcirugía	1.650	97	30
Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	2001-2015	6	Procedimientos en ≤18 años	11.425	457	150
			Procedimientos en neonatos (≤30 días)	2.054	82	30
Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	2001-2015	6	Procedimientos en >14 años	2.359	98	40
			Intervenciones de cirugía cardíaca	13.671	570	450
Cirugía reparadora compleja de válvula mitral	2001-2015	5	Reparaciones de válvula mitral	1.149	50	45
			Reparaciones complejas de válvula mitral	565	25	20
			Intervenciones de cirugía cardíaca	14.943	650	450
Cirugía reparadora del ventrículo izquierdo	2013-2015	2	Procedimientos de remodelado ventricular izquierdo	36	6	10
			Intervenciones de cirugía cardíaca	3.525	588	450
			Reparaciones de válvula mitral	251	42	20
			Intervenciones de cirugía coronaria	1.249	208	150
Cardiopatías familiares (incluye miocardiopatía hipertrófica)	2011-2015	8	Pacientes nuevos diagnosticados con cardiopatías familiares	4.505	129	75
			Familiares evaluados	10.617	303	150
Cirugía del plexo braquial	2013-2015	5	Cirugías del plexo braquial	584	39	10
			Cirugías en nervios periféricos	1.716	114	40
Epilepsia refractaria	2011-2015	8	Cirugías de epilepsia refractaria	1.132	37	15

Cirugía de los trastornos del movimiento	2013-2015	6	Intervenciones quirúrgicas de estimulación cerebral profunda y/o lesiones ablativas en pacientes con trastornos del movimiento	1.050	58	25
Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario	2011-2015	2	Procedimientos quirúrgicos de neuromodulación cerebral en pacientes con dolor neuropático refractario	86	9	5
Ataxias y paraplejas hereditarias	2011-2015	7	Pacientes nuevos con ataxias y paraplejas hereditarias	1.130	42	30
			Pacientes con ataxias y paraplejas hereditarias en seguimiento	5.630	209	100
Esclerosis múltiple	2013-2015	12	Pacientes con esclerosis múltiple	60.586	1.782	500
Atención al lesionado medular complejo	2013-2015	2	Pacientes ingresados	1.249	208	100
			Pacientes ≤18 años ingresados	86	14	5
			Pacientes tetraplégicos ingresados	505	84	30
			Pacientes tetraplégicos ingresados que precisaron soporte ventilatorio mecánico prolongado	131	22	10
			Pacientes incluidos en programa de reeducación de actividades de la vida diaria	1.020	170	40
			Pacientes incluidos en programa de adaptación domiciliar	956	159	40
			Pacientes a los que se ha adaptado el respirador portátil a la silla de ruedas	46	8	5
			Pacientes con soporte ventilatorio mecánico prolongado a los que se ha retirado el respirador	68	11	5
			Estudios de urodinamia	6.536	1.089	100
			Intervenciones quirúrgicas en pacientes con complicaciones vejiga neurógena	300	50	30
			Pacientes atendidos en sistemas robotizados de marcha asistida	273	46	40
			Estudios cinemáticos y/o cinéticos de la marcha	202	34	15
			Estudios de análisis de la distribución de las presiones entre el usuario y el cojín	649	108	35
			Pacientes atendidos en programa de tratamiento del dolor	451	75	20
			Dispositivos de perfusión continua intratecal de fármacos implantados	59	10	4
			Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de úlceras por presión	490	82	20
			Pacientes para valoración o tratamiento de las alteraciones de la voz y la deglución	246	41	20
			Intervenciones quirúrgicas de cirugía ortopédica	331	55	20
			Pacientes en seguimiento psicológico	1.616	269	100

			y/o psiquiátrico			
			Pacientes atendidos en programa de rehabilitación psico-sexual	305	51	20
			Pacientes atendidos por disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria o evaluación seminal	635	106	20
Neurocirugía pediátrica compleja	2013-2015	5	Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años complejos	987	66	15
			Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años no complejos	2.391	159	150
			Cirugías por craneosinostosis, excepto sindrómicas	319	21	15
			Cirugías por tumores cerebrales no complejos	175	12	15
			Cirugías de patología de líquido cefalorraquídeo	1.081	72	20
			Procedimientos espinales	160	11	15
Atención de la patología vascular raquimedular	2013-2015	4	Cateterismos selectivos medulares	111	11	5
			Procedimientos quirúrgicos intramedulares realizados a pacientes con patología vascular raquimedular	23	2	5

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión.

4.5 Donación y trasplante de órganos

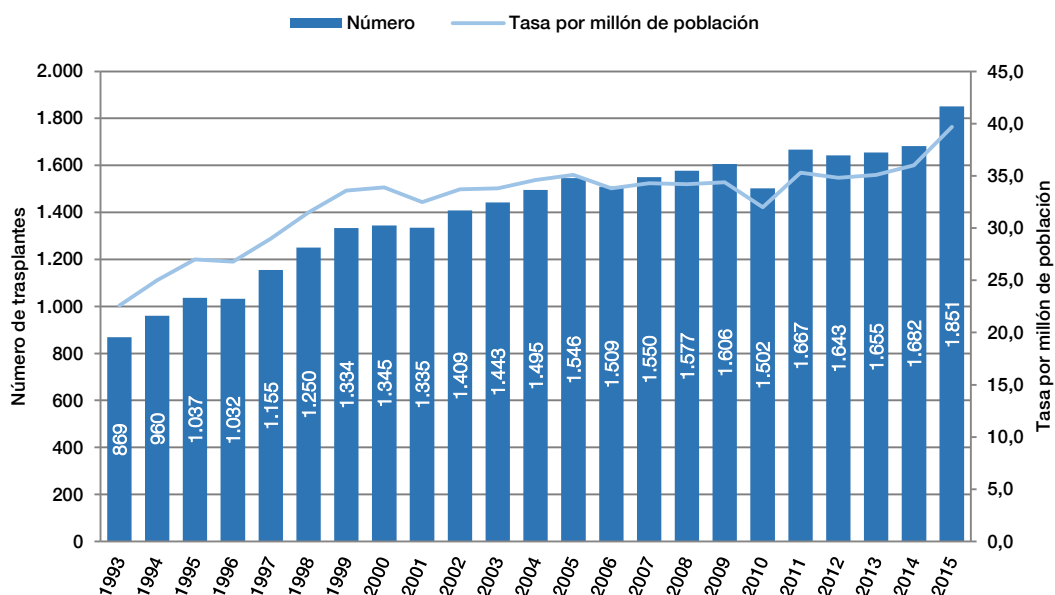
4.5.1 Trasplante de órganos sólidos

La tasa de donantes por millón de población se sitúa en 39,7⁶³, lo que supone, en valores absolutos, 1.851 donantes de órganos. La edad media de los donantes es de 60 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores, el grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 59,5% en el año 2000 a un 84,2% en 2015. La distribución por sexo se mantiene similar a años previos, aproximadamente el 59% hombres y el 41% mujeres.

También se ha modificado el perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte: los accidentes cerebrovasculares han pasado de un 39,0% en 1992 a un 65,1%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 4,2% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.

⁶³Las tasas poblacionales están calculadas según las cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1-1-15 (Real Decreto 1079/2015, de 27 de noviembre de 2015).

Gráfico 4-12 Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Entre las alternativas para aumentar el número de donantes de órganos está la donación a corazón parado o donación tras la muerte cardíaca. En los últimos años ha ido aumentando progresivamente, hasta suponer el 17% de los donantes totales (314 de 1.851).

Tabla 4-41 Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2015

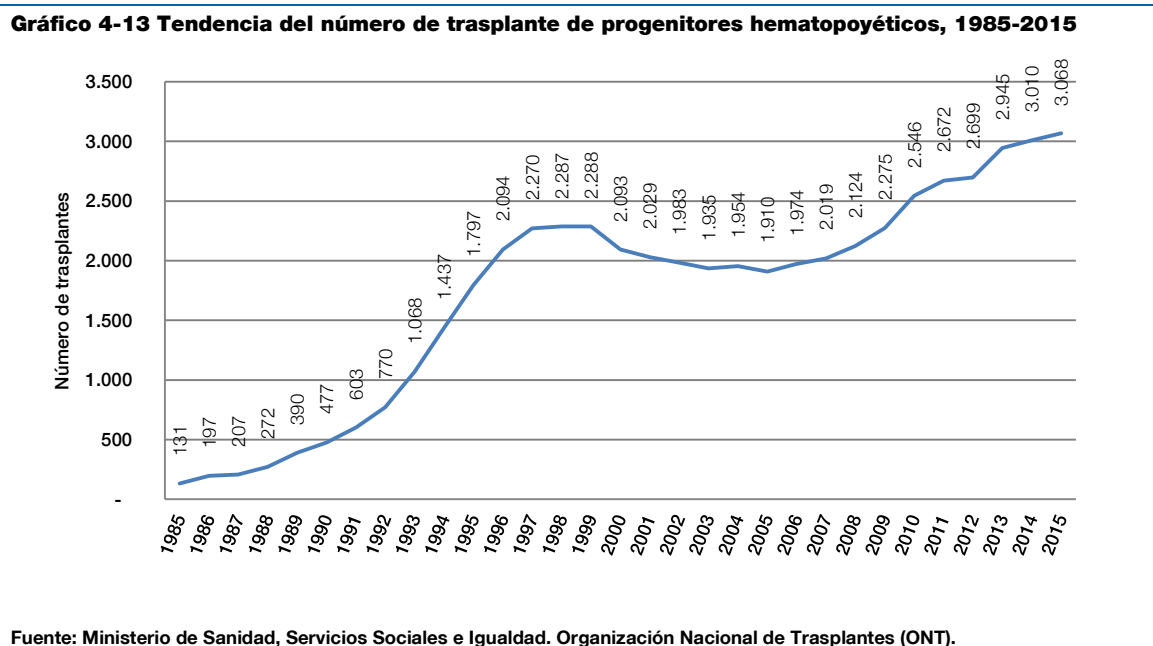
	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	Intestino
Andalucía	453	208	41	35	24	-
Aragón	78	33	7	-	-	-
Asturias	52	22	12	-	-	-
Baleares	52	-	-	-	-	-
Canarias	123	33	-	-	7	-
Cantabria	55	27	21	48	6	-
Castilla y León	111	45	10	-	7	-
Castilla-La Mancha	90	-	-	-	-	-
Cataluña	647	161	66	58	22	-
C. Valenciana	281	143	27	35	5	-
Extremadura	53	30	-	-	-	-
Galicia	168	94	25	47	4	-
Madrid	450	201	73	71	20	12
Murcia	68	60	11	-	2	-
Navarra	49	24	6	-	-	-
País Vasco	159	81	-	-	-	-
La Rioja	16	-	-	-	-	-
Total	2.905	1.162	299	294	97	12

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

4.5.2 Trasplante de progenitores hematopoyéticos

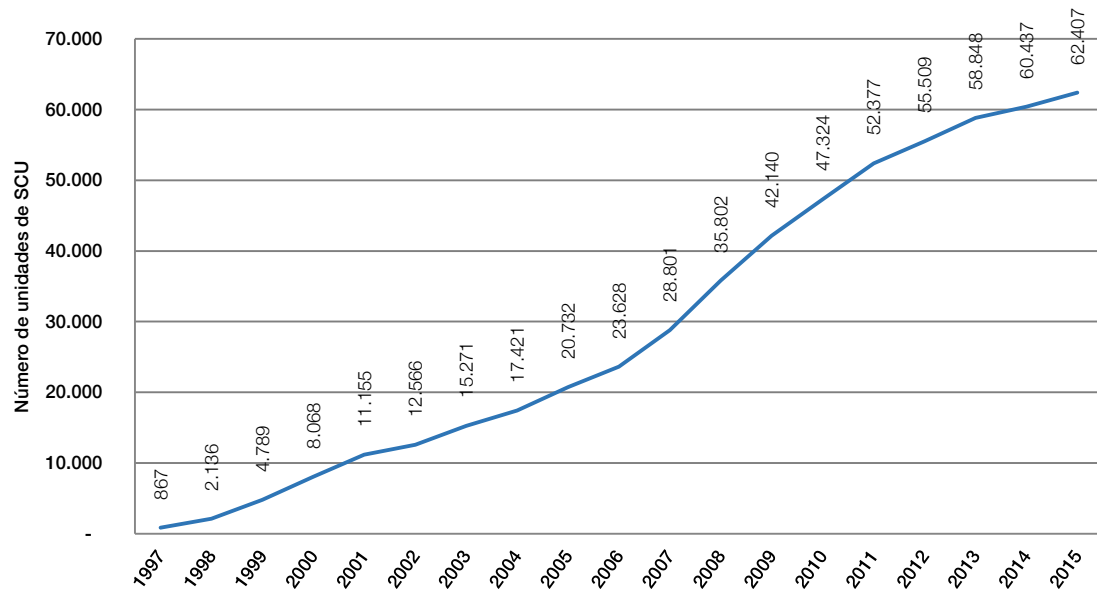
El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) procedentes de Sangre del Cordón Umbilical (SCU), células madre de sangre periférica y médula ósea se ha convertido en una terapéutica consolidada, siendo de especial interés el TPH alogénico de Donante No Emparentado (DNE).

Entre las principales indicaciones del TPH se encuentran determinadas neoplasias (tras agotar los tratamientos convencionales), algunas enfermedades no malignas como aplasias medulares severas, enfermedades genéticas graves, o enfermedades autoinmunes.



Cada año se realizan alrededor de 3.000 TPH (3.068 en 2015), de los cuales dos terceras partes son autólogos (la fuente es el propio paciente) y el tercio restante, alogénicos (la fuente es una persona diferente al propio paciente), ya sean familiares, emparentados, obtenido de los registros de donantes o de los bancos de SCU.

Gráfico 4-14 Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

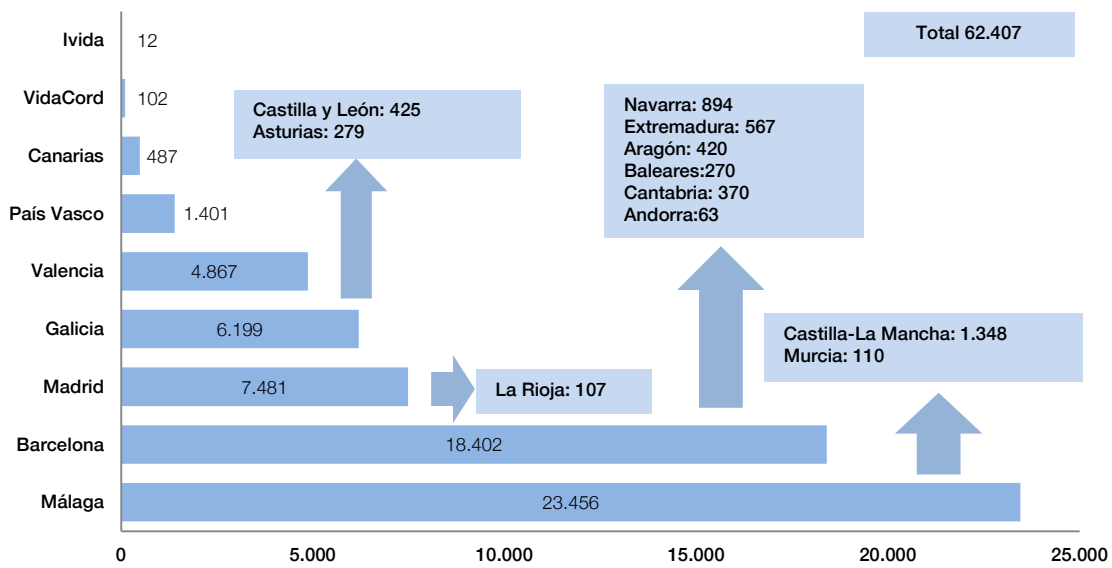
El Plan Nacional de SCU se inició en 2008 y en 2015 se han alcanzado 62.407 unidades de alta calidad almacenadas en los bancos públicos de España.

España en el segundo país en números absolutos de almacenamiento de SCU, el 11,0% de todas las unidades almacenadas en el Registro Internacional de donantes de Médula Ósea (BMDW) se encuentra en los bancos públicos españoles.

El almacenamiento de la SCU funciona en red, compartiendo un mismo banco diferentes comunidades autónomas, lo que supone una clara muestra de cohesión del sistema. Más de 2.000 unidades de SCU se han empleado hasta ahora en el tratamiento de pacientes que necesitaban un TPH.

A finales del 2015 existían en el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) un total de 200.678 donantes registrados.

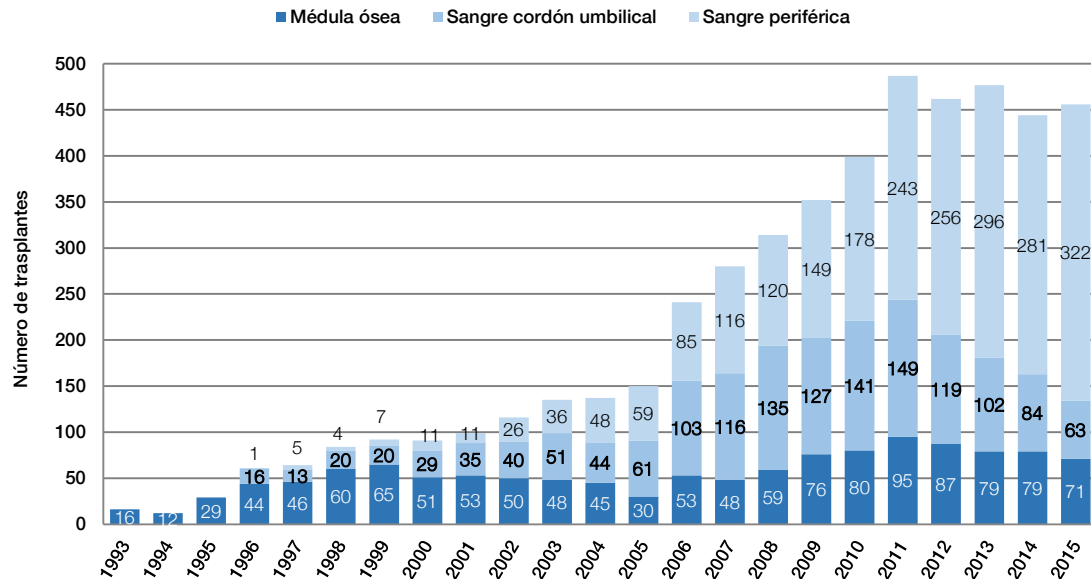
Gráfico 4-15 Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2015



Observaciones: Ivída y VidaCord son bancos privados de sangre de cordón umbilical autorizados en España.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Gráfico 4-16 Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos no emparentados, 1993-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

4.6 Medicina transfusional

La red transfusional⁶⁴ cuenta con 20 centros de transfusión y 400 servicios de transfusión, donde se registran más de 1,7 millones de donaciones voluntarias y altruistas, que supone un índice de donación de 36,9 donaciones por 1.000 habitantes.

En los últimos 30 años el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,9 puntos, pasando de 20,0 a 36,9 por 1.000 habitantes.

Andalucía	33,5
Aragón	32,6
Asturias	42,6
Baleares	33,6
Canarias	30,0
Cantabria	40,2
Castilla y León	43,0
Castilla-La Mancha	36,1
Cataluña	34,7
Comunidad Valenciana	36,3
Extremadura	45,6
Galicia	40,5
Madrid	40,7
Murcia	34,8
Navarra	41,3
País Vasco	41,2
La Rioja	33,0
España	36,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST).

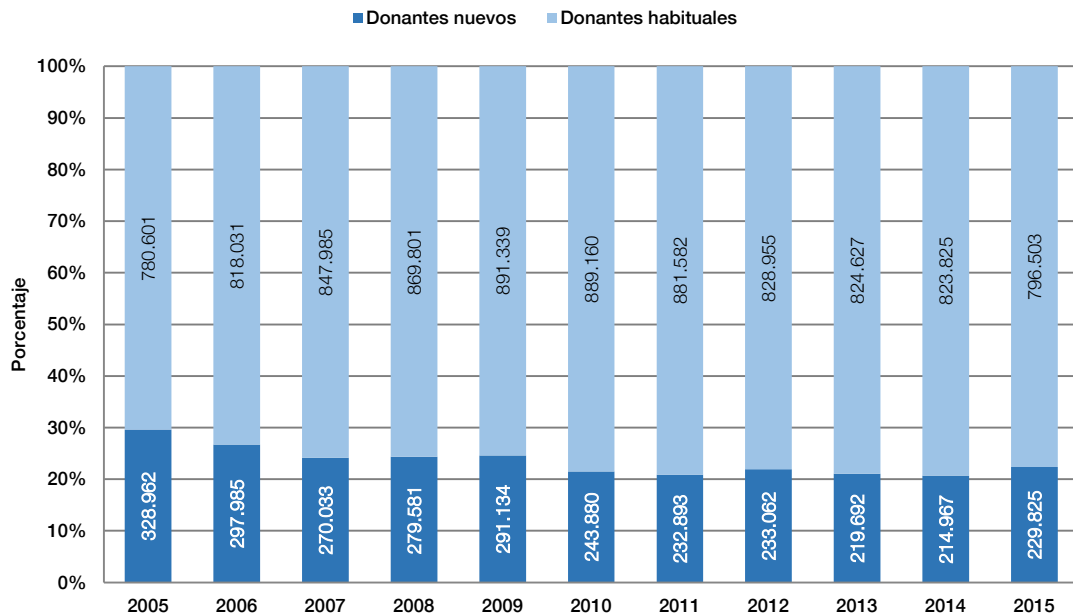
Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.026.328 donantes de sangre, que permiten mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos. En España, la donación es siempre voluntaria y no remunerada⁶⁵.

El número de donaciones ha hecho posible la transfusión de 1.900.000 componentes y el envío a la industria de 373.055 litros de plasma para elaboración de derivados plasmáticos (factores de coagulación, inmunoglobulinas, albúmina).

⁶⁴ En España, en concordancia con las directrices emanadas de la Unión Europea, está en funcionamiento una estructura (artículo 36 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión) denominada *Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)*. El sistema está constituido por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST), órgano de asesoramiento técnico que tiene como función *proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal*; por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica y, en su caso, por las Comisiones Autonómicas de Hemoterapia y Comités Hospitalarios de Transfusión.

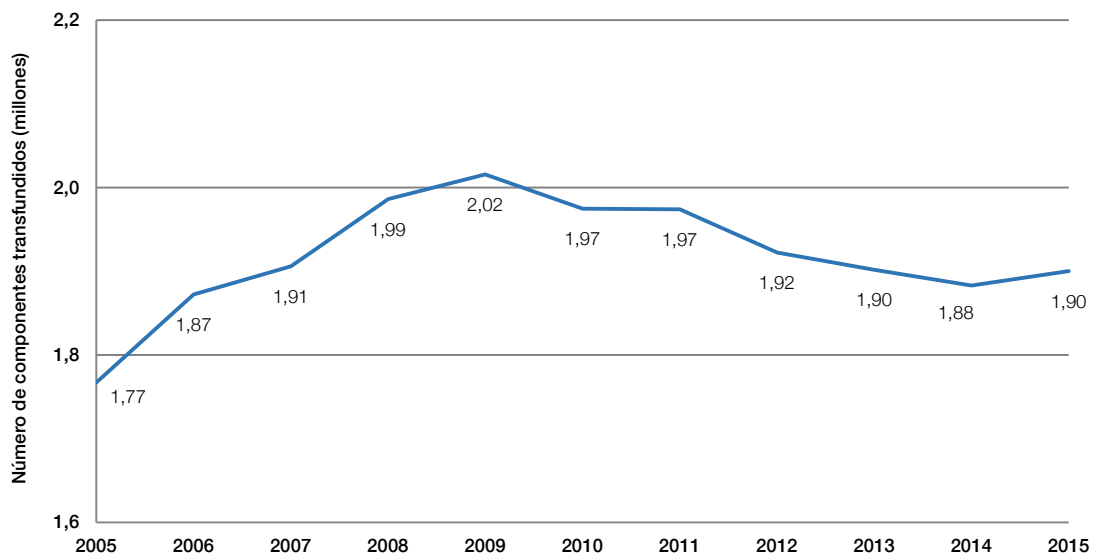
⁶⁵ Artículo 4 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Gráfico 4-17 Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST).

Gráfico 4-18 Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST).

4.7 Calidad de los servicios sanitarios

De entre los posibles indicadores sobre calidad de los cuidados se han seleccionado, por niveles asistenciales, unos cuantos de los que se encuentran disponibles en el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud⁶⁶.

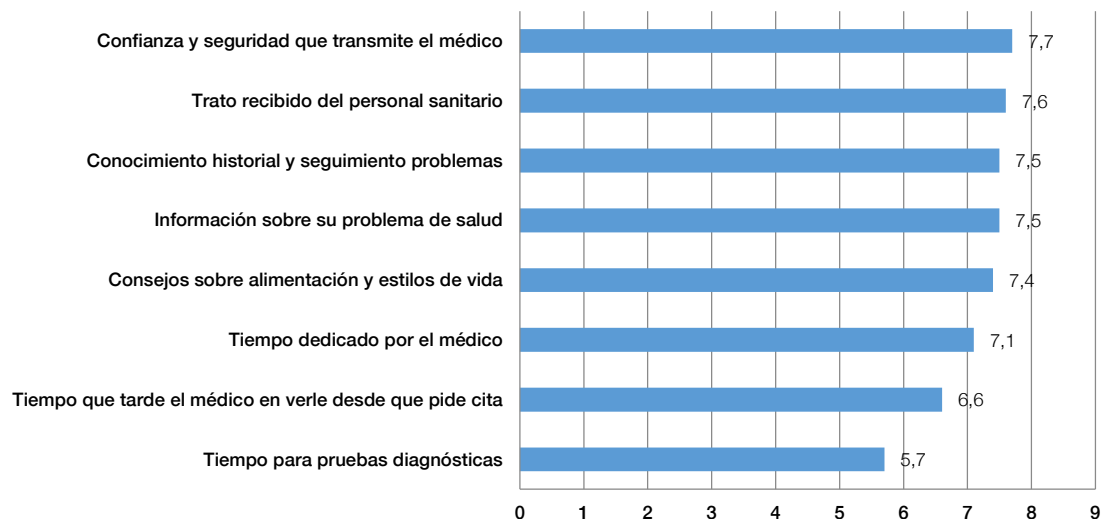
4.7.1 Atención Primaria

4.7.1.1 Calidad percibida

Un notable (7,3) es la valoración media que otorgan los ciudadanos⁶⁷ a las consultas médicas de la atención primaria pública, con independencia de que sea por experiencia propia o por la idea que tienen de las mismas.

Por experiencia personal o por la idea que tienen de los servicios de atención primaria pública, los ciudadanos le dan la puntuación más alta a *la confianza y seguridad que transmite el médico* (7,7), al *trato recibido del personal sanitario* (7,6) y al *conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud y a la información recibida sobre su problema de salud* (ambos con 7,5). Lo menos valorado (5,7) es *el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas*.

Gráfico 4-19 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de médico de familia y pediatra de la sanidad pública, 2015



Observaciones: Escala 1 *totalmente satisfecho* a 10 *totalmente insatisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

⁶⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015. En la escala utilizada en la respuesta el 1 significa *totalmente insatisfactorio* y el 10 *totalmente satisfactorio*.

De los que han acudido a las consultas del médico de familia del SNS, el 86,3% consideran que la atención recibida es *muy buena o buena*, un 13,1% la consideran *regular, mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 70,4% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 22,3% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 6,6% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 77,1% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 86,6% afirma que el médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o plantear preocupaciones.

4.7.1.2 Demoras en la cita con el médico de familia

La atención primaria tiene como característica principal su accesibilidad, constituyendo el nivel asistencial más cercano a los ciudadanos con una visión integral del paciente.

La demanda de servicios se produce, fundamentalmente, de manera espontánea por parte de los ciudadanos y habitualmente es necesaria una cita previa para acceder a las consultas ordinarias no urgentes.

De cada 10 personas, alrededor de 4 manifiestan que *siempre o casi siempre* se les facilita cita con el médico de familia para el mismo día en que la solicitan.

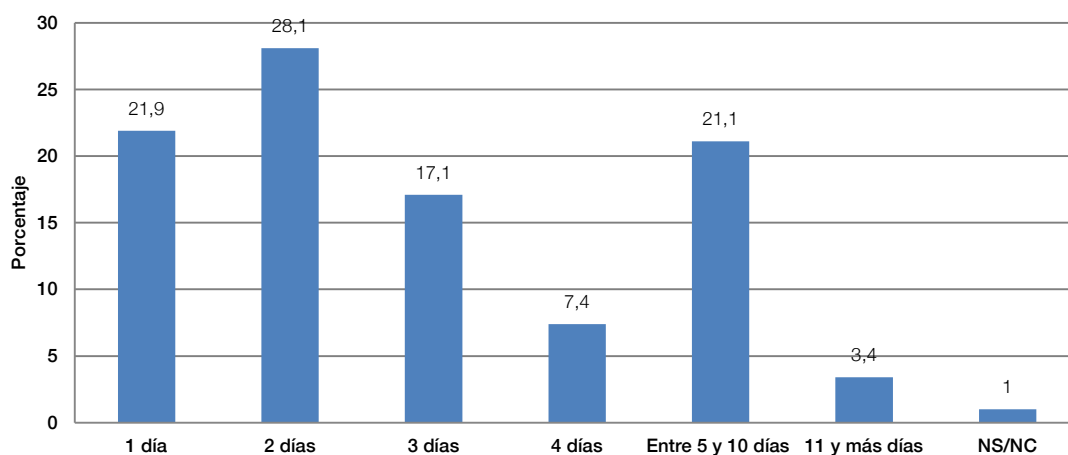
Tabla 4-43 Citación con el médico de familia, 2011-2015

Cuando pide cita con el médico de centro de salud para ir el mismo día, ¿se la dan...?					
	2011	2012	2013	2014	2015
Siempre + casi siempre (%)	39,5	39,2	40,5	36,0	35,9
Casi nunca + nunca (%)	58,4	58,8	57,5	62,3	61,8
NS / NC (%)	2,1	2,0	2,0	1,7	2,3

Observaciones: NS/NC no sabe/no contesta.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Entre los que acudieron al médico de cabecera de la sanidad pública y *casi nunca o nunca* les suele coincidir la cita en el centro de salud con el día que la solicitan, situación que le sucede a algo más de 6 de cada 10 personas, esperan una media de 3,6 días para recibir la asistencia solicitada.

Gráfico 4-20 Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2015.



Observaciones: (NS/NC) no sabe/no contesta.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

En cuanto al modo de obtención de la cita con el médico de familia, la citación por internet la conoce un 72,7%, aunque solo un 48,5% la utiliza y está valorada con 8,4 puntos en una escala de 0 a 10.

Tabla 4-44 Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2015

	Conoce%	Utiliza%	Valora (0-10)
Andalucía	82,2	61,3	8,8
Aragón	65,0	51,3	9,2
Asturias	53,9	27,9	8,1
Baleares	61,8	36,0	7,4
Canarias	44,5	36,2	8,8
Cantabria	70,2	29,1	9,1
Castilla y León	34,5	31,6	8,2
Castilla-La Mancha	75,7	62,0	8,6
Cataluña	72,3	43,8	7,8
Comunidad Valenciana	83,3	42,5	8,3
Extremadura	68,2	44,3	8,6
Galicia	80,6	48,2	8,0
Madrid	80,0	51,6	8,0
Murcia	87,7	58,4	9,7
Navarra	49,9	26,0	8,1
País Vasco	73,0	32,7	7,9
La Rioja	76,7	59,3	7,9
Ceuta	32,7	-	-
Melilla	21,0	-	-
España	72,7	48,5	8,4

Observaciones: la escala de valoración es de 0 a 10, teniendo en cuenta que 0 significa que la valoración es *muy mal* y 10 que la valoración es *muy bien*. En Ceuta (-) y Melilla (-) muestra insuficiente.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

4.7.1.3 Hospitalización potencialmente evitable

Las hospitalizaciones evitables pueden considerarse como un indicador indirecto de la efectividad de los cuidados de salud que se presta en la atención primaria y más extensamente en el conjunto del ámbito ambulatorio: una mayor y mejor atención sanitaria en el conjunto de la atención sin ingreso (incluyendo el papel del especialista monográfico), mostrará una menor prevalencia de hospitalización de estas patologías.

El 9% del total de altas en pacientes de 15 o más años de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud corresponden a patologías originadas por situaciones consideradas potencialmente evitables.

Los diagnósticos incluidos corresponden a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la hipertensión arterial, la neumonía y la infección en el tracto urinario. Este grupo de patologías, por lo general de larga evolución, requieren de múltiples cuidados de salud, acciones orientadas a promover el autocuidado y una vigilancia y tratamiento preferentemente ambulatorio, proporcionado esencialmente en el ámbito de la atención primaria en coordinación con el nivel de atención especializada.

El porcentaje de las altas hospitalarias de patologías originadas por situaciones consideradas potencialmente evitables se mantiene en los últimos años (8,2% en 2010) en valores superiores al 8%.

Tabla 4-45 Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2014

	% sobre total de altas
Total	9,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,9
Insuficiencia cardiaca congestiva	3,3
Hipertensión arterial	0,2
Neumonía	2,2
Infección del tracto urinario	1,5

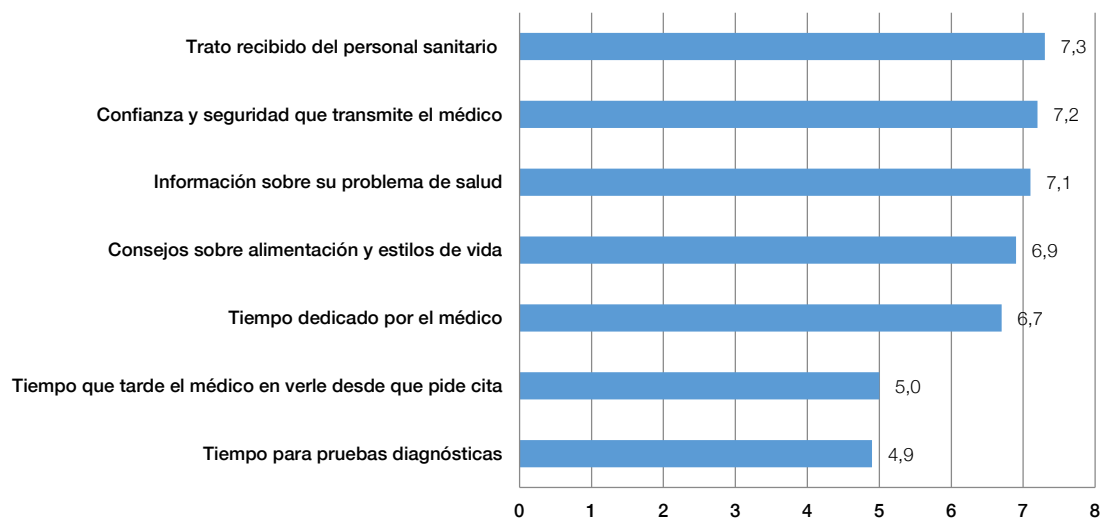
Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de altas CMBD de hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, iCMBD (Indicadores y ejes de análisis del CMBD).

4.7.2 Atención Especializada

4.7.2.1 Calidad percibida

Respecto a las consultas de especialistas de la sanidad pública, los ciudadanos las valoran de manera general con una nota media de 6,7. El *trato recibido del personal sanitario* es el aspecto más valorado (7,3) y suspenso con 4,9 el *tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas*.

Gráfico 4-21 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de especialistas de la sanidad pública, 2015

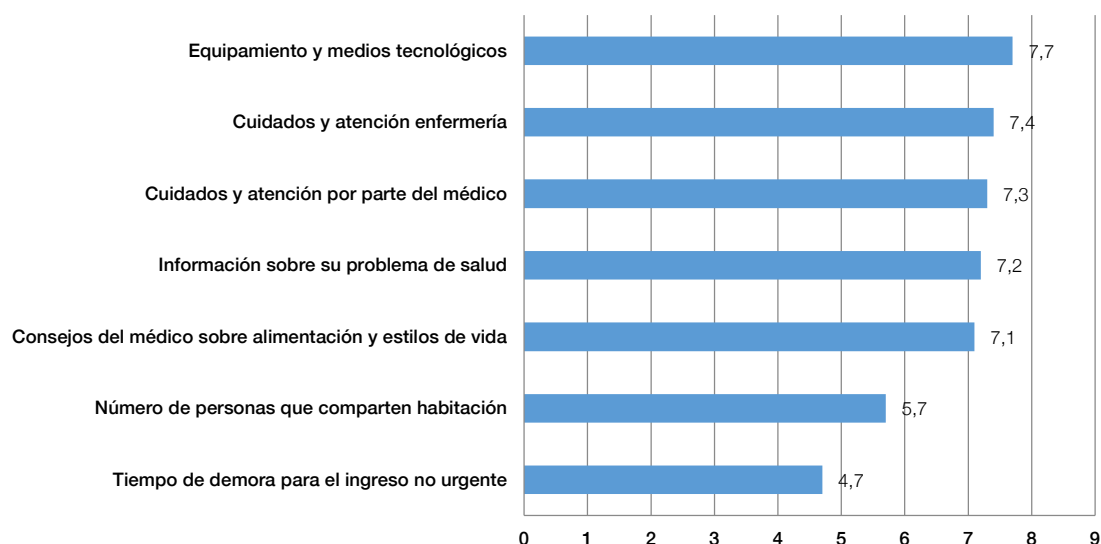


Observaciones: Escala 1 *totalmente insatisfecho* a 10 *totalmente satisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

De los que han acudido a las consultas, el 82,2% considera que la atención recibida es *muy buena o buena* y un 15,2% la consideran *regular mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 63,0% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 24,3% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 9,6% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 70,4% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 84,8% afirma que el médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o plantear preocupaciones.

Gráfico 4-22 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en los hospitales de la sanidad pública, 2015



Observaciones: Escala 1 *totalmente insatisfecho* a 10 *totalmente satisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

En cuanto al ingreso y la asistencia en los hospitales públicos, los ciudadanos otorgan una valoración media de 6,6. Por su experiencia personal o por la idea que tienen consideran *el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales* el aspecto mejor valorado (7,7) y *el tiempo que se tarda para un ingreso no urgente* el peor valorado con un suspenso (4,7).

De los que han sido ingresados en un hospital público, el 88,3% considera que la atención recibida es *muy buena o buena* y un 10,0% la consideran *regular mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 54,0% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 37,0% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 6,5% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 60,0% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 75,6% afirma que durante su estancia en el hospital le asignaron un médico responsable al que acudir para cualquier cosa relacionada con su problema de salud.

4.7.2.2 Lista de espera en cirugía programada y consultas externas

El Sistema Nacional de Salud hace seguimiento de la situación de las Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) a través de un sistema de información específico que, en el caso de la cirugía programada, a 31 de diciembre de 2015 la tasa de pacientes en lista de espera estructural⁶⁸ es de 12,2 pacientes por 1.000 habitantes. La cifra de pacientes que esperan más de 6 meses se sitúa en 10,6% y el tiempo medio de espera es de 89 días para el conjunto de pacientes, lo que supone 2 días más que a 31 de diciembre de 2014.

Tabla 4-46 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2015

Especialidades	Pacientes en espera estructural	Pacientes por 1.000 hab.	% > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Neurocirugía	10.437	0,2	24.5	160
Cirugía Plástica	15.583	0,3	19.5	135
Traumatología	149.159	3,3	16.7	112
Cirugía Pediátrica	15.279	0,3	13.8	105
Angiología /Cir. Vascular	13.824	0,3	9.4	88
Cirugía Maxilofacial	8.577	0,2	11.4	98
Cirugía General / Digestivo	100.298	2,2	9.5	84
Otorrinolaringología (ORL)	37.891	0,8	10.9	85
Cirugía Torácica	1.447	0,0	5.5	55
Cirugía Cardíaca	3.496	0,1	3.2	70
Oftalmología	116.548	2,6	4.5	69
Urología	38.139	0,9	7.7	75
Ginecología	22.047	0,5	3.4	60
Dermatología	16.705	0,4	2.3	54
TOTAL	549.424	12.2	10.6	89

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.

Los datos corresponden a 17 comunidades autónomas e INGESA. Para un Servicio de Salud (Cataluña) los datos del total de LEQ han sido estimados a partir de los procesos seleccionados. El porcentaje de más de 6 meses y tiempo medio de espera corresponden a dichos procesos.

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS).

⁶⁸ Paciente en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización.

Tabla 4-47 Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2015

	% de pacientes con espera > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2004	8,4	78
Diciembre 2005	8,5	83
Diciembre 2006	7,1	70
Diciembre 2007	7,4	74
Diciembre 2008	6,7	71
Diciembre 2009	5,7	67
Diciembre 2010	5,4	65
Diciembre 2011	9,9	73
Diciembre 2012	16,5	100
Diciembre 2013	14,0	98
Diciembre 2014	9,3	87
Diciembre 2015	10,6	89

Observaciones: Hasta el año 2012 los datos corresponden a catorce comunidades autónomas e INGESA, desde 2012 los datos corresponden a quince comunidades autónomas e INGESA.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS).

La proporción de ciudadanos⁶⁹ que creen que en el último año el problema de las listas de espera ha empeorado o sigue igual es del 75,5%.

La opinión mayoritaria de los ciudadanos considera que el criterio clínico (86,8%), es la circunstancia principal o más importante a tener en cuenta para establecer el orden de las LEQ, ya sea por la gravedad particular del proceso o por la valoración general que tenga el médico del paciente, con una notable diferencia con otros motivos.

Tabla 4-48 Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2015

En pacientes con la misma enfermedad y necesidad de ser operados, ¿cuáles de las siguientes circunstancias cree Ud. que se deben tener en cuenta para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica?	
	2015
El criterio médico de prioridad o gravedad	86,8
Que el problema de salud repercute en la autonomía del paciente para su propio cuidado	34,5
La fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera	31,7
Que el problema de salud del paciente le impida trabajar	25,1
Que el problema de salud del paciente repercute en el cuidado de las personas a su cargo	23,0
NS/NC	3,9

Observaciones: Máximo 3 respuestas. NS/NC = No sabe / No contesta.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

La tasa de pacientes pendientes de una primera consulta en especialidades básicas se sitúa, en diciembre de 2015, en 43,4 por 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 65 días, lo que supone una disminución de 7 días respecto a diciembre de 2014.

⁶⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2015. En general ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...? *Ha mejorado* (9,6%), *Ha empeorado* (33,3%), *Sigue igual* (42,2%), *No sabe/No contesta* (15,0%).

Tabla 4-49 Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2015

	Total primeras consultas y especialidades básicas		
	Número de pacientes pendientes por 1.000 hab.	% con fecha asignada > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Ginecología	2.7	42.5	58
Oftalmología	7.2	47.2	68
Neurología	1.9	42.8	57
Traumatología	7.5	53.4	61
Digestivo	2.5	43.9	59
Dermatología	5.4	44.6	58
Cardiología	1.5	35.8	49
Urología	1.7	38.8	47
Cirugía General y Ap. Digestivo	1.5	23.3	45
O.R.L.	2.6	27.9	44
Total	43.4	42.4	58

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera. Porcentaje de especialidades básicas sobre el total de consultas externas: 78%. Información referida a 15 comunidades autónomas e INGESA (Ceuta y Melilla).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS).

Tabla 4-50 Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2015

	Pacientes por 1.000 hab.	% pacientes con cita > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2007	39,3	34	58
Diciembre 2008	37,5	37	59
Diciembre 2009	40,2	37	59
Diciembre 2010	33,0	35	53
Diciembre 2011	36,1	38	58
Diciembre 2012	42,2	36	59
Diciembre 2013	39,0	39	67
Diciembre 2014	39,4	39	65
Diciembre 2015	43.4	42	58

Observaciones: Los datos corresponden a 14 comunidades autónomas (15 desde 2012) e INGESA.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS).

4.7.2.3 Fractura de cadera en pacientes ingresados

La fractura de cadera en pacientes ingresados es un evento adverso que debería ocurrir raramente; su presencia, medida como número de altas con diagnóstico de fractura de cadera sobre el total de altas, es un buen indicador de seguridad de pacientes.

La evitación de efectos adversos en los pacientes ingresados es una clara preocupación de nuestro sistema sanitario. Los datos en el Sistema Nacional de Salud presentan una tasa muy baja de 0,05 fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias, con una tendencia muy estable en torno a ese valor.

4.7.2.4 Mortalidad intrahospitalaria en procesos relevantes: infarto agudo de miocardio e ictus

Los avances en el diagnóstico y tratamiento de trastornos agudos se han traducido en mejoras de las patologías potencialmente mortales. Uno de los indicadores de la calidad de la atención es la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio, medida como el número de altas hospitalarias por fallecimiento en relación al total de altas por infarto agudo de miocardio.

Los datos en el Sistema Nacional de Salud sitúan en el año 2014 las muertes post-infarto agudo de miocardio en 7,1 por cada 100 altas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, La mortalidad posterior a ictus hemorrágico en 26,4 y la posterior a ictus isquémico en 10,3 por cada 100 altas con esos diagnósticos. La tendencia es claramente descendente en los tres indicadores si comparamos el año 2014 con el 2005.

Tabla 4-51 Tendencia de la mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio e ictus en SNS, 2005-2014

	Mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio	Mortalidad posterior a ictus hemorrágico	Mortalidad posterior a ictus isquémico
2014	7,1%	26,4%	10,3%
2005	10,1%	29,4%	12,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

4.7.3 Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La recogida de buenas prácticas se enmarca en los principios de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). En dicha ley se establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Asimismo se concretan los elementos que configuran la que se denomina Infraestructura de la Calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. También se establece la necesidad de crear un registro de Buenas Prácticas (BBPP), que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor que las prácticas actuales.

En el Real Decreto-ley 16/2012, de 29 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se expresa el deseo de abordar reformas en el Sistema Sanitario para su sostenibilidad, no solo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias, siempre con base en el diálogo y contando con la colaboración de las comunidades autónomas y de cuantas asociaciones y entidades actúan en este ámbito.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició en 2012, en colaboración con la Comisión contra la Violencia de Género (VG) del Consejo Interterritorial del SNS y con los Comités de las Estrategias en Salud, un proceso común sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de BBPP.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), desde la Comisión contra la violencia de género y sus grupos de trabajo técnico donde están representadas todas las comunidades autónomas, adaptó tanto la definición genérica de buenas prácticas como los 14 criterios comunes de calidad: adecuación, pertinencia, evaluación, basado en el mejor conocimiento científico disponible, efectividad, transferencia, aspectos éticos, participación, equidad, intersectorialidad, enfoque de género, innovación, eficiencia, sostenibilidad.

Estos criterios han sido elaborados y consensuados por la Subdirección General de Calidad y Cohesión junto con el desarrollo de herramientas metodológicas específicas necesarias: ficha de recogida de datos de las candidaturas, check-list para la evaluación de los 14 criterios de calidad en cada una de ellas y el sistema de baremación o puntuación.

Tras el pilotaje realizado en 2012 con la recogida y evaluación de BBPP frente a la violencia de género, en 2013 se realizó la convocatoria de recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud dirigida tanto a actuaciones sanitarias frente a la violencia de género como la recogida de buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS, coincidiendo con el Año Español de las Enfermedades Raras. En la convocatoria de 2013 se identificaron 10 buenas prácticas frente a la violencia de género y 8 buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras.

La convocatoria de Buenas Prácticas se ha seguido realizando en 2014 y 2015, extendiéndose a otras 8 estrategias del SNS (atención al parto y salud reproductiva, cáncer, cardiopatía isquémica, cuidados paliativos, diabetes, EPOC, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, promoción y prevención). Por tanto, en el momento actual, son 225 buenas prácticas (BBPP) en el marco de 10 estrategias del SNS, las que constituyen el correspondiente catálogo de BBPP del SNS⁷⁰.

⁷⁰ Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>.

5 Ordenación Profesional y Formación Continuada

5.1 Formación Sanitaria Especializada

5.1.1 El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Durante 2015 se ha renovado el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), órgano asesor y científico en materia de formación especializada en Ciencias de la Salud de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación, Cultura y Deporte.

Las funciones de este Consejo son:

1. Informar los programas formativos de las especialidades en Ciencias de la Salud y Áreas de Capacitación Especializada.
2. Informar la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE).
3. Proponer las competencias de carácter genérico o transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud
4. Informar sobre los vocales de las Comisiones Delegadas de Tronco.
5. Hacer seguimiento de la implantación, desarrollo y otras cuestiones derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad a la FSE.
6. Elaborar los informes propuesta de los proyectos normativos de las carteras de Sanidad y Educación que se requieran.
7. Proponer el reglamento interno del propio consejo

El CNECS ha elegido a la Comisión Permanente formada por 11 vocales.

5.1.2 Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16

El número de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16⁷¹ asciende a 7.501 plazas, lo que supone una variación del 0,1% respecto a la convocatoria previa. Por primera vez, la oferta se publica en una Orden de convocatoria única para todas las titulaciones y, para facilitar la elección de los aspirantes, las comisiones de docencia están obligadas a publicar los itinerarios formativos tipo, es decir, cómo se va a plasmar el desarrollo del programa oficial en la unidad docente. La reserva de plazas para personas con discapacidad se mantiene en el 7%

⁷¹ Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/18/pdfs/BOE-A-2015-10053.pdf>.

para todas las titulaciones, con un total de 525 plazas. El cupo para ciudadanos extracomunitarios se limita al 4% en medicina, 3% en farmacia y 2% en enfermería. Todas las plazas ofertadas responden al sistema formativo de residencia⁷², lo que explica la reducción en la oferta de la titulación de Farmacia.

Tabla 5-1 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	% variación
								2015/16– 2014/13
Medicina	6.948	6.874	6.707	6.389	6.145	6.079	6.098	0,3%
Farmacia	304	298	309	273	278	264	218	-17,4%
Química	31	20	19	22	12	15	20	33,3%
Biología	39	41	52	39	43	30	36	20,0%
Psicología	131	136	141	128	130	127	129	1,6%
Radiofísica	34	34	34	31	29	30	32	6,7%
Enfermería	611	848	1.002	963	955	950	968	1,9%
Total	8.098	8.251	8.264	7.845	7.784	7.495	7.501	0,1%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

5.1.3 Especialistas en formación

En el año 2015 se mantienen en formación 28.749 especialistas de 57 especialidades en Ciencias de la Salud, un 2,7% menos que en 2014. En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se forman 6.255 residentes (25% de los 24.988 especialistas en formación de la titulación de Medicina), siendo la especialidad con más residentes en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.639) y de Medicina Interna (1.539).

El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 61,7, destacando las comunidades autónomas de Madrid y Navarra con 89,9 y 83,3 residentes por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En números absolutos, Madrid es también la comunidad con mayor número de especialistas en formación, un 20,1% del total (5.786), seguida de Andalucía con el 15,9% (4.574) y Cataluña con un 15,4% (4.419).

⁷² La entrada en vigor del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio determinó la supresión de la oferta de las especialidades de alumnado.

Tabla 5-2 Especialistas en formación por especialidad 2013-2015

Especialidad	2013	2014	2015	Especialidad	2013	2014	2015
Alergología	194	188	163	Inmunología	99	97	91
Análisis Clínicos	319	305	275	Medicina del Trabajo	320	221	192
Anatomía Patológica	317	325	319	Medicina Educación Física y Deporte	186	159	82
Anestesiología y Reanimación	1309	1279	1241	Medicina Familiar y Comunitaria	6544	6384	6255
Angiología y Cirugía Vascul ar	188	171	167	Medicina Física y Rehabilitación	344	341	330
Aparato Digestivo	554	561	549	Medicina Intensiva	752	748	726
Bioquímica Clínica	189	166	150	Medicina Interna	1.525	1.578	1.539
Cardiología	748	766	764	Medicina Legal y Forense	119	51	52
Cirugía Cardiovascular	128	111	106	Medicina Nuclear	148	133	127
Cirugía General y del Aparato Digestivo	904	892	873	Medicina Preventiva y Salud Pública	238	224	206
Cirugía Oral y Maxilofacial	164	144	141	Microbiología y Parasitología	274	271	253
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1.072	1.110	1.097	Nefrología	353	350	342
Cirugía Pediátrica	108	100	97	Neumología	424	414	403
Cirugía Plástica Estética y Reparadora	171	168	170	Neurocirugía	205	188	178
Cirugía Torácica	84	72	70	Neurofisiología Clínica	137	139	128
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	316	320	314	Neurología	487	484	481
Endocrinología y Nutrición	302	296	290	Obstetricia y Ginecología	1.057	1.039	999
Enfermería de Salud Mental	367	360	342	Oftalmología	668	655	649
Enfermería del Trabajo	21	45	39	Oncología Médica	474	502	508
Enfermería Familiar y Comunitaria	338	461	513	Oncología Radioterápica	196	203	197
Enfermería Geriátrica	130	25	24	Otorrinolaringología	315	304	301
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	887	823	761	Pediatría y Áreas Específicas	1.666	1.669	1.639
Enfermería Pediátrica	200	211	214	Psicología Clínica	540	534	526
Farmacia Hospitalaria	594	579	564	Psiquiatría	957	941	906
Farmacia Industrial y Galénica	86	84	87	Radiodiagnóstico	858	864	839
Farmacología Clínica	50	47	40	Radiofarmacia	41	16	13
Geriatría	209	209	204	Radiofísica Hospitalaria	98	94	91
Hematología y Hemoterapia	465	462	455	Reumatología	198	193	189
Hidrología Médica	34	8	12	Urología	464	462	466
				Total	30.135	29.546	28.749

Observaciones: los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

Tabla 5-3 Residentes por comunidad autónoma, 2015

	Número	Residentes por cada 100.000 hab.
Andalucía	4.574	54,5
Aragón	896	68,0
Asturias	675	64,2
Baleares	506	45,8
Canarias	1.050	50,0
Cantabria	468	80,0
Castilla y León	1.614	65,3
Castilla-La Mancha	935	45,4
Cataluña	4.419	58,9
Comunidad Valenciana	2.795	56,1
Extremadura	619	56,6
Galicia	1.409	51,6
Madrid	5.786	89,9
Murcia	972	66,2
Navarra	553	86,3
País Vasco	1.271	58,1
La Rioja	168	53,0
Ceuta	21	24,9
Melilla	18	21,0
Total	28.749	61,7

Observaciones: Datos a diciembre 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población actual a 1 enero de 2015

5.1.4 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 3.256 unidades docentes acreditadas, con una capacidad de 9.513 plazas (20,4 por cada 100.000 habitantes); de ellas 218 corresponden a Unidades Docentes Multiprofesionales donde se forman conjuntamente residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación, pero que se desarrollan en campos asistenciales afines. Aunque el número de unidades docentes se incrementa ligeramente, el número de plazas acreditadas (capacidad docente) se reduce en 130 plazas, por la aplicación de los requisitos de acreditación en las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria⁷³ y Enfermería Obstétrico-Ginecológica⁷⁴ (Matrona) en la acreditación de las unidades docentes multiprofesionales.

⁷³ Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo, por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/ANEXO_REQUISITOS_ACREDITACION_AFYC.pdf.

⁷⁴ Resolución conjunta de los ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social, por la se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología, de salud laboral y de salud mental. http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisito_UDM_OG.pdf.

Tabla 5-4 Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2015

	Total Unidades Docentes acreditadas	Unidades Docentes Multiprofesionales acreditadas
2009	3.168	7
2010	3.174	65
2011	3.196	137
2012	3.223	164
2013	3.235	192
2014	3.242	215
2015	3.256	218

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

Tabla 5-5 Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	Ratio plazas acreditadas x 100.000 hab.
Andalucía	1.504	1.520	1.519	1.511	18,0
Aragón	343	343	343	325	24,7
Asturias	239	248	248	222	21,1
Baleares	175	175	175	180	16,3
Canarias	332	339	339	339	16,1
Cantabria	136	136	136	136	23,2
Castilla y León	647	650	645	569	23,0
Castilla-La Mancha	452	453	453	439	21,3
Cataluña	1.509	1.597	1.586	1.589	21,2
Comunidad Valenciana	877	880	880	868	17,4
Extremadura	190	193	193	204	18,7
Galicia	490	494	523	524	19,2
Madrid	1.576	1.579	1.558	1.560	24,2
Murcia	313	353	353	355	24,2
Navarra	173	173	173	173	27,0
País Vasco	442	447	447	447	20,4
La Rioja	54	54	54	54	17,0
Ceuta	11	11	11	11	13,1
Melilla	7	7	7	7	8,2
Total	9.470	9.652	9.643	9.513	20,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Instituto Nacional de Estadística. Datos de población actual.

El programa anual de auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, ha llevado a cabo 21 auditorías con el apoyo de equipos de auditoría vinculados con las comunidades autónomas.

Tabla 5-6 Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2015

Hospital/Centro	Localidad	Comunidad autónoma
Hospital Universitario Puerta del Mar	Cádiz	Andalucía
Hospital Nuestra Señora de Valme	Sevilla	
Hospital Obispo Polanco	Teruel	Aragón
Hospital doctor Peset	Valencia	Comunidad Valenciana
Hospital Universitario La Fe	Valencia	
Hospital Nuestra Señora del Prado	Talavera de la Reina	Castilla-La Mancha
Complejo Asistencial Universitario de León	León	Castilla y León
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Badalona	Cataluña
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Barcelona	
Capio Hospital General de Catalunya	San Cugat del Vallés	
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (Hospital Juan Canalejo)	A Coruña	Galicia
Hospital Universitario Lucus Augusti (antes Xeral Calde)	Lugo	
Complejo Hospitalario de Pontevedra	Pontevedra	
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Alcorcón	Madrid
Hospital Universitario La Princesa	Madrid	
Hospital Rafael Méndez	Lorca	Murcia
Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer	Murcia	
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia	Murcia	
Clínica Universitaria de Navarra	Pamplona	Navarra
Hospital de Basurto	Bilbao	País Vasco
Hospital Universitario de Araba	Vitoria	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión.

También se realizan tres auditorías de unidades docentes, que permiten la evaluación del cumplimiento del programa formativo de enfermería obstétrico ginecológica en las unidades que se recogen a continuación:

Tabla 5-7 Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrico-ginecológica, 2015

Unidad Docente	Localidad	Comunidad Autónoma
Albacete	Albacete	Castilla-La Mancha
Hospital Universitario Río Hortega	Valladolid	Castilla y León
Hospital Universitario Xeral Cies	Vigo	Galicia

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión.

Por otra parte, se evalúan documentalmente 9 hospitales acreditados como centros docentes para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud en relación con el cumplimiento de los criterios establecidos en el RD 183/2008⁷⁵, de 8 de febrero mediante certificación documental del cumplimiento de los criterios establecidos. En algunos casos se trata de centros docentes con menos de 3 unidades docentes acreditadas, lo que supone un número reducido de especialistas en formación y, en otros casos, se trata de la evaluación de los planes de mejora que se solicitan a los hospitales – centros docentes auditados con anterioridad.

⁷⁵ RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Tabla 5-8 Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014

Hospital	Localidad	Comunidad Autónoma
Hospital de la Serranía	Ronda	Andalucía
Hospital de La Línea de la Concepción	Línea de la Concepción	
Hospital de Can Misses	Ibiza	Baleares
Hospital de Sierrallana	Torrelavega	Cantabria
Complejo Asistencial de Soria	Soria	Castilla y León
Hospital Asepeyo Sant Cugat	Sant Cugat del Vallés	Cataluña
Hospital de la Virgen del Puerto	Plasencia	Extremadura
Grupo Sanitas	Madrid	Madrid
Hospital de la Cruz Roja	Madrid	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión.

5.2 Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias

En 2015 se han reconocido 742 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de otros países de la Unión Europea⁷⁶, un 27,1% más que el año anterior. Italia es el país de procedencia del mayor número títulos de médico reconocidos (79), seguido de Alemania (34) y Francia (20). Se han reconocido 135 títulos de enfermera responsable de cuidados generales, de los cuales 51 están obtenidos en Portugal y 23 en Rumanía. La mayoría de los títulos de Odontología reconocidos han sido emitidos en Portugal (27).

En cuanto al reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios⁷⁷ se han emitido 172 credenciales (incremento del 44.5%). Los países con mayor número de títulos reconocidos son Cuba (55) y Argentina (49). Por especialidades, el mayor número de reconocimientos han sido en las especialidades de Pediatría (52), Anestesiología y Reanimación (46) y Medicina Familiar y Comunitaria (34).

⁷⁶ Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11065>

⁷⁷ RD 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-6960-consolidado.pdf>.

Tabla 5-9 Reconocimiento de títulos comunitarios, 2014-2015

Titulación	2014	2015	Titulación	2014	2015
Médico	191	202	Médico especialista en Medicina Interna	0	10
Médico especialista en Anatomía Patológica.	1	1	Médico especialista en Medicina Nuclear	0	1
Médico especialista en Anestesiología y Reanimación	6	14	Médico especialista en Oncología Médica	0	2
Médico especialista en Aparato Digestivo.	1	2	Médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente	0	8
Médico especialista en Cardiología.	1	1	Médico especialista en Oncología Radioterápica	1	1
Médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo	10	15	Médico especialista en Otorrinolaringología	4	3
Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología	6	12	Médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas	4	9
Médico especialista en Cirugía Pediátrica	2	2	Médico especialista en Psiquiatría	5	6
Médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	7	7	Médico especialista en Radiodiagnóstico	3	20
Médico especialista en Dermatología Médico_Quirúrgica y Venereología.	3	7	Médico especialista en Reumatología	3	0
Médico especialista en Endocrinología y Nutrición	1		Médico especialista en Urología	5	3
Médico especialista en Geriátrica	1		Enfermera responsable de cuidados generales	98	135
Médico especialista en Medicina del Trabajo	1		Enfermera especialista en Enfermería de Familiar y Comunitaria	2	0
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	20	14	Enfermera especialista en Enfermería de Salud Mental	1	0
Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	2		Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica	46	39
Médico especialista en Nefrología	1	1	Farmacéutico	17	28
Médico especialista en Neumología	2	2	Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria	2	0
Médico especialista en Neurocirugía	2	4	Fisioterapeutas	39	60
Médico especialista en Neurología	5	1	Odontólogo	54	74
Médico especialista en Obstetricia y Ginecología	7	10	Veterinario	14	14
Médico especialista en Oftalmología	8	3	Óptico-optometrista	3	4
Médico especialista en Alergología	0	1	Logopeda	1	3
Médico especialista en Angiología y Cirugía Vascul ar	0	2	Podólogo	3	1
Médico especialista en Cirugía Cardiovascular	0	2	Biólogo especialista	1	2
Médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial	0	1	Especialista en Radiofísica Hospitalaria	0	2
Médico especialista en Estomatología	0	2	Psicólogo General Sanitario (*)	0	3
Médico especialista en Genética Clínica	0	3	Terapeuta Ocupacional	0	4
Médico especialista en Medicina Intensiva	0	1			
			Total	584	742

Observaciones: /fifiegún la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

Tabla 5-10 Reconocimiento de títulos de especialistas extracomunitarios, 2015

Especialidad	TOTAL	Argentina	Armenia	Brasil	Chile	Colombia	Cuba	Ecuador	Guatemala	Italia *	México	Moldavia	Paraguay	Perú	República Dominicana	Rusia	Siria	Uruguay	Venezuela
Pediatría	52	23				1	10				2			1	3	1		1	10
Anestesiología y Reanimación	46	8	1		1	8	10	1					1	3	1		1	3	8
Medicina Familiar y Comunitaria	34	2					30					1						1	
Cardiología	10	5					2							1				2	
Enfermera Obstétrico-Ginecológica	8	3												5					
Neurología	4	2					1												1
Urología	3	1								1			1						
Aparato digestivo	2																		2
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	2	1									1								
Dermatología	2	1									1								
Obstetricia y Ginecología	2								1										1
Oftalmología	2	1					1												
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1					1													
Endocrinología y Nutrición	1			1															
Medicina Interna	1						1												
Nefrología	1	1																	
Oncología médica	1	1																	
Total	172	49	1	1	1	10	55	1	1	1	4	1	2	10	4	1	1	7	22

Observaciones: * Título italiano perteneciente a un profesional que no tiene nacionalidad europea, por tanto dentro del ámbito de aplicación del RD 459/2010, de 16 de abril.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

5.3 Estancias formativas de profesionales sanitarios extranjeros en centros del SNS

Durante 2015 se han autorizado 940 estancias formativas, de ellas 884 correspondieron a titulados en medicina de diferentes especialidades (147 en Pediatría y sus Áreas Específicas, 60 en Cardiología, 58 en Anestesia y Reanimación, 53 en Medicina Interna y 47 en Obstetricia y Ginecología). Los profesionales proceden de 39 países, destacando América Latina con 298 de argentinos, 156 peruanos y 136 mexicanos. Entre los países de la UE, se autorizaron estancias formativas a 88 portugueses y 42 italianos.

Se han autorizado estancias formativas en todas las comunidades autónomas, salvo en La Rioja, Ceuta y Melilla, destacando Cataluña 495 y Madrid con 254 autorizaciones.

Las estancias formativas para graduados y especialistas extranjeros en Ciencias de la Salud son autorizadas por el Ministerio de Sanidad previo informe favorable de la Comisión de Docencia del centro docente y de la comunidad autónoma correspondiente⁷⁸. Estos profesionales tienen la consideración de personal en formación y, por tanto, las actividades asistenciales en las que intervienen están planificadas, dirigidas y supervisadas en todo momento. Su duración máxima es de 6 meses y, excepcionalmente, puede prorrogarse por otros seis.

Tabla 5-11 Estancias formativas de profesionales sanitarios en centros del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma, 2015

	Número
Andalucía	24
Aragón	2
Asturias	1
Baleares	6
Canarias	5
Cantabria	7
Castilla y León	16
Castilla-La Mancha	1
Cataluña	495
Comunidad Valenciana	72
Extremadura	1
Galicia	21
Madrid	254
Murcia	5
Navarra	18
País Vasco	12
La Rioja	0
Ceuta	0
Melilla	0
Total	940

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

5.4 Formación continuada de los profesionales sanitarios

5.4.1 Actuaciones relacionadas con la Formación Continuada y con el Sistema Acreditador

Durante el año 2015 los principales objetivos del Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CFPCS) se han dirigido a la actualización del Sistema de Acreditación para la valoración de las actividades de formación continuada dirigidas a los

⁷⁸ Según el procedimiento dispuesto en el artículo 30 del RD 183/2008, de 8 de febrero <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>.

profesionales sanitarios⁷⁹ y al desarrollo de los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada como reconocimiento del esfuerzo formativo alcanzado por un profesional sanitario en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en atención a las actividades de formación continuada acreditadas que haya desarrollado el interesado en el área funcional correspondiente⁸⁰.

El Sistema Acreditador recibió 48.653 actividades para su valoración como formación continuada, de ellas se han acreditado un 94,72%. Según el nivel académico más de 4 de cada 10 actividades corresponden a graduados (médicos, farmacéuticos, veterinarios, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, podólogos, óptico-optometristas, logopedas, y dietista nutricional).

Tabla 5-12 Actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2015	
	%
Graduados	
Médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, podólogos, óptico-optometristas, logopedas, nutrición humana (dietista nutricional)	45,3
Técnicos de Grado Superior	
Técnico superior en anatomía patológica y citología, Técnico superior en dietética, Técnico superior en documentación sanitaria, Técnico superior en higiene bucodental, Técnico superior en imagen para el diagnóstico, Técnico superior en laboratorio de diagnóstico clínico, Técnico superior en ortoprotésica, Técnico superior en prótesis dental, Técnico superior en radioterapia, Técnico superior en salud ambiental, Técnico superior en audioprótesis	1,6
Técnicos de Grado Medio	
Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, técnico auxiliar de farmacia, técnico en emergencias sanitarias	12,0
Multidisciplinares	40,5
Otros	
Biólogos, químicos, bioquímicos, físicos y psicólogos, especializados en Ciencias de la Salud	0,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

5.4.2 Certificación del Curso de Protección Radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista

El número de cursos de protección radiológica de segundo nivel solicitados⁸¹ durante el año 2015 para su acreditación ha sido de 10 y el número de profesionales médicos que los han superado es

⁷⁹ Más información <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.html>.

⁸⁰ Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada

⁸¹ La Orden SCO/3276/2007, de 23 de octubre, publica el Acuerdo de la CRRHHSNS mediante el que se articula el segundo nivel de formación en protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacionContinuada/certiSegundoNivelProteccionRadio/home.html>.

de 92. El 40,2% de los profesionales calificados como aptos pertenecen a la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular, seguidos de los de Cardiología (18,5%).

Tabla 5-13 Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según especialidad médica, 2015

	Número	%
Angiología y Cirugía Vascular	37	40,2
Aparato Digestivo	2	2,2
Cardiología	17	18,5
Cirugía Ortopédica y Traumatología	3	3,3
Medicina Interna	1	1,1
Neumología	4	4,3
Neurocirugía	12	13,0
Radiodiagnóstico	12	13,0
Urología	4	4,3
Total	92	100,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

6 Prestación Farmacéutica

La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Esta prestación se rige por lo dispuesto en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio⁸².

En el caso de pacientes no hospitalizados, incluye la indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:

- Los medicamentos para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS y que hayan sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o de acuerdo con lo dispuesto por las normas europeas que establecen los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los medicamentos de uso humano.
- Los productos sanitarios que dispongan del correspondiente marcado de conformidad europea (CE) y para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS.
- Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en el Formulario Nacional y que cumplan las normas de la Real Farmacopea Española, así como la normativa vigente sobre las normas para su correcta elaboración y control de calidad, en las condiciones pactadas en los correspondientes conciertos suscritos entre las administraciones sanitarias autonómicas y las oficinas de farmacia.
- Las vacunas individualizadas antialérgicas y las vacunas individualizadas bacterianas, preparadas con agentes inmunizantes, a concentración y dilución específica en base a la correspondiente prescripción facultativa para un paciente determinado, de acuerdo con la normativa vigente.

En el caso de pacientes hospitalizados, la prestación farmacéutica incluye los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes de acuerdo a lo establecido en la cartera de servicios comunes de atención especializada.

Para la dispensación a través de oficinas de farmacia de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica, se ha de efectuar la prescripción en la receta médica oficial u orden de dispensación del SNS.

6.1 Oferta de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS

Los medicamentos y productos sanitarios deben ser incluidos en la financiación pública del SNS para que formen parte de la prestación farmacéutica. El procedimiento para la financiación

⁸² <http://boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>

pública está regulado en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Para la inclusión de un medicamento en la financiación pública se requiere que esté debidamente autorizado y corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, decidir sobre su inclusión en la prestación farmacéutica del SNS y sus condiciones de financiación. Se efectúa una financiación selectiva de medicamentos en función de su utilidad terapéutica y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos.

Como medida complementaria a la decisión sobre la financiación pública, se realiza la intervención sobre el precio de los medicamentos y productos sanitarios, imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la fijación del precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1 Medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS durante el año

6.1.1.1 Medicamentos incluidos

En el año 2015 se han incluido⁸³ un total de 1.456 presentaciones de medicamentos en la financiación pública del SNS. De estas presentaciones 1.364 son en envase normal (93,7%) y 92 en envase clínico (de uso en el ámbito hospitalario). De las presentaciones en envase normal, 1.115 corresponden a medicamentos dispensables en oficinas de farmacia y 249 son medicamentos de uso y dispensación hospitalaria (no se facturan a través de farmacias y solo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados).

Según la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC)⁸⁴, el grupo anatómico que ha tenido mayor número de inclusiones es el grupo N (Sistema nervioso) con 655 presentaciones, en el que hay que destacar el gran número de incorporaciones en el año 2015 de presentaciones genéricas de Pregabalina, Aripiprazol, Levodopa/Carbidopa/Entacapon y Duloxetina, al haber expirado la patente de estas moléculas. Tan solo las presentaciones genéricas incluidas en ese año de estos principios activos representaron el 56% de las altas del grupo N.

⁸³ Los datos corresponden a presentaciones de medicamentos con resolución de inclusión en la prestación farmacéutica del SNS en el año 2015, independientemente de su comercialización.

⁸⁴ La clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) es un sistema de codificación de los medicamentos, según su efecto farmacológico, sus indicaciones terapéuticas y su estructura química. Se divide en cinco niveles: el primer nivel (ATC1) es el más general y el quinto nivel (ATC5) el más detallado.

Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Segundo nivel (ATC2): subgrupo terapéutico.

Tercer nivel (ATC3): subgrupo terapéutico o farmacológico.

Cuarto nivel (ATC4): subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.

Quinto nivel (ATC5): designa el principio activo específico o asociación farmacológica.

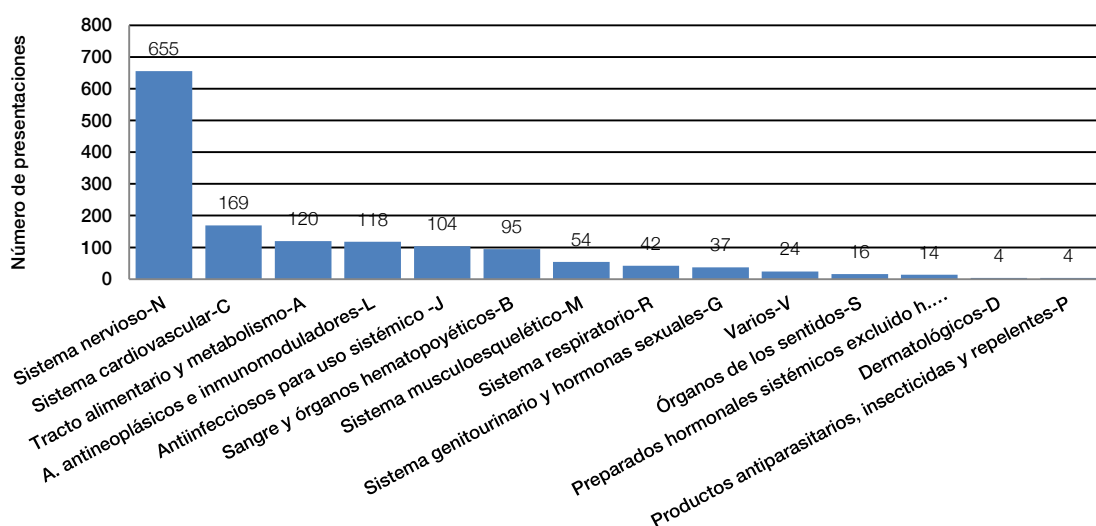
Tabla 6-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización, según grupo ATC1

Grupo ATC 1	Envase Normal		Envase clínico	Total	
	Dispensables en oficinas de farmacia	Uso y dispensación hospitalaria			
A	Tracto alimentario y metabolismo	114	4	2	120
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	37	35	23	95
C	Sistema cardiovascular	146	21	2	169
D	Dermatológicos	4		-	4
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	33	3	1	37
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	6	8	-	14
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	29	62	13	104
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	41	75	2	118
M	Sistema musculoesquelético	38	15	1	54
N	Sistema nervioso	601	9	45	655
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	4	-	-	4
R	Sistema respiratorio	41	1	-	42
S	Órganos de los sentidos	15	1	-	16
V	Varios	6	15	3	24
Subtotal		1.115	249	92	1.456
Total		1.364			

Observaciones: ATC1- Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Hay 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

Gráfico 6-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización según ATC1



Observaciones: ATC1- Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Hay 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.2 Medicamentos dispensables en oficinas de farmacia

En la prestación farmacéutica ambulatoria, la aportación de los usuarios y sus beneficiarios viene determinada por lo dispuesto en el artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Conforme a su redacción sólo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia está sujeta a aportación del usuario. Para los medicamentos que deben ser dispensados por los servicios de farmacia de hospitales el usuario no tiene que efectuar aportación.

En el caso de dispensación a través de oficinas de farmacia, se establece que excepto los usuarios que pertenecen a los colectivos exentos de aportación, el resto de los colectivos abonan un porcentaje del precio del medicamento según les corresponda en función del nivel de renta, y se delimitan unos topes máximos de aportación mensual para los pensionistas y sus beneficiarios.

Para el tratamiento de enfermedades crónicas hay medicamentos que tienen determinada una aportación reducida y en estos casos, los usuarios abonan un 10% del precio del medicamento con un máximo de 4,24 euros por envase.

Tabla 6-2 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización por grupo ATC1 según tipo de aportación

Grupo ATC 1		Aportación		Total	% Presentaciones aportación reducida sobre el total
		General	Reducida		
A	Tracto alimentario y metabolismo	59	55	114	48,2
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	31	6	37	16,2
C	Sistema cardiovascular	79	67	146	45,9
D	Dermatológicos	3	1	4	25,0
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	23	10	33	30,3
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	-	6	6	100,0
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	29	-	29	-
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	-	41	41	100,0
M	Sistema musculoesquelético	37	1	38	2,6
N	Sistema nervioso	121	480	601	79,9
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	4	-	4	-
R	Sistema respiratorio	12	29	41	70,7
S	Órganos de los sentidos	15	-	15	-
V	Varios	-	6	6	100,0
Total		413	702	1.115	63,0

Observaciones: Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

De las 1.115 presentaciones de medicamentos incluidas en el año 2015 en la prestación farmacéutica y que son facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, un 63% (702 presentaciones) son de aportación reducida. Todas las presentaciones incluidas correspondientes a los grupos L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), H (Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas) y V (Varios) tienen aportación reducida. El grupo N (Sistema nervioso) es el siguiente en porcentaje de medicamentos financiados con aportación reducida (79,9%).

6.1.1.3 Nuevos principios activos incluidos

En 2015 se incluyeron, por primera vez en la financiación del SNS, 51 nuevos principios activos correspondientes a 102 presentaciones de medicamentos. En el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) se han incorporado los nuevos agentes antivirales indicados para el tratamiento de la hepatitis C crónica, Daclatasvir, Dasabuvir y las asociaciones a dosis fijas de Sofosbuvir y ledipasvir, así como de Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir. El grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) es el que tiene mayor número de inclusiones de nuevos principios activos (11). El grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) es el que tiene mayor número de inclusiones de nuevos principios activos como medicamentos huérfanos: Obinutuzumab y Ramucirumab (anticuerpos monoclonales), así como Ruxolitinib y Nintedanib (inhibidores de la protein-quinasa).

Según sus condiciones de dispensación, 36 de las 102 presentaciones están calificadas como medicamentos de Uso Hospitalario (UH) y 13 como de Diagnóstico Hospitalario (DH), todas ellas restringidas en el uso de cupón precinto, por lo que su dispensación es hospitalaria. El resto de las presentaciones pueden ser dispensadas mediante receta médica del SNS en oficinas de farmacia, de las cuales 9 están sujetas a reservas singulares, a través de visado, en sus condiciones de prescripción y dispensación.

Tabla 6-3 Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1	ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación a diciembre 2015
A/ Tracto alimentario y metabolismo	A05AA03	Ácido cólico	2	Uso Hospitalario-Huérfano
	A10BD09	Pioglitazona y alogliptina	2	Receta médica
	A10BD13	Metformina y alogliptina	4	Receta médica
	A10BD15	Metformina y dapagliflozina	2	Receta médica
	A10BD16	Metformina y canagliflozina	4	2 presentaciones con receta médica.Otras 2 con receta y visado
	A10BD20	Metformina y empagliflozina	4	Receta médica
	A10BH04	Alogliptina	3	Receta médica
	A10BX11	Canagliflozina	2	1 presentación con receta médica.Otra con receta y visado
	A10BX12	Empagliflozina	2	Receta médica
	A10BX13	Albiglutida	2	Receta médica-Visado
	A10BX14	Dulaglutida	2	Receta médica-Visado
B/ Sangre y órganos hematopoyéticos	B02BD07	Factor XIII de la coagulación	1	Uso Hospitalario
C/Sistema cardiovascular	C02KX04	Macitentan	1	Uso Hospitalario-Huérfano
	C02KX05	Riociguat	4	Uso Hospitalario-Huérfano
	C08CA16	Clevidipino	1	Uso Hospitalario
	C10BA05	Atorvastatina y ezetimiba	8	Receta médica
G/Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G01AC05	Decualinio, cloruro	1	Receta médica
	G04CA53	Tamsulosina y solifenacina	2	Receta médica
J/Anti infecciosos para uso sistémico	J01DI01	Ceftobiprol medocarilo	1	Uso Hospitalario
	J01XX11	Tedizolid	2	Uso Hospitalario
	J05AR13	Lamivudina, abacavir y dolutegravir	1	Uso Hospitalario
	J05AR14	Darunavir y cobicistat	1	Uso Hospitalario
	J05AR15	Atazanavir y cobicistat	1	Uso Hospitalario
	J05AX14	Daclatasvir	2	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX16	Dasabuvir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX65	Sofosbuvir y ledipasvir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX67	Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J07BB03	Influenza, vibrión vivo atenuado	2	Receta médica-Visado
L/ Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01DB11	Pixantrona	1	Uso Hospitalario
	L01XC14	Trastuzumab emtansina	2	Uso Hospitalario
	L01XC15	Obinutuzumab	1	Uso Hospitalario-Huérfano
	L01XC21	Ramucirumab	2	Uso Hospitalario-Huérfano
	L01XE18	Ruxolitinib	3	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria. Huérfano
	L01XE21	Regorafenib	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación

				hospitalaria
	L01XE31	Nintedanib	4	2 presentaciones Uso Hospitalario y Huérfano. Otros 2 Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria- No huérfano
	L03AB13	Peginterferon beta-1a	4	Uso Hospitalario
	L04AA33	Vedolizumab	1	Uso Hospitalario
	L04AC10	Secukinumab	2	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
N/Sistema nervioso	N06AX14	Tianeptina	4	Receta médica
	N06AX26	Vortioxetina	3	Receta médica
	N07XX09	Dimetil fumarato	2	Uso Hospitalario
R/Sistema respiratorio	R03AC19	Olodaterol	1	Receta médica
	R03AL03	Vilanterol y umeclidinio, bromuro de	1	Receta médica
	R03AL05	Formoterol y bromuro de aclidinio	2	Receta médica
	R03BB07	Umeclidinio bromuro	1	Receta médica
S/Órganos de los sentidos	S01EC54	Brinzolamida, combinaciones	1	Receta médica
V/ Varios	V03AX03	Cobicistat	1	Uso Hospitalario
	V09AX04	Flutemetamol (18F)	2	Uso Hospitalario
	V09AX06	Florbetaben (18F)	1	Uso Hospitalario
	V09CA06	Tecnecio (99mTc), etilendicisteina de	1	Uso Hospitalario
	V10XX03	Radio 223 dicloruro (223Ra)	1	Uso Hospitalario
		51	102	

Observaciones: SCP: Sin 5upón Brecinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.4 Precios medios de los medicamentos incluidos

El precio de venta del laboratorio (PVL) medio de todas las presentaciones incluidas en la financiación pública en el año 2015 ha sido de 163,1 euros. Los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia tienen un PVL medio de 31,4 euros (que corresponde a un PVP medio de 47,1 euros) y, en el caso de los medicamentos hospitalarios (envases clínicos y medicamentos de uso y dispensación hospitalaria) su PVL medio asciende a 593,5 euros.

Tabla 6-4 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015

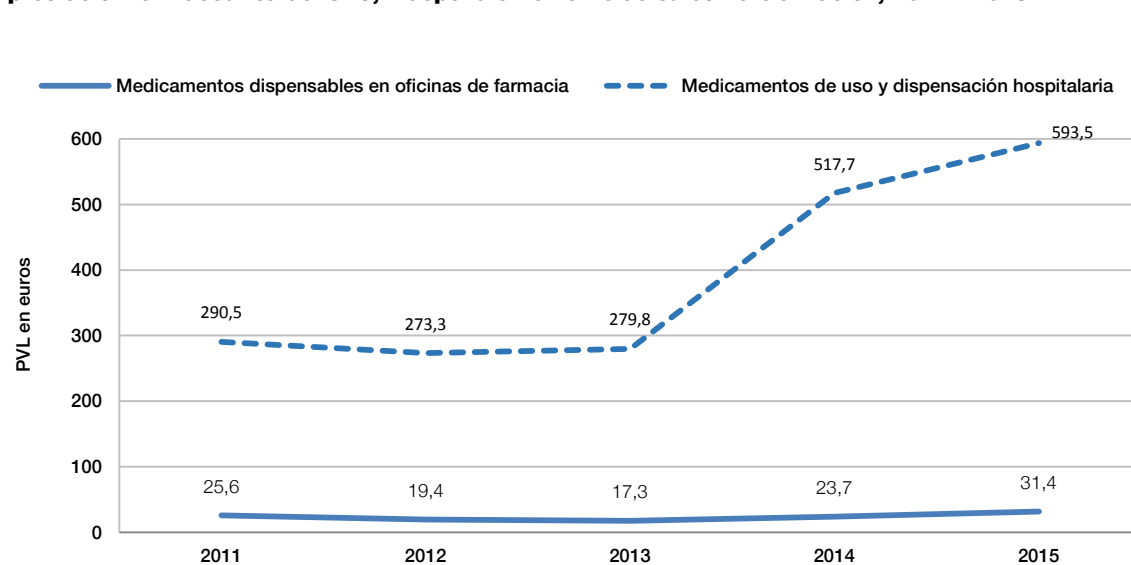
	Dispensables en oficinas de farmacia		Uso y dispensación hospitalaria (EC-UH-SCP)	Total
	PVL medio (euros)	PVP-IVA medio (euros)	PVL medio (euros)	PVL medio (euros)
2011	25,6	36,5	290,5	62,7
2012	19,4	29,8	273,3	67,2
2013	17,3	26,5	279,8	57,5
2014	23,7	35,3	517,7	121,9
2015	31,4	47,1	593,5	163,1

Observaciones: EC: Envase Clínico. UH: Uso Hospitalario. SCP: Sin Cupón Precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales. PVL: Precio Venta Laboratorio. PVP IVA: Precio Venta al Público Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

La evolución de los PVL medios de los medicamentos incluidos en la financiación en los últimos 5 años, de 2011 a 2013, muestra una tendencia a la baja que se modifica en 2014. En 2014 y 2015, los PVL medios han ido incrementándose debido a la especificidad de medicamentos que han entrado a formar parte de la prestación farmacéutica.

Gráfico 6-2 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015



Observaciones: PVL: Precio Venta Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia, hay que destacar la incorporación de presentaciones de Folitropina alfa para el tratamiento de la infertilidad, o del antidiabético Dulaglutida. Este incremento es muy notable en los medicamentos de uso y dispensación hospitalaria, ya que de un PVL en 2013 de 279,8 euros pasa a 517,7 euros en 2014 y a 593,5 euros en 2015, así pues, en 2 años el PVL medio se ha incrementado más del doble. Hay que resaltar que en 2014 se incluyeron, entre otros, nuevos medicamentos con precio muy elevado para el tratamiento de patologías graves como la hepatitis C (Simeprevir y Sofosbuvir), para determinados tipos de fibrosis quística (Ivacaftor) o para el tratamiento del mieloma múltiple

(Pomalidomida). En el año 2015 se ha continuado con la inclusión de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C (Daclatasvir, Dasabuvir, asociación de Sofosbuvir y Ledipasvir, y de Ombitasvir, Paritaprevir y Ritonavir), así como otros medicamentos con un alto coste como el radioisótopo antitumoral Radio 223, los agentes antineoplásicos (Ruxolitinib y Obinutuzumab), o el Ácido Cólico para el tratamiento de las personas con anomalía genética que les impide producir bilis, entre otros.

6.1.1.5 Medicamentos genéricos incluidos

Los medicamentos genéricos tienen la misma calidad y eficacia que el correspondiente medicamento original, su precio es inferior y además tienen la ventaja de su seguridad porque se denominan con el nombre del principio activo. Así pues, contribuyen a racionalizar el gasto público, sin disminuir la calidad y la eficacia de la prestación farmacéutica. Además, benefician a los usuarios a los que les corresponde abonar la aportación, al tener un coste menor.

Del total de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública en el año 2015, un 72,9% corresponde a medicamentos genéricos, siendo el PVL medio para estos medicamentos de 69,4 euros. Los medicamentos no genéricos suponen el 27,1% del total y su precio medio se eleva a 414,6 euros, seis veces más que el PVL del medicamento genérico.

Tabla 6-5 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

	Número de presentaciones	% sobre total	PVL medio (euros)
Genéricos	1.061	72,9	69,4
No genéricos	395	27,1	414,6
Total	1.456	100,0	163,1

Observaciones: PVL: Precio Venta Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los últimos cinco años, desde 2011 a 2015 se han incluido 110 nuevos principios activos de medicamentos genéricos en la financiación pública. Este hecho promueve la prescripción y el consumo de los medicamentos genéricos.

Tabla 6-6 Evolución del número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
Nuevos principios activos genéricos	27	21	24	20	18	110

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En 2015 se han podido financiar por primera vez, por la expiración de sus patentes, 18 nuevos principios activos genéricos (434 presentaciones). Al grupo N (Sistema nervioso) es al que se incorporan mayor número de principios activos genéricos (Pregabalina, Levodopa/Carbidopa/Entacapona, Apomorfina, Rasagilina, Aripiprazol y Duloxetina). El principio activo del que más presentaciones genéricas se introducen en el año 2015 es el antiepiléptico Pregabalina (137), seguido del antipsicótico Aripiprazol (104) para el tratamiento de la esquizofrenia, que requiere visado previo para los mayores de 75 años.

Tabla 6-7 Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A03AB06	Otilonio bromuro	5	Receta médica
C	Sistema cardiovascular	C09CA02	Eprosartan	2	Receta médica
		C09DA08	Olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida	4	Receta médica
		C10AX09	Ezetimiba	2	Receta médica
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	J01XX08	Linezolid	8	Uso Hospitalario
		J02AC03	Voriconazol	17	Uso Hospitalario
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01AA09	Bendamustina	6	Uso Hospitalario
		L01AB01	Busulfano	1	Uso Hospitalario
		L01DB07	Mitoxantrona	4	Diagnóstico Hospitalario - Visado
M	Sistema musculoesquelético	M01AH05	Etoricoxib	3	Receta médica
N	Sistema nervioso	N03AX16	Pregabalina	137	Receta médica
		N04BA03	Levodopa/carbidopa/entacapona	64	Receta médica
		N04BC07	Apomorfina	1	Diagnóstico Hospitalario - Visado
		N04BD02	Rasagilina	8	Receta médica
		N05AX12	Aripiprazol	104	CPD-E Visado
		N06AX21	Duloxetina	60	Receta médica
V	Varios	V03AF01	Mesna	2	Uso Hospitalario
		V08CA02	Ácido gadoterico	6	Uso Hospitalario
Total		18	-	434	-

Observaciones: CPD-E Visado – Visado para mayores de 75 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.6 Medicamentos biosimilares incluidos

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico similar a otro ya existente (producto de referencia) y cuya patente ha expirado. Los medicamentos biosimilares constituyen una alternativa terapéutica al producto biológico.

En el año 2015 se incorporan las primeras presentaciones del anticuerpo monoclonal biosimilar de Infliximab (fármaco que actúa bloqueando el factor de necrosis tumoral alfa), para el tratamiento básico de enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa. También en 2015 se ha incorporado en la prestación farmacéutica del SNS, la primera Insulina biosimilar insulina glargina, para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Tabla 6-8 Nuevos medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A10AE04	Insulina Glargina	1	Receta médica
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L04AB02	Infliximab	3	Uso Hospitalario

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2 Total de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, situación a 31 de diciembre de 2015

6.1.2.1 Total de medicamentos incluidos

El número total de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública, independientemente de su comercialización, a fecha 31 de diciembre de 2015 es de 19.177. De éstas, 16.268 (84,8%) son en envase normal y 2.909 (15,2%) en envase clínico (de uso en el ámbito hospitalario). Dentro de los medicamentos en envase normal, 13.837 son medicamentos facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia y 2.431 corresponden a medicamentos de uso y dispensación hospitalaria (no se facturan a través de recetas y solo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados). Por grupos terapéuticos, el grupo N (Sistema nervioso) es el que tiene mayor número de medicamentos financiados (5.420), seguido por el grupo C (Sistema cardiovascular) con 3.269 y el grupo J (Anti-infecciosos para uso sistémico) con 2.296 presentaciones.

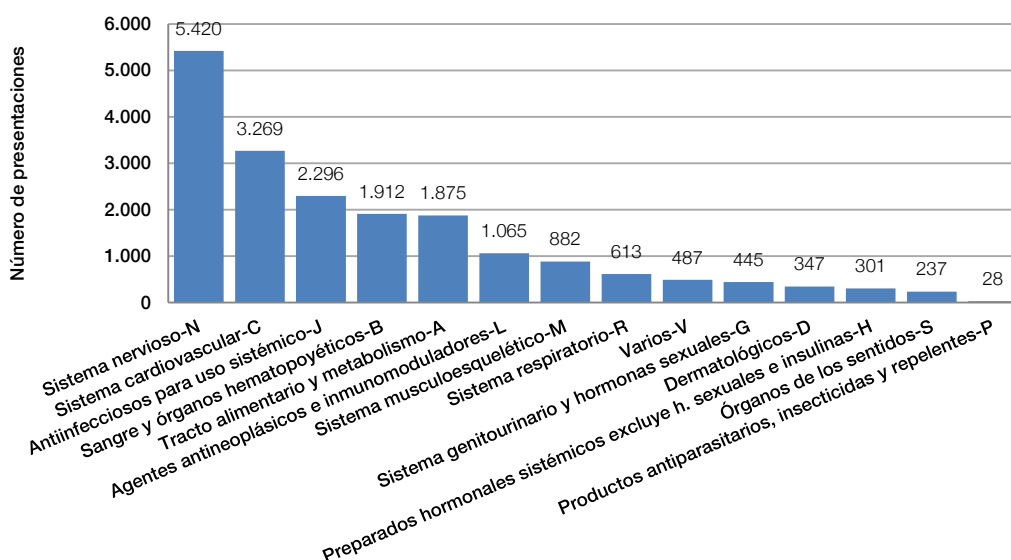
Tabla 6-9 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015

Grupo ATC 1	Envase normal		Envase clínico	Total	
	Dispensables en oficinas de farmacia	Uso y dispensación hospitalaria			
A	Tracto alimentario y metabolismo	1.544	95	236	1.875
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	893	484	535	1.912
C	Sistema cardiovascular	2.680	66	523	3.269
D	Dermatológicos	335		12	347
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	409	25	11	445
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	181	70	50	301
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	1.167	466	663	2.296
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	431	573	61	1.065
M	Sistema musculoesquelético	644	117	121	882
N	Sistema nervioso	4.648	195	577	5.420
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	24	2	2	28
R	Sistema respiratorio	553	11	49	613
S	Órganos de los sentidos	225	11	1	237
V	Varios	103	316	68	487
Subtotal		13.837	2.431		
Total		16.268		2.909	19.177

Observaciones: ATC1-Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

Gráfico 6-3 Total de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización según ATC1, situación a 31 de diciembre de 2015



Observaciones: ATC1- Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Hay 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.2 Medicamentos dispensables en oficinas de farmacia

Únicamente la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia está sujeta a aportación del usuario, excepto los que pertenecen a alguno de los colectivos exentos de aportación. Para el tratamiento de enfermedades crónicas hay medicamentos que tienen determinada una aportación reducida.

De las 13.837 presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica a 31 de diciembre de 2015, que son dispensables en oficinas de farmacia, un 45% (6.232 presentaciones) pertenecen a los grupos de medicamentos de aportación reducida. Todas las presentaciones del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) se encuentran incluidas en las de aportación reducida. El grupo N (Sistema nervioso) tiene un alto porcentaje de medicamentos financiados con aportación reducida (67,2%), seguido del H (Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas) con un 56,9% y del C (Sistema cardiovascular) con el 55,6%.

Tabla 6-10 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre 2015

Grupo ATC 1		Aportación		Total	% Presentaciones con aportación reducida sobre total
		General	Reducida		
A	Tracto alimentario y metabolismo	1.061	483	1.544	31,3
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	774	119	893	13,3
C	Sistema cardiovascular	1.189	1.491	2.680	55,6
D	Dermatológicos	316	19	335	5,7
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	318	91	409	22,2
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	78	103	181	56,9
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	1.150	17	1.167	1,5
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	-	431	431	100
M	Sistema musculoesquelético	618	26	644	4,0
N	Sistema nervioso	1.523	3.125	4.648	67,2
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	16	8	24	33,3
R	Sistema respiratorio	279	274	553	49,5
S	Órganos de los sentidos	225	-	225	-
V	Varios	58	45	103	43,7
Total		7.605	6.232	13.837	45,0

Observaciones: Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.3 Precios medios de los medicamentos incluidos

El precio medio de venta del laboratorio (PVL) de todas las presentaciones que están incluidas en la financiación pública a 31 de diciembre de 2015, es de 79,5 euros. Los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia tienen un PVL medio de 17,5 euros (que corresponde a un PVP con IVA medio de 26 euros). En el caso de los medicamentos hospitalarios (envases clínicos

y medicamentos de uso y dispensación hospitalaria) su PVL medio asciende a 240,2 euros, casi 14 veces superior.

Tabla 6-11 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre de cada año, 2011 – 2015

	Dispensables en oficinas de farmacia		Uso y dispensación hospitalaria (EC-UH-SCP)	Total
	PVL medio (euros)	PVP con IVA medio (euros)	PVL medio (euros)	PVL medio (euros)
A 31 de diciembre 2011	20,3	27,7	201,6	72,8
A 31 de diciembre 2012	15,4	22,6	211,5	72,4
A 31 de diciembre 2013	15,7	23,2	222,9	73,0
A 31 de diciembre 2014	16,6	24,4	217,1	72,9
A 31 de diciembre 2015	17,5	26,0	240,2	79,5

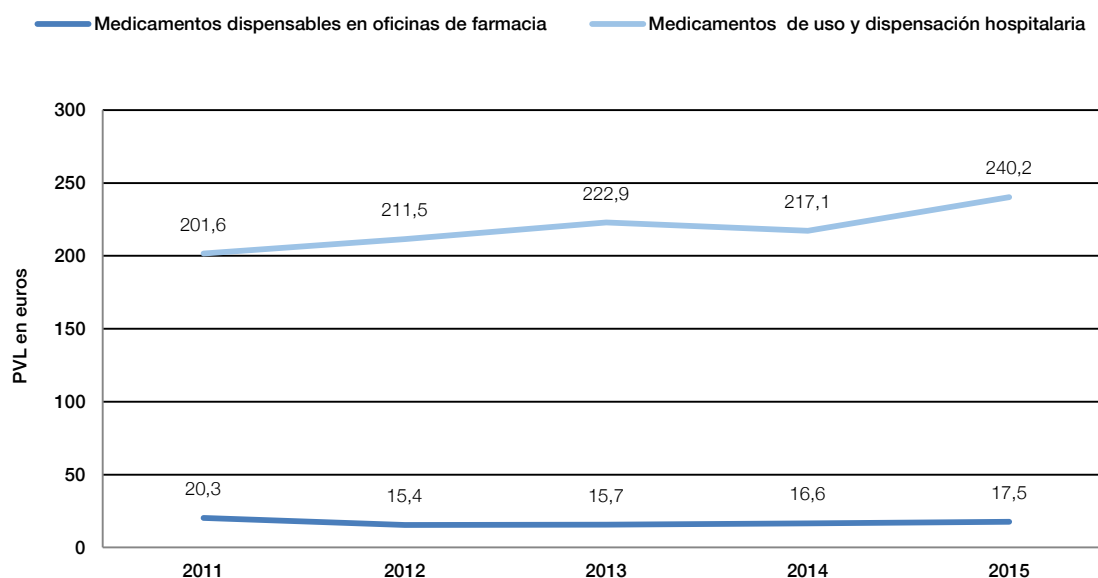
Observaciones: EC: Envase Clínico. UH: Uso Hospitalario. SCP: Sin Cupón Precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales. PVL: Precio Venta Laboratorio. PVP- IVA: Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia, hay que destacar la bajada del PVL en un 13,8% en estos 5 años, de 20,3 a 17,5 euros.

En los medicamentos de uso y dispensación hospitalaria, el PVL ha tenido una tendencia al alza, incrementándose en estos 5 años un 19,1%. La bajada del precio de estos medicamentos en el año 2014, se debe en gran medida a la incorporación en el sistema de precios de referencia, por primera vez, de los conjuntos de medicamentos en envase clínico.

Gráfico 6-4 Evolución de los precios medios, de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de cada año, 2011 - 2015



Observaciones: PVL: Precio Venta del Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.4 Medicamentos genéricos incluidos

Del total de medicamentos financiados por el SNS, un 57,6% son medicamentos genéricos, con un PVL medio de 36,2 euros. Para las presentaciones de medicamentos no genéricos el precio medio es casi 4 veces superior (138,3 euros).

Tabla 6-12 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015

	Número de presentaciones	% sobre total	PVL medio (euros)
Genéricos	11.043	57,6	36,2
No genéricos	8.134	42,4	138,3
Total	19.177	100,0	79,5

Observaciones: PVL: Precio Venta del Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.5 Medicamentos biosimilares incluidos

A 31 de diciembre de 2015 se encuentran incluidas 88 presentaciones de medicamentos biosimilares, correspondientes a 6 principios activos. Los biosimilares de Filgrastim y Eritropoyetina son los que tienen un mayor número de presentaciones en la oferta.

Tabla 6-13 Medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre 2015

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A10AE04	Insulina glargina	1	Receta médica
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	B03XA01	Eritropoyetina	26	Uso Hospitalario
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G03GA05	Folitropina alfa	15	Diagnostico Hospitalario. Visado Inspección
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	H01AC01	Somatotropina	15	Uso Hospitalario
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L03AA02	Filgrastim	28	Uso Hospitalario
		L04AB02	Infliximab	3	Uso Hospitalario
Total		6	-	88	-

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.3 Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014

Al estar pendiente la revisión de la normativa de regulación sobre financiación de productos sanitarios, en el año 2015 no ha habido inclusiones de nuevos productos sanitarios en la oferta de la prestación farmacéutica del SNS. El número de productos sanitarios financiados por el SNS a 31 de diciembre de 2015, es de 4.784. Según los grupos establecidos en el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero⁸⁵, el mayor número de productos pertenecen al grupo de tejidos elásticos destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas (1.508), seguido de los absorbentes para la incontinencia urinaria (457) y de las bolsas de colostomía (396). Pertenecientes a los grupos de aportación reducida existen 1.695 productos (un 35,4% del total); en estos casos a los usuarios, excepto los pertenecientes a algún colectivo exento de aportación, les corresponde abonar el 10% del precio del producto con un tope máximo de 4,24 euros por envase. El precio medio de todos los productos sanitarios incluidos en la financiación es de 24,2 euros. Los precios medios más elevados corresponden a las bolsas de ileostomía y urostomía (77,8 euros y 75,9 euros respectivamente) y los precios más bajos los presentan las vendas (1,3 euros) y los esparadrapos y algodones con 2,2 euros.

⁸⁵ Por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación y su régimen de suministro y dispensación.

Tabla 6-14 Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, por grupo según tipo de aportación y precios medios, situación a 31 de diciembre de 2015

Grupo	Aportación		Total	PVP con IVA medio(euros)
	General	Reducida		
Algodones	174	-	174	2,2
Apósitos	257	-	257	14,8
Gasas	114	-	114	2,5
Vendas	299	-	299	1,3
Esparadrapos	125	-	125	2,2
Cánulas traqueotomía y laringectomía	-	124	124	47,5
Sondas	-	334	334	33,2
Duchas vaginales, irrigadores y accesorios	7	-	7	3,0
Parches oculares	13	-	13	3,9
Tejidos elásticos para lesiones o malformaciones internas	1.508	-	1.508	7,4
Bragueros y suspensorios	129	-	129	10,3
Aparatos de inhalación	-	7	7	5,8
Bolsas recogida de orina	-	97	97	10,3
Colectores de pene y accesorios	-	105	105	43,2
Absorbentes para la incontinencia urinaria	457	-	457	31,6
Otros sistemas para la incontinencia	6	-	6	17,5
Bolsas de colostomía	-	396	396	58,6
Bolsas de ileostomía	-	323	323	77,8
Bolsas de urostomía	-	118	118	75,9
Accesorios de ostomía	-	17	17	4,9
Apósitos de ostomía	-	156	156	19,9
Sistemas de irrigación ostomía y accesorios	-	14	14	31,4
Sistemas de colostomía continente	-	4	4	42,3
Total	3.089	1.695	4.784	24,2

Observaciones: PVP-IVA: Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.2 Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia

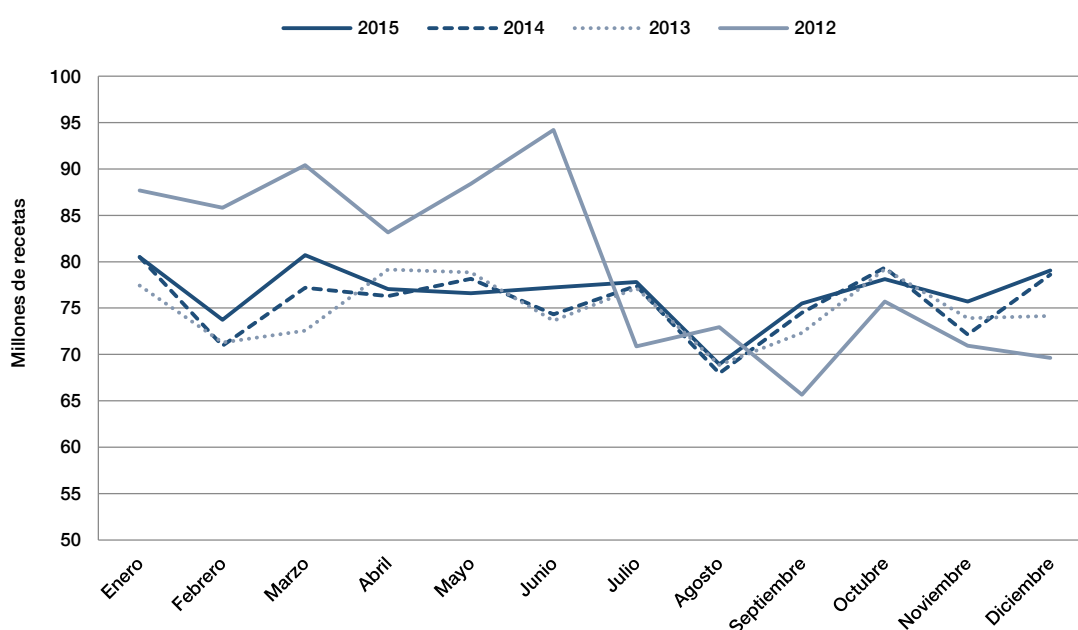
En la información de este apartado se facilitan los datos de facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, del INGESA y del mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Se ha incorporado la información del mutualismo administrativo, que representa el 4,3% sobre el gasto y el 4,2% del número de recetas facturadas del conjunto total del SNS.

6.2.1 Oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS

Cerca de 22.000 oficinas de farmacia⁸⁶ colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS facturando una media mensual de 77 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y del mutualismo administrativo, con unas ventas medias mensuales por oficina de farmacia de 46.000 euros.

El número de recetas médicas del SNS facturadas en 2015 a través de las oficinas de farmacia es de 921 millones de recetas. En el periodo 2012-2015 el número ha disminuido cerca del 3,6%⁸⁷.

Gráfico 6-5 Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente, 2012-2015



Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

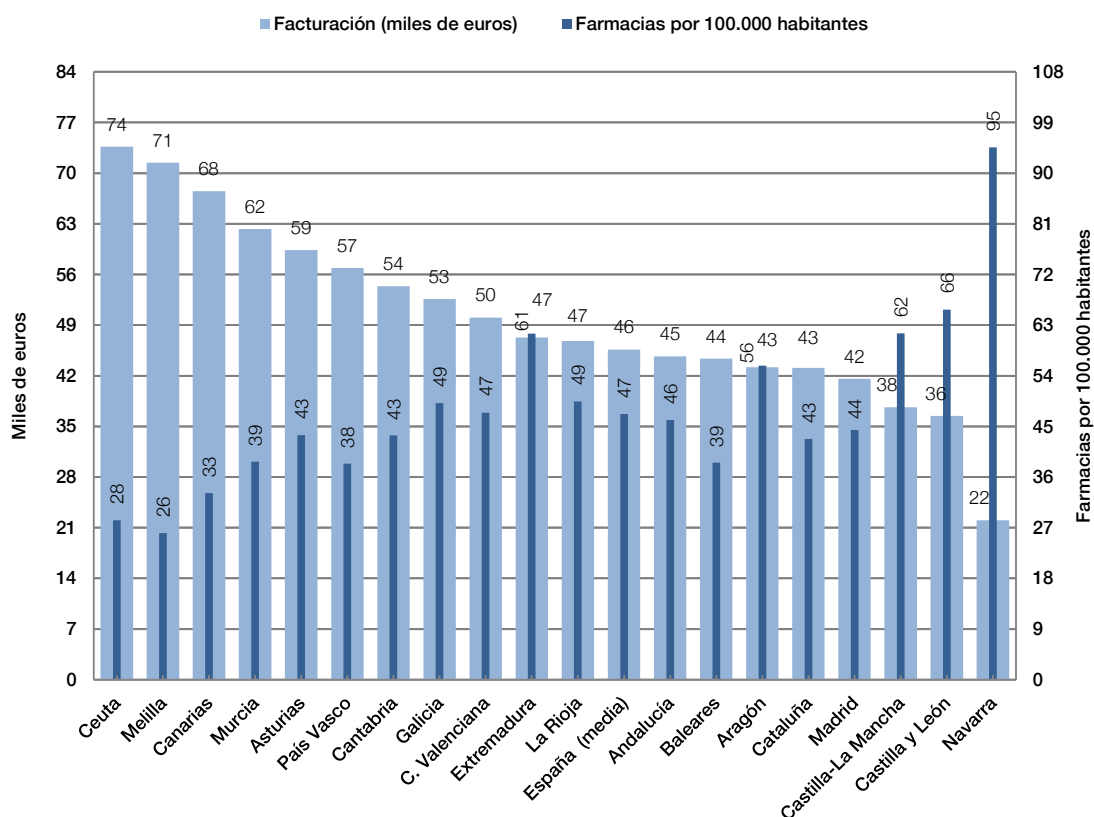
Ceuta es el territorio con mayor venta mensual por oficina de farmacia con 74.000 euros, seguida de Melilla, Canarias, Murcia y Asturias. Mientras que en las farmacias de Navarra las ventas descienden a 22.000 euros de media. Castilla y León factura 36.000 euros de media seguida de Castilla-La Mancha y Madrid.

La amplia red y dispersión de las oficinas de farmacia facilitan la accesibilidad de la población española a la prestación farmacéutica que precisan los pacientes, incluso en núcleos de población aislados.

⁸⁶ Ver en el capítulo de recursos asistenciales el apartado de oficinas de farmacia.

⁸⁷ Desde el año 2012 se viene aplicando medidas de política farmacéutica.

Gráfico 6-6 Ventas medias mensuales en miles de euros por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015



Observaciones: Las comunidades y ciudades autónomas están ordenadas de mayor a menor valor de la facturación. Las ventas medias corresponden a la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6.2.2 Gasto farmacéutico

En 2015 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, ha supuesto 9.962 millones de euros. La factura farmacéutica de 2015 crece respecto a 2014, pero se mantiene por debajo del gasto del año 2012. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%.

En esta contención del gasto farmacéutico público ha influido la continuidad de las medidas reguladoras y del fomento del uso racional de los medicamentos implantadas desde años anteriores (Reales Decretos-ley 4/2010, 8/2010 y 9/2011), teniendo un gran impacto:

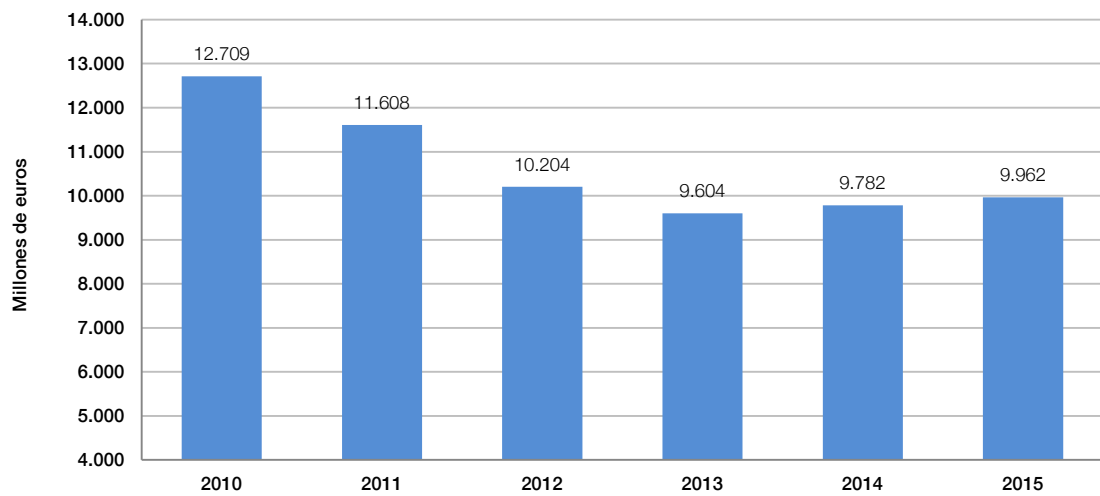
- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que entró en vigor en julio de 2012 y estableció un nuevo sistema de aportación de los usuarios por la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios que proporciona el SNS, determinado en función del nivel de renta y de la situación socio laboral, independientemente de la situación de activo o pensionista, quedando exentos de pago una serie de colectivos como ocurre, por primera vez, con determinados parados de larga duración.

- Las Resoluciones de 2 de agosto de 2012 y 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, que excluyeron en septiembre de 2012 y marzo de 2013, 417 presentaciones de medicamentos de la prestación farmacéutica del SNS, por concurrir alguno de los criterios establecidos en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la mayoría por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- Han contribuido asimismo a la contención y reducción del gasto farmacéutico la modificación del sistema de precios de referencia y de las agrupaciones homogéneas de medicamentos, regulados mediante las disposiciones dictadas en el transcurso de 2014 y 2015:
 - El Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el SNS, y determinados sistemas de información en materia de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios, establece una nueva regulación de los precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos.
 - En desarrollo de este Real Decreto, la Orden SSI/1225/2014, de 4 de julio vigente en 2015 hasta la entrada en vigor de la nueva Orden SSI/2160/2015, de 14 de octubre, que actualizó desde el 1 de noviembre 2015 los conjuntos y precios de referencia de medicamentos de uso hospitalario y envases clínicos, y desde el 1 de diciembre los correspondientes a la facturación de recetas oficiales del SNS. Este sistema contribuye a una bajada obligatoria de los precios de medicamentos, ya que en base al menor coste/tratamiento/día (CTD), se determina el precio máximo al que se financian las presentaciones incluidas en cada conjunto.
 - La aplicación del sistema de agrupaciones homogéneas previsto en el citado Real Decreto, promueve que a través de las actualizaciones mensuales de precios más bajos, y trimestrales de precios menores, se incentive un régimen de competencia con bajadas voluntarias de precios de medicamentos que constituyen este sistema.

Asimismo contribuyen a este ahorro farmacéutico los programas desarrollados en las comunidades autónomas de promoción del uso racional de los medicamentos.

El ahorro obtenido en la factura del gasto farmacéutico desde la aplicación en julio de 2012 de las medidas adoptadas para garantizar la sostenibilidad del SNS, hasta el 31 de diciembre de 2015, ha supuesto 5.657,8 millones de euros.

Gráfico 6-7 Evolución del gasto farmacéutico, en millones de euros a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015

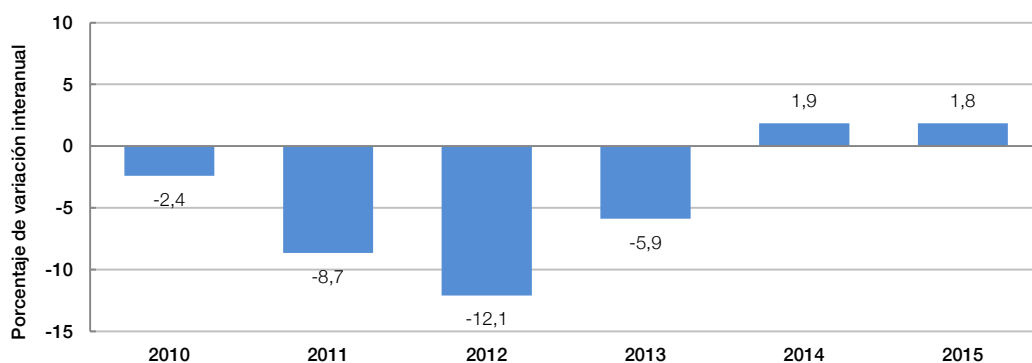


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Después de la tendencia a la baja de la factura farmacéutica desde 2010, alcanzando en 2012 la mayor disminución interanual (-12,1%), 2014 tuvo un incremento positivo moderado y en 2015 el crecimiento se ha estabilizado en el 1,8%.

Gráfico 6-8 Evolución del porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015

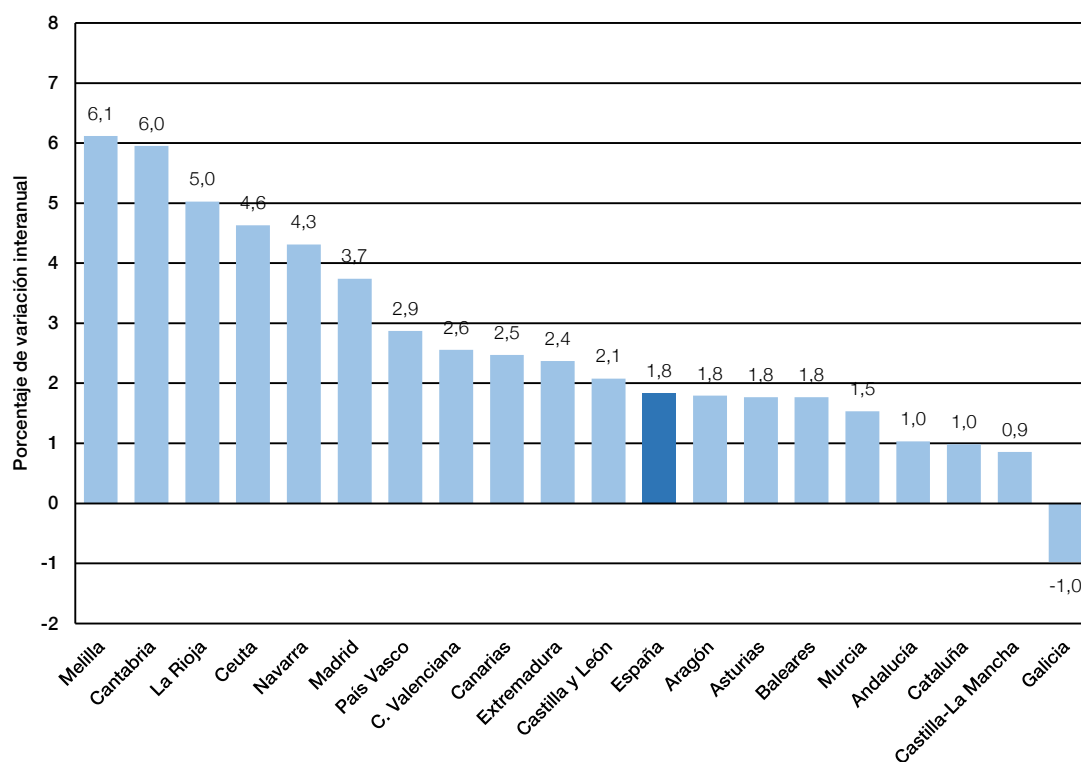


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Por territorios, el que presenta la mayor reducción de la factura farmacéutica en 2015 respecto a 2014 es Galicia con un -1%. Las demás comunidades autónomas se sitúan en crecimientos positivos, siendo los más bajos los de Castilla-La Mancha, Cataluña y Andalucía, y los más elevados los de Melilla, Cantabria y La Rioja.

Gráfico 6-9 Porcentaje de variación del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS según comunidad autónoma, 2015-2014



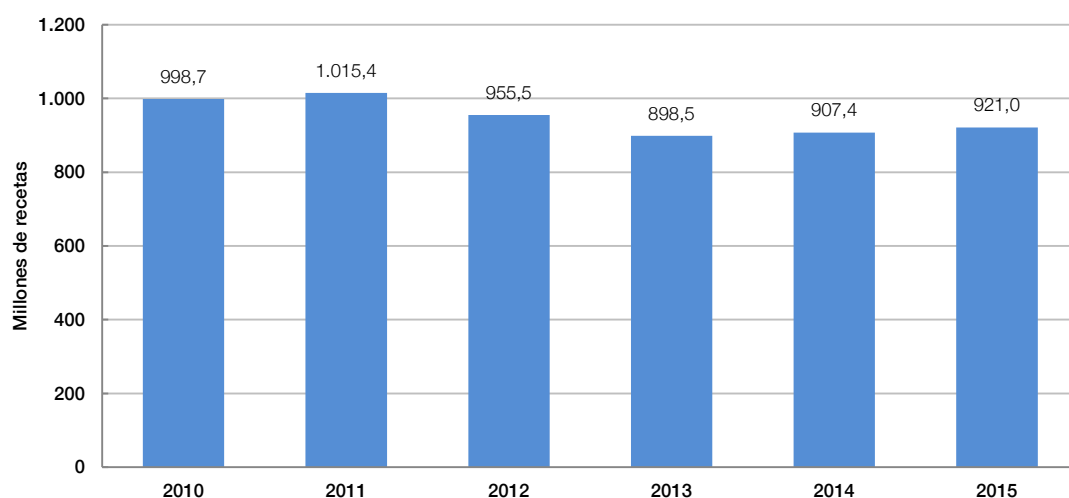
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de receta médica.

6.2.3 Recetas facturadas

El número de recetas médicas del SNS facturadas a través de oficinas de farmacia en 2015 asciende a un total de 921 millones, aunque se mantiene en un nivel de consumo por debajo de los valores de 2012 y años precedentes. Entre 2010 y 2015 las recetas facturadas han disminuido en 77,7 millones, lo que representa un descenso del -7,8%.

Gráfico 6-10 Evolución del número de recetas médicas en millones del SNS facturadas, 2010-2015

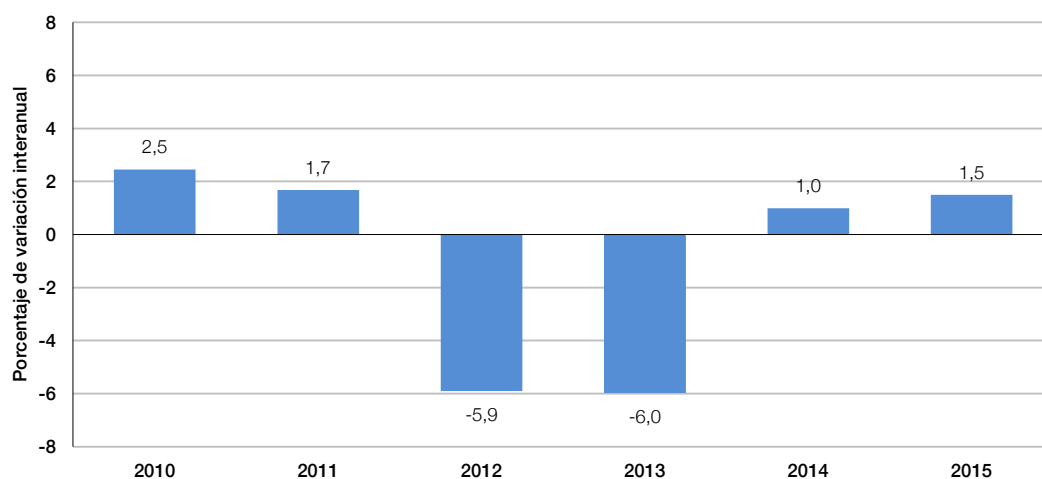


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Después del fuerte descenso en el número de recetas facturadas en 2012 y 2013 (-5,9% y -6%), desde 2014 hay una tendencia al alza, que en 2015 ha supuesto el 1,5%, crecimiento que aun siendo positivo se sitúa en cifras inferiores a 2011 y años anteriores.

Gráfico 6-11 Evolución del porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2010-2015

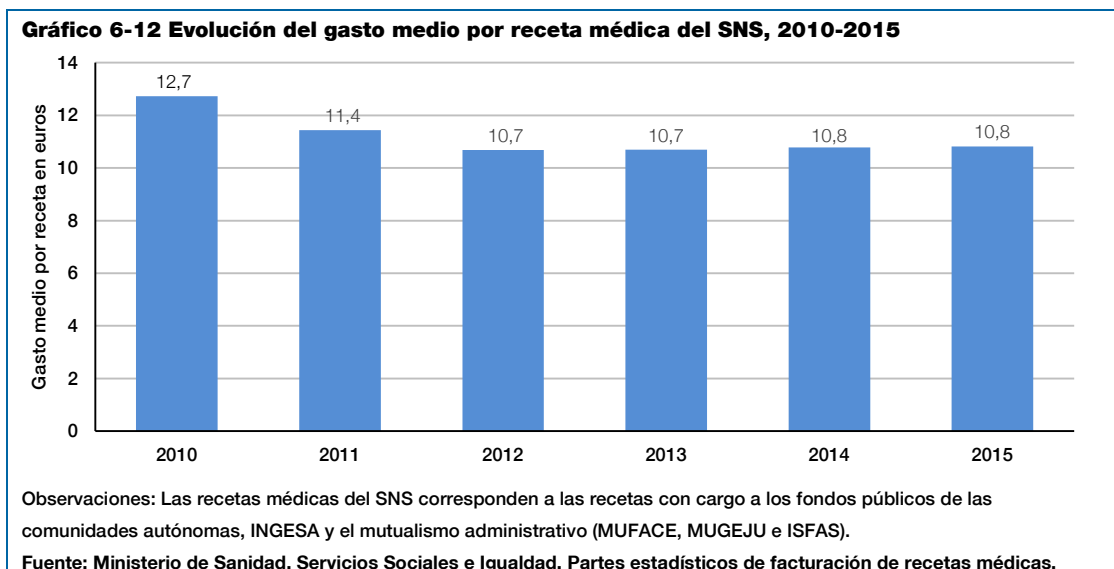


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

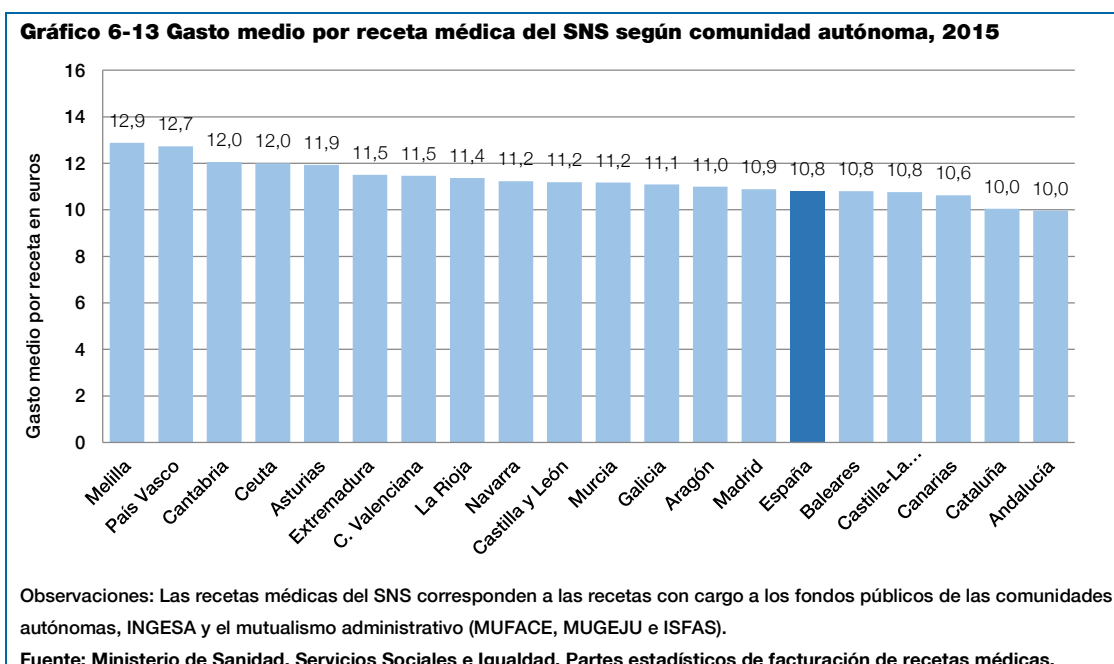
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

6.2.4 Gasto medio por receta

En 2015 se mantiene la tendencia del gasto medio por receta, situándose en 10,8 euros, igual que el gasto del año anterior, lo que supone casi 2 euros menos que el dato correspondiente a 2010 (12,7 euros).



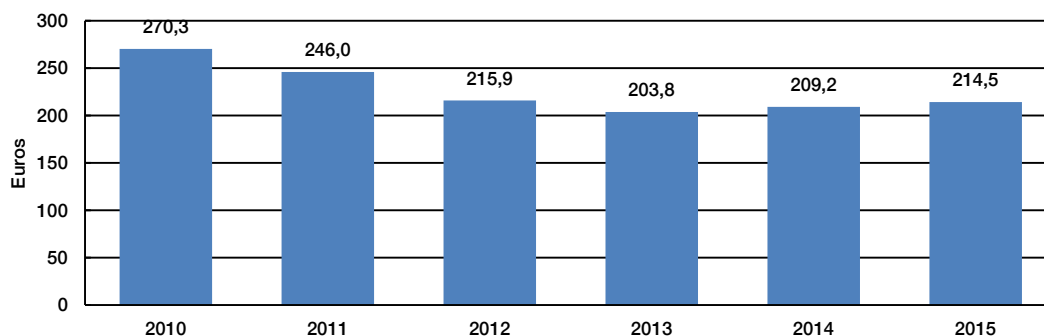
En 2015 Melilla tiene el gasto medio por receta más elevado (12,9 euros), más de 2 euros por encima de la media nacional. Le siguen País Vasco (12,7 euros) y Ceuta y Cantabria (12 euros). Andalucía y Cataluña mantienen el gasto medio por receta más bajo de todas las comunidades autónomas, 10 euros.



6.2.5 Gasto por habitante

El gasto a través de la facturación de recetas médicas por habitante en 2015 se sitúa en 214,5 euros, un 2,5% sobre 2014. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico público por habitante ha caído un 20,6%, debido al impacto de las medidas ya indicadas anteriormente de regulación económica, que han logrado reducir el gasto farmacéutico.

Gráfico 6-14 Evolución del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015



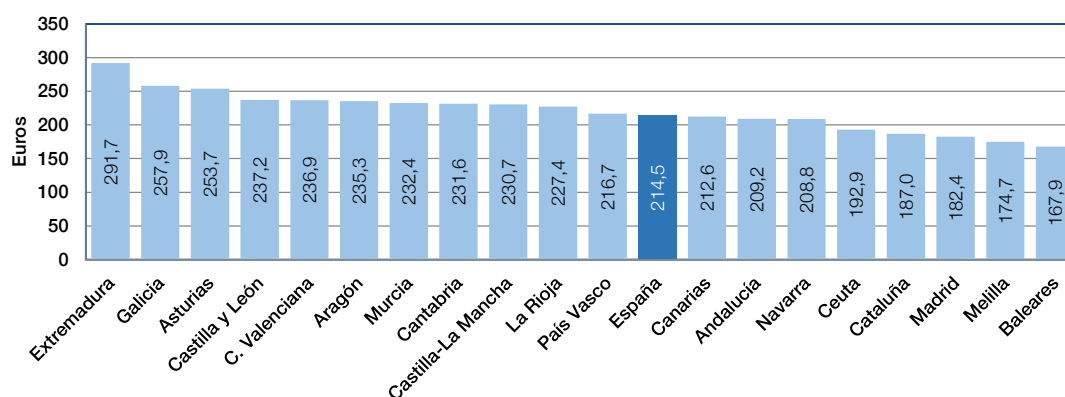
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En 2015 Extremadura se sitúa con el mayor gasto por habitante (291,7 euros), seguido de Galicia y Asturias (257,9 y 253,7 euros respectivamente). Los que presentan las cifras más bajas de gasto farmacéutico público por habitante son Baleares, Melilla y Madrid, con 167,9, 174,7 y 182,4 euros respectivamente.

Gráfico 6-15 Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015



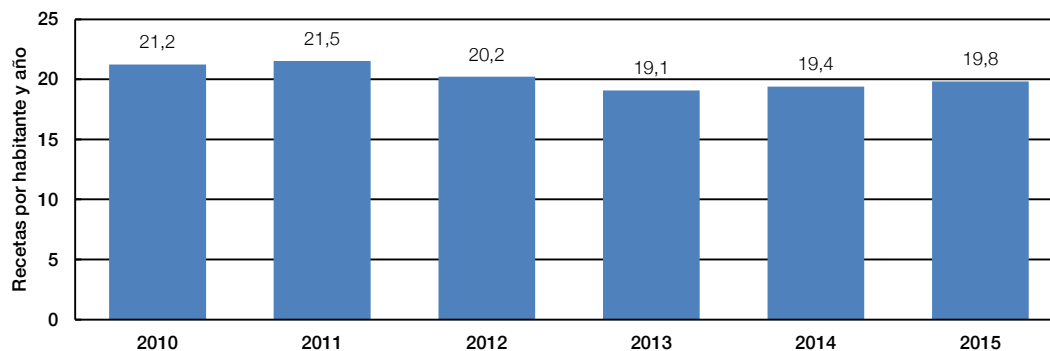
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015 (INE).

6.2.6 Recetas por habitante

En 2015 el consumo de recetas por habitante se sitúa en 19,8, un 2,1% más que en 2014. El año 2011 es el que tiene el número de recetas por habitante más elevado (21,5 recetas). Entre 2010 y 2015 el consumo de recetas por habitante cae un 6,6%, debido al descenso del número de recetas facturadas.

Gráfico 6-16 Evolución del consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015



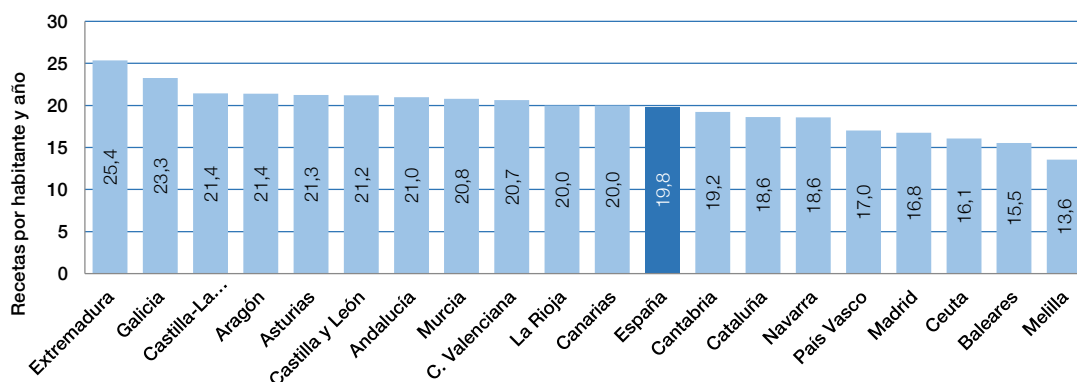
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En 2015 Extremadura se sitúa con el mayor consumo de recetas por habitante (25,4 recetas), seguido de Galicia y Castilla-La Mancha (23,3 y 21,4 recetas respectivamente). Presentan las cifras más bajas de recetas por habitante Melilla, Baleares y Ceuta con 13,6, 15,5 y 16,1 respectivamente.

Gráfico 6-17 Consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015



Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.7 Consumo por grupos de facturación

Del total de recetas médicas oficiales del SNS facturadas en oficinas de farmacia, los medicamentos son el grupo de la prestación farmacéutica de mayor consumo: representan el 98% de los envases facturados y el 95% del importe a PVP. Los productos sanitarios constituyen el 1,9% de los envases y el 4,1% del importe facturado. El resto corresponde a la facturación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.

6.2.8 Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

6.2.8.1 En relación a los envases facturados

Los quince subgrupos farmacológicos ATC4 con mayor consumo en número de envases a través de la facturación de recetas médicas oficiales del SNS en oficinas de farmacia en 2015, suponen casi el 50% del total de unidades vendidas de medicamentos.

El subgrupo de mayor consumo en número de envases es el de los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) que representa un 7,7% del total, aunque ha descendido su facturación un 2% sobre 2014. Este subgrupo tiene una elevada Dosis por Habitante y Día (DHD) 120,3, parámetro que proporciona la estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día una Dosis Diaria Definida (DDD) de este subgrupo. De los inhibidores de la bomba de protones disponibles en el mercado, el Omeprazol es el más consumido con un 77% sobre el total del subgrupo A02BC, siendo el principio activo que mayor número de envases factura en oficinas de farmacia.

El segundo subgrupo, Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), con un 6,3% del total de envases, comprende los fármacos de elección para tratamiento de la hipercolesterolemia y ha tenido un crecimiento en su consumo desde 2014 de un 1,9%. La DHD de este grupo de medicamentos es 97,2, conforme con la prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos. De los fármacos de este subgrupo actualmente comercializados en España, los de mayor consumo son la Simvastatina y Atorvastatina, que representan respectivamente el 46,0% y el 37,0% del consumo total de este subgrupo y ocupan el tercer y quinto puesto de los principios activos de mayor consumo.

Entre los Analgésicos y Antipiréticos, las Pirazolonas (N02BB) tienen el mayor incremento en envases de los quince subgrupos de mayor consumo (9,9%), así pues el Metamizol sódico, único principio activo financiado de este subgrupo, se sitúa en el sexto puesto de los principios activos de mayor consumo.

Tabla 6-15 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Envases (millones)	% envases sobre total	% Δ envases 2015/14	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC	Antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones	70,4	7,7	-2,0	120,3	391,1	0,2
C10AA	Hipolipemiantes: inhibidores de la HMG CoA reductasa	57,9	6,3	1,9	97,2	535,9	0,3
N05BA	Ansiolíticos: derivados de la benzodiazepina	52,0	5,7	-0,3	55,7	97,5	0,1
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	39,7	4,3	4,1	24,6	91,8	0,2
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	31,6	3,5	-0,8	55,2	155,3	0,2
M01AE	Antiinflamatorios: derivados del ácido propiónico	27,8	3,0	-3,9	26,9	94,7	0,2
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	22,9	2,5	1,9	67,3	77,2	0,1
N02BB	Analgésicos y antipiréticos: Pirazolonas	20,2	2,2	9,9	4,5	45,2	0,6
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	20,9	2,3	0,6	52,7	291,7	0,3
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	19,2	2,1	1,5	47,4	174,4	0,2
N02AX	Analgésicos: otros opioides	18,5	2,0	0,4	8,9	145,9	1,0
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	17,4	1,9	0,8	28,8	268,5	0,5
A10BA	Hipoglucemiantes: Biguanidas	16,8	1,8	0,2	21,2	33,0	0,1
C03CA	Diuréticos de techo alto: Sulfonamidas, monofármacos	15,1	1,7	1,5	21,7	40,5	0,1
C07AB	Agentes beta- bloqueantes selectivos	15,3	1,7	8,5	17,7	49,7	0,2
% sobre el total		-	48,7	-	-	-	-

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. DHD: Dosis habitante día. PVP-IVA= Precio Venta al Público-Impuesto Valor Añadido. CTD: Coste tratamiento día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.8.2 En relación al importe facturado

De los quince primeros subgrupos que tienen el mayor consumo en importe en 2015, que representan el 45,0% del total del importe facturado en medicamentos a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, el subgrupo que mayor importe factura es el de los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), 535,9 millones de euros (un 4,9% del total), y tiene un coste tratamiento día (CTD), que indica el importe real de la DDD de este subgrupo, de 0,3 euros. Ha tenido un incremento sobre el año anterior de un 4,7%.

Tabla 6-16 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% importe sobre total	% Δ Importe 2015/14	DHD	Número envases (millones)	CTD (euros)
C10AA	Hipolipemiantes: inhibidores de la HMG CoA reductasa	535,9	4,9	4,7	97,2	57,9	0,3
R03AK	Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos	531,6	4,9	-1,0	15,0	8,5	2,1
A10BD	Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	417,4	3,8	9,2	11,3	6,6	2,2
N03AX	Otros antiepilépticos	416,2	3,8	-16,3	11,2	11,6	2,2
A02BC	Antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones	391,1	3,6	-1,7	120,3	70,4	0,2
N05AX	Otros antipsicóticos	343,0	3,2	-8,2	4,2	3,3	4,9
A10AE	Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección	307,8	2,8	5,9	8,8	4,0	2,1
N06AX	Otros antidepresivos	299,4	2,8	-11,9	23,2	15,3	0,8
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	291,7	2,7	-5,2	52,7	20,9	0,3
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	268,5	2,5	-1,8	28,8	17,4	0,5
B01AB	Antitrombóticos: grupo de la heparina	257,7	2,4	5,8	6,0	2,9	2,6
G04CA	Fármacos para hipertrófia prostática benigna: Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	230,4	2,1	9,2	18,4	10,3	0,7
R03BB	Broncodilatadores inhalatorios: Anticolinérgicos	221,5	2,0	-4,2	12,7	6,3	1,0
N02AB	Analgésicos opioides: derivados de la fenilpiperidina	177,9	1,6	9,9	2,4	3,4	4,4
N05AH	Antipsicóticos: Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	174,1	1,6	2,5	5,3	4,9	2,0
% sobre Total		-	44,7	-	-	-	-

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. PVP-IVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos. DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste/ Tratamiento/Día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

El segundo subgrupo es el R03AK (Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos) para el tratamiento del asma y EPOC, factura 531,6 millones de euros, y ha tenido un descenso sobre 2014 del -1%.

El subgrupo que experimenta un mayor crecimiento con respecto a 2014 es el N02AB (Analgésicos opioides: Derivados de la fenilpiperidina), que prácticamente todo su consumo se centra en el Fentanilo, que ocupa la séptima posición en el consumo por ATC5.

El subgrupo N03AX (Otros antiepilépticos) es el que tiene el mayor descenso en el importe facturado, un 16,3%, debido a la incorporación en la financiación en enero de 2015 de las presentaciones genéricas de pregabalina y la creación de sus agrupaciones homogéneas. Asimismo los subgrupos: Otros antidepresivos (N06AX) y Otros antipsicóticos (N05AX), disminuyen en un 11,9% y 8,2%, debido a la incorporación de presentaciones genéricas de Duloxetina y Aripiprazol respectivamente.

6.2.9 Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)

6.2.9.1 En relación a los envases facturados

Los quince principios activos con mayor número de envases facturados representan el 33,5% del total de envases de medicamentos. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo (54 millones de envases), con un 5,9% del total de envases facturados, aunque en 2015 se produce un descenso del 2,5%. Con una DHD de 97,4, está considerado el fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, y tiene un bajo CTD, 0,1euros.

El Paracetamol ocupa la segunda posición con el 4% del total y con un incremento de los envases facturados respecto al año anterior de un 3,2%.

La Simvastatina ocupa el tercer puesto con el 2,9% del total; puede considerarse el fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, su CTD es de 0,1euros, frente a los 0,3 euros de la otra estatina (Atorvastatina, que aparece en la quinta posición.

El Ibuprofeno tiene el mayor descenso (9,6%) de los 15 principios activos con mayor número de envases facturados, y el Bisoprolol es más elevado (14%).

Los quince principios activos con mayor número de envases facturados tienen CTD moderados, entre 0,04 y 0,7 euros, ya que todos están incluidos desde hace años en el sistema de precios de referencia y en agrupaciones homogéneas.

Tabla 6-17 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2015

Principio Activo ATC5		Envases (millones)	% envases sobre total	% Δ envases 15/14	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC01	Omeprazol	54,0	5,9	-2,5	97,4	139,2	0,1
N02BE01	Paracetamol	36,5	4,0	3,2	23,9	82,6	0,2
C10AA01	Simvastatina	26,4	2,9	0,6	30,1	39,9	0,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiangregante)	26,0	2,8	0,2	45,8	43,2	0,1
C10AA05	Atorvastatina	21,2	2,3	5,3	49,8	277,5	0,3
N02BB02	Metamizol sódico	20,2	2,2	9,9	4,5	45,2	0,6
N05BA06	Lorazepam	17,3	1,9	0,6	21,9	28,5	0,1
A10BA02	Metformina	16,8	1,8	0,2	21,2	33,0	0,1
M01AE01	Ibuprofeno	16,6	1,8	-9,6	14,5	38,8	0,2
C09AA02	Enalapril	14,5	1,6	1,9	41,9	27,1	0,04
N02AX52	Tramadol, combinaciones	13,8	1,5	-1,5	5,4	66,5	0,7
N05BA12	Alprazolam	12,3	1,3	-0,6	15,9	30,7	0,1
C07AB07	Bisoprolol	10,8	1,2	14,0	8,5	28,8	0,2
C03CA01	Furosemida	10,3	1,1	4,8	17,9	23,0	0,1
N05CD06	Lormetazepam	9,8	1,1	1,7	21,2	21,7	0,1
% sobre total			33,5				

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. DHD: Dosis habitante día.

CTD: Coste/Tratamiento/Día. PVP-IVA= Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.9.2 En relación al importe facturado

Los quince principios activos que mayor importe facturan en 2015 representan el 24,0% del PVP-IVA total facturado en medicamentos. El hipolipemiente Atorvastatina ocupa el primer lugar de facturación en importe, con 277,5 millones de euros y tienen un incremento sobre 2014 del 7,4%. Este principio activo se sitúa en el orden en envases facturados en el quinto puesto.

Las combinaciones de Salmeterol-fluticasona y Formoterol-budesonida para el tratamiento del asma y EPOC, ocupan la segunda y sexta posición.

El antiepiléptico Pregabalina es el principio activo de los quince que disminuye más su facturación en importe respecto a 2014, un 37,8%, debido a que en 2015 se han introducido las primeras presentaciones genéricas que han promovido una bajada del precio de estos medicamentos. El antidepresivo Duloxetina asimismo reduce su facturación un 29,3%, ya que igualmente se incluyeron presentaciones genéricas de este principio activo en 2015.

De los principios activos de mayor consumo en importe, solo dos coinciden con los quince de mayor consumo en envases: la Atorvastatina y el Omeprazol.

El antipsicótico Paliperidona es el principio activo de los quince con mayor CTD, 7,6 euros.

Los CTD de estos principios activos son más elevados por envases que los de los quince, ya que para la mayoría de estos principios activos no se han podido formar conjuntos de referencia que contribuyen a una bajada de los precios.

Tabla 6-18 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2015

Principio Activo ATC5		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% sobre total importe	% Δ 15/14	DHD	Envases (millones)	CTD (euros)
C10AA05	Atorvastatina	277,5	2,4	7,4	49,8	21,2	0,3
R03AK06	Salmeterol y fluticasona	248,4	2,2	-14,6	6,4	3,6	2,3
A10AE04	Insulina glargina	238,7	2,1	7,8	6,9	3,1	2,0
A10BD07	Metformina y sitagliptina	203,4	1,8	7,2	5,5	3,3	2,2
N05AX13	Paliperidona	187,2	1,6	5,1	1,5	0,7	7,6
R03AK07	Formoterol y budesonida	183,9	1,6	0,7	5,2	2,9	2,1
N02AB03	Fentanilo	177,7	1,6	9,9	2,4	3,4	4,4
B01AB05	Enoxaparina	169,8	1,5	5,1	4,5	2,1	2,2
N03AX16	Pregabalina	167,8	1,5	-37,8	4,3	4,8	2,3
A10BD08	Metformina y vildagliptina	166,6	1,5	6,5	4,5	2,5	2,2
R03BB04	Tiotropio bromuro	158,8	1,4	-7,4	5,7	3,2	1,6
A02BC01	Omeprazol	139,2	1,2	-1,3	97,4	54,0	0,1
C10AA07	Rosuvastatina	132,0	1,2	4,7	9,2	4,7	0,8
G04CA52	Tamsulosina y dutasterida	127,3	1,1	8,1	5,8	3,3	1,3
N06AX21	Duloxetina	112,9	1,0	-29,3	5,1	3,8	1,3
% sobre el total			23,6				

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA: Precio Venta al Público – Impuesto sobre el Valor Añadido DHD: Dosis Habitante Día. CTD: Coste Tratamiento Día.

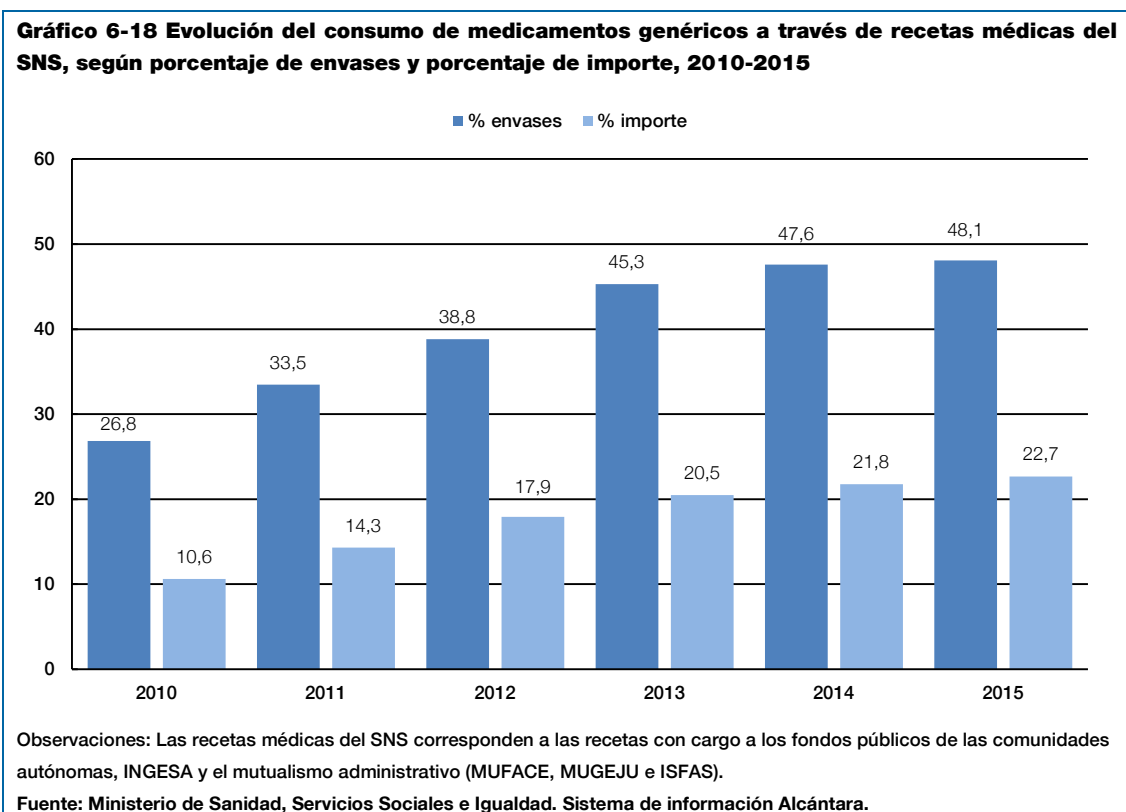
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.10 Consumo de medicamentos genéricos

A través de políticas de fomento del uso de medicamentos genéricos se ha promovido una creciente incorporación de estos medicamentos en la prescripción médica, impulsando así un mayor consumo de los mismos.

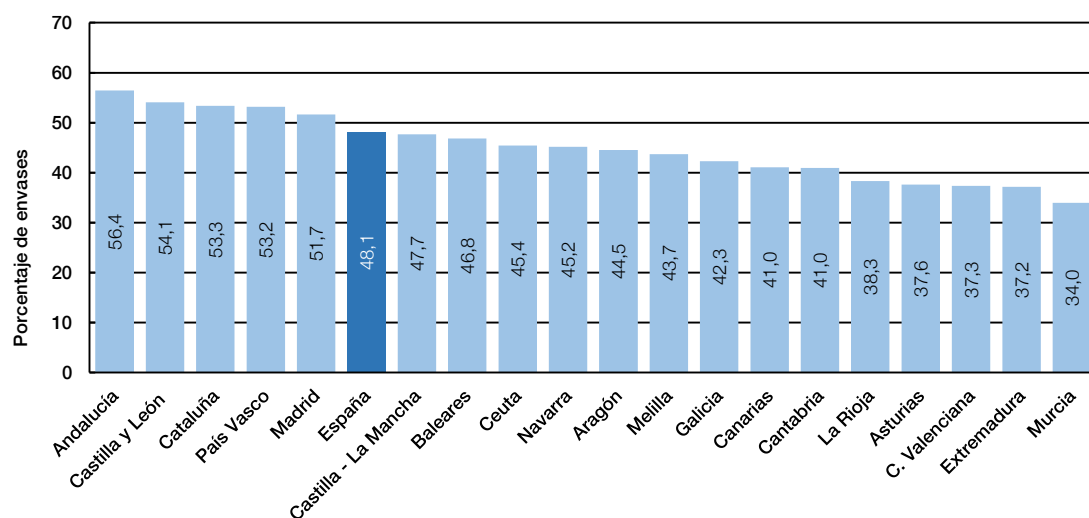
En el año 2015 el consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia en el conjunto del SNS (comunidades autónomas, INGESA y mutualismo administrativo), es del 48,1% del total de envases de medicamentos facturados. En relación al importe facturado es del 22,7%, porcentaje inferior al de los envases debido a que los precios de los medicamentos genéricos son más bajos.

La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha ido creciendo año a año. En el análisis de los últimos seis años, los genéricos aumentan su presencia en el consumo de envases en un 80%, pasando de un 26,8% en 2010 a un 48,1% en 2015. En importe, este aumento es un 114% más, incrementándose del 10,6% al 22,7%.



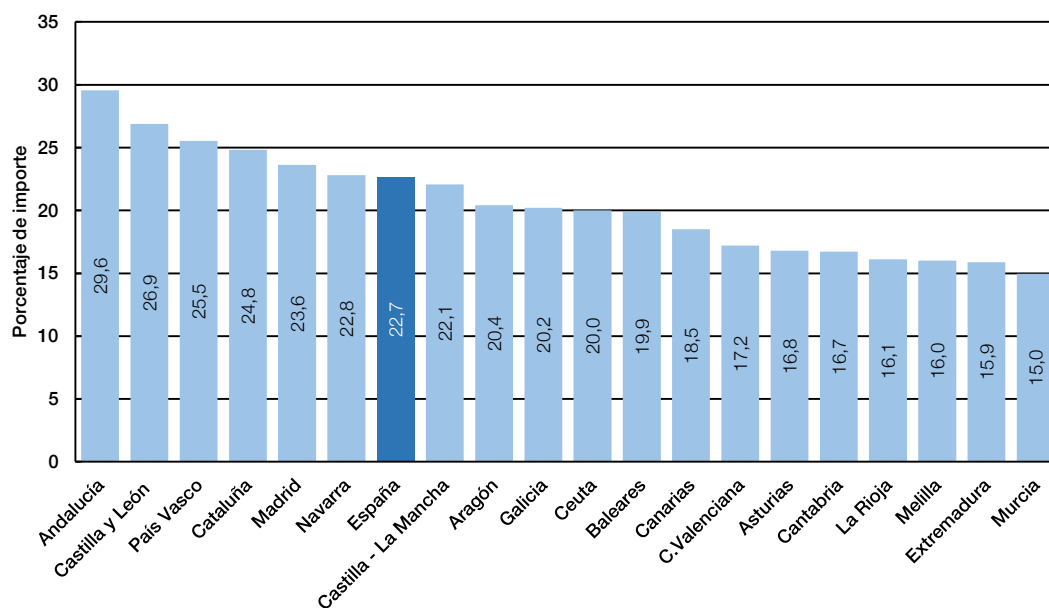
Por comunidades autónomas, Andalucía y Castilla y León, son las que tienen los mayores porcentajes de consumo de envases e importe de genéricos respecto al total de medicamentos en el año 2015, seguidas de Cataluña, País Vasco y Madrid, que se sitúan también en ambos indicadores por encima de la media nacional.

Gráfico 6-19 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Gráfico 6-20 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Los quince principios activos con mayor número de envases de genéricos facturados representan el 55,5% del total de envases genéricos. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo de envases de presentaciones genéricas (48,2 millones de envases), que suponen el 89,4% del consumo total de envases facturados (genéricos y no genéricos).

Los principios activos que más envases facturan de medicamentos genéricos coinciden prácticamente con los del consumo total.

Simvastatina y Amlodipino, son los que tienen mayor consumo de genéricos sobre el total (98,1% y 94,8% respectivamente).

Tabla 6-19 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases genéricos, 2015

Principio Activo ATC5		Envases (millones)	Orden según consumo total (genéricos y no genéricos)	% de consumo genérico sobre total
A02BC01	Omeprazol	48,2	1	89,4
N02BE01	Paracetamol	32,3	2	88,5
C10AA01	Simvastatina	25,9	3	98,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	22,0	4	84,6
C10AA05	Atorvastatina	17,8	5	84,0
A10BA02	Metformina	15,6	8	92,5
M01AE01	Ibuprofeno	14,5	9	87,2
N05BA06	Lorazepam	11,3	7	65,0
N02BB02	Metamizol sódico	10,5	6	52,3
C09AA02	Enalapril	10,2	10	70,7
C08CA01	Amlodipino	8,8	16	94,8
N05CD06	Lormetazepam	6,9	15	70,8
C03CA01	Furosemida	6,8	14	65,9
C07AB07	Bisoprolol	6,7	13	62,0
N05BA12	Alprazolam	6,5	12	53,1
% s/Total		55,5		

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Los quince principios activos con mayor facturación en importe de presentaciones genéricas representan el 39,4% del total del importe de genéricos. La Atorvastatina es el principio activo de mayor facturación en presentaciones genéricas (236,8 millones de euros), que suponen el 85,3% del importe total facturado (genéricos y no genéricos).

Tan solo dos principios activos de mayor consumo en importe de genéricos coinciden con los quince de mayor consumo total (genéricos y no genéricos): Atorvastatina y Omeprazol.

El antidepresivo Escitalopram y el hipolipemiante Simvastatina, son los que tienen mayor facturación en importe de genéricos sobre el total facturado (99,2% y 98,2% respectivamente).

Tabla 6-20 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe de genéricos, 2015

Principio Activo ATC5		Importe PVPIVA (millones euros)	Orden según consumo total (genéricos y no genéricos)	% de consumo genérico sobre total
C10AA05	Atorvastatina	236,8	1	85,3
A02BC01	Omeprazol	117,4	12	84,3
A02BC02	Pantoprazol	82,4	18	79,9
N02BE01	Paracetamol	72,4	23	87,7
N06AB10	Escitalopram	71,0	29	99,2
N05AH04	Quetiapina	54,2	26	68,6
B01AC04	Clopidogrel	51,3	36	75,0
C09CA03	Valsartán	47,9	39	71,4
N05AH03	Olanzapina	42,2	25	53,1
N06DX01	Memantina	42,2	24	51,1
J01CR02	Amoxicilina e inhibidores de la beta-lactamasa	41,8	48	66,8
N03AX14	Levetiracetam	41,4	17	38,7
C09DA03	Valsartán y diuréticos	39,9	50	65,2
C10AA01	Simvastatina	39,2	76	98,2
N06DA02	Donepezilo	37,0	45	57,2
% sobre Total		39,4	-	-

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo PVPIVA= Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6.2.11 Consumo de productos sanitarios

En 2015 el consumo de productos sanitarios a través de recetas médicas supone un volumen de 17,4 millones de envases, con una facturación de 487 millones de euros. Los productos sanitarios incrementan su consumo en 2015 respecto a 2014 en un 3,1% en la facturación de envases y en un 2,7% en relación al importe. El grupo de medias de compresión fuerte, presenta elevados incrementos de consumo en envases y en importe respecto a 2014 (12,4% y 11,3% respectivamente).

Los absorbentes para la incontinencia de orina tienen la mayor facturación en envases e importe (42,8% y 59,3% respectivamente). Los apósitos estériles ocupan la segunda posición en la facturación en envases y en importe descienden a la tercera posición. Los productos de ostomía se sitúan en el segundo puesto en importe y en el cuarto en número de envases facturados.

Tabla 6-21 Consumo de productos sanitarios por grupo, según envases, 2015

Grupo	Envases (millones)	% sobre el total	% Δ 2015/14
Absorbentes incontinencia orina	7,5	42,8	1,6
Apósitos estériles	2,4	13,7	1,4
Algodón, vendas, gasas, esparadrapo	2,1	11,9	-0,6
Productos de ostomía	2,1	11,8	7,3
Otros	1,1	6,4	8,9
Medias compresión fuerte	1,0	5,9	12,4
Bolsas de recogida de orina y colectores	0,8	4,8	2,9
Sondas Vesicales	0,5	2,8	2,7
Total	17,4	100,0	3,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Tabla 6-22 Consumo de productos sanitarios por grupo, según importe, 2015

Grupo	Importe PVPIVA (millones de euros)	% sobre total	% Δ 2015/14
Absorbentes incontinencia orina	288,9	59,3	1,6
Productos de ostomía	98,3	20,2	5,4
Apósitos estériles	37,6	7,7	-0,9
Sondas vesicales	18,6	3,8	6,8
Bolsas de recogida de orina y colectores	16,2	3,3	2,4
Medias compresión fuerte	10,7	2,2	11,3
Algodón, vendas, gasa, esparadrapo	8,6	1,8	-1,6
Otros	8,0	1,6	13,6
Total	487,0	100,0	2,7

Observaciones: PVPIVA= Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6.2.12 Ventas de laboratorios farmacéuticos ofertantes

Los medicamentos facturados en 2015 al SNS a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden a un total de 360 laboratorios farmacéuticos ofertantes.

En relación a los envases facturados, el 27,6% pertenecen a 5 laboratorios. El top-10 de los laboratorios agrupa el 40,3% de la facturación, mientras que los 50 primeros laboratorios el 80,1%.

En relación al importe, el 22,2% de toda la facturación está concentrada en 5 laboratorios. El top-10 de los laboratorios representa el 37,2% del total de los medicamentos, y los 50 primeros laboratorios suponen el 81,9% del total.

El orden de los laboratorios en facturación por envases no tiene por qué coincidir en importe.

Tabla 6-23 Ventas de medicamentos por laboratorios ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015

	Envases facturados (millones)	% sobre el total	Importe PVP IVA facturado (millones euros)	% sobre el total
5 Primeros laboratorios	252,3	27,6	2.529,6	22,2
10 Primeros laboratorios	369,3	40,3	4.247,2	37,2
20 Primeros laboratorios	520,9	56,9	6.424,7	56,3
30 Primeros laboratorios	620,5	67,8	7.769,6	68,1
40 Primeros laboratorios	685,7	74,9	8.653,2	75,9
50 Primeros laboratorios	733,4	80,1	9.337,8	81,9
Total general (360 laboratorios)	915,5	100,0	11.403,6	100,0

Observaciones: PVP IVA= Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6.2.13 Ventas de ofertantes de productos sanitarios

En el año 2015, los productos sanitarios facturados a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden a 142 empresas ofertantes.

En relación a los envases facturados, el 54% del total pertenecen a 5 ofertantes. El top-10 de los ofertantes agrupa el 75,8% del total de envases y los 25 primeros el 95,2%.

En relación al importe, tan solo cinco ofertantes suponen el 71,9% del total y el 98,6% del importe corresponde a 25 ofertantes.

Tabla 6-24 Ventas de productos sanitarios por ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015

	Envases facturados (millones)	% sobre el total	Importe PVPIVA facturado (millones euros)	% sobre el total
5 Primeros ofertantes	9,4	54,0	350,0	71,9
10 Primeros ofertantes	13,2	75,8	429,0	88,1
15 Primeros ofertantes	14,8	84,7	460,7	94,6
20 Primeros ofertantes	15,8	90,7	473,3	97,2
25 Primeros ofertantes	16,6	95,2	480,1	98,6
Total general (142 ofertantes)	17,4	100%	487,0	100%

Observaciones: PVPIVA= Precio Venta al Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6.3 Prestación farmacéutica hospitalaria

La información 2015 del gasto en medicamentos⁸⁸ efectuados por los Servicios de Farmacia de la red pública hospitalaria del SNS que se proporciona en este apartado se refiere a datos de gasto a precio industrial (PVL) obtenidos de la información de consumo procedente de las comunidades

⁸⁸ Datos provisionales de facturación. Aún no está finalizado el desarrollo completo del sistema de información sobre consumo de medicamentos a nivel hospitalario, que nos permitirá conocer más a fondo y analizar la evolución del consumo de forma sistematizada en la red pública de centros hospitalarios del SNS.

autónomas e INGESA, y calculado en base al PVL que consta para cada medicamento en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.3.1 Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

Los quince subgrupos de mayor consumo a PVL de medicamentos en hospitales representan más del 67,0% del gasto total.

El subgrupo Otros antivirales (J05AX) donde se encuentran incluidos entre otros, principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, ocupa la primera posición con un porcentaje del 18,3% sobre el total del consumo y ha tenido un incremento muy elevado en 2015. El segundo subgrupo es el de los Inmunosupresores: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (L04AB), cuyos medicamentos se utilizan principalmente para la artritis reumatoide, representan el 9,7% del total. Otros 3 subgrupos de Inmunosupresores, el L04AA (Inmunosupresores selectivos), L04AC (Inhibidores de la interleucina) y L04AX (Otros inmunosupresores) se encuentran también entre los quince subgrupos ATC4 de mayor consumo a PVL.

Entre los subgrupos de mayor gasto figuran asimismo los antivirales J05AR y J05AE, para el tratamiento de la infección por VIH y algunos de ellos también para el tratamiento de la hepatitis C.

El tercer y quinto puesto, lo ocupan los subgrupos para el tratamiento antineoplásico L01XC (Anticuerpos monoclonales) y L01XE (Inhibidores directos de la protein-quinasa).

El subgrupo de los Interferones (L03AB), con una gran variedad de indicaciones terapéuticas (tratamiento de algunos tipos de leucemias por linfomas, esclerosis múltiple y hepatitis C, entre otros), reducen su gasto en 2015 en un 12,3%.

Tabla 6-25 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Gasto PVL (millones de euros)	% PVL sobre el total	% Δ 2014/13
J05AX	Otros antivirales	1361,7	18,3	1303,8
L04AB	Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)	719,6	9,7	6,0
L01XC	Anticuerpos monoclonales	497,8	6,7	12,9
J05AR	Combinación de antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH	457,0	6,2	12,8
L01XE	Inhibidores directos de la protein-quinasa	353,4	4,8	12,5
J05AE	Inhibidores de proteasa	295,3	4,0	30,1
L04AA	Inmunosupresores selectivos	233,0	3,1	32,3
B03XA	Otros preparados antianémicos	184,2	2,5	12,2
B02BD	Factores de la coagulación sanguínea	182,7	2,5	7,6
L03AB	Interferones	165,2	2,2	-12,3
J06BA	Inmunoglobulinas humanas normales	120,6	1,6	12,7
L04AC	Inhibidores de la interleucina	118,1	1,6	21,8
L04AX	Otros inmunosupresores	114,2	1,5	40,3
A16AB	Enzimas	112,4	1,5	12,0
R03DX	Otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias, inhalatorios para uso sistémico	85,8	1,2	23,8
% sobre el Total			67,4	

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. PVL = Precio Venta Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las CCAA e INGESA.

6.3.2 Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)

Los quince primeros principios activos de mayor consumo en hospitales representan el 39,0% del gasto total en medicamentos.

En el primer, segundo, cuarto y séptimo puesto se sitúan principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, que se incluyeron en la financiación pública en 2014 y 2015 y que han tenido un gasto muy importante en 2015.

También en las primeras posiciones se sitúan los inmunosupresores Adalimumab, Etanercept e Infliximab, utilizados mayoritariamente en patologías como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn y psoriasis. Asimismo figuran 4 principios activos utilizados para el tratamiento antineoplásico, Trastuzumab, Rituximab, Bevacizumab e Imatinib.

Para el tratamiento de la infección por VIH aparece en la Tabla Tenofovir disoproxilo y emtricitabina (J05AR03), que decrece sobre 2014 en un 5,7%.

Tabla 6-26 Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2015

Principio activo ATC5		Gasto PVL (millones de euros)	% sobre total PVL	% Δ 2015/14
J05AX65	Sofosbuvir y Ledipasir	557,8	7,5	-
J05AX15	Sofosbuvir	364,2	4,9	-
L04AB04	Adalimumab	303,7	4,1	8,2
J05AX67	Ombitasvir, Paritaprevir y Ritonavir	230,2	3,1	-
L04AB01	Etanercept	174,0	2,3	1,6
L04AB02	Infliximab	170,7	2,3	-1,8
J05AE14	Simeprevir	162,3	2,2	547,7
L01XC03	Trastuzumab	135,7	1,8	2,9
L01XC02	Rituximab	121,0	1,6	5,4
L01XC07	Bevacizumab	118,1	1,6	8,8
J06BA02	Inmunoglobulinas hum. Norm. adm. Intravascular	118,0	1,6	16,8
L01XE01	Imatinib	115,7	1,6	1,6
L03AB07	Interferon beta-1a	112,8	1,5	-3,6
J05AR03	Tenofovir disoproxilo y emtricitabina	112,5	1,5	-5,7
B02BD02	Factor VIII de la coagulación	106,0	1,4	-0,9
% sobre el Total			39,0	

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVL= Precio Venta Laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las comunidades autónomas e INGESA.

De los medicamentos que contienen los quince principios activos de mayor consumo, siete de ellos están calificados de Uso hospitalario (UH) (sólo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados). Los demás, Sofosbuvir, Simeprevir, las asociaciones de Sofosbuvir, y Ledipasvir, y Ombitasvir, Paritaprevir y Ritonavir, así como Adalimumab, Etanercept e Imatinib, están calificados de Diagnóstico hospitalario (DH) y tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del SNS, consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales.

6.4 Consumo medicamentos huérfanos

Los medicamentos huérfanos son aquellos destinados especialmente para el tratamiento de determinadas enfermedades raras (tienen una prevalencia baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes). El problema para los pacientes con estas patologías es la dificultad del acceso a tratamientos, ya que la investigación de estas enfermedades es dificultosa debido a la falta de rentabilidad por los pocos casos existentes. Así pues, con el fin de amparar el derecho a la protección de la salud de estos pacientes, las administraciones sanitarias están favoreciendo que la industria farmacéutica fomente la investigación, el desarrollo y la comercialización de medicamentos para los tratamientos de estas enfermedades poco frecuentes.

La mayoría de los medicamentos huérfanos, por sus especiales características, exigen una particular vigilancia y control y requieren un correcto seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, por lo que están calificados como medicamentos de uso hospitalario (UH), o como medicamentos de dispensación hospitalaria (DH).

En la prestación farmacéutica del SNS a 31 de diciembre de 2015 hay incluidos 59 principios activos autorizados en 107 presentaciones de medicamentos huérfanos, independientemente de su comercialización. De estos, 48 principios activos (80 presentaciones) son de UH, y 11 principios activos (27 presentaciones) de DH. A su vez de estos 11 principios activos, únicamente 5 (10 presentaciones) pueden ser dispensados en oficinas de farmacia, ya que los 6 restantes (17 presentaciones) tienen establecidas para su financiación en el SNS reservas singulares y sólo pueden dispensarse en el ámbito hospitalario.

En el año 2015 se han incorporado por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS, los siguientes nuevos principios activos como medicamentos huérfanos.

Tabla 6-27 Nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica del SNS como medicamentos huérfanos en 2015

Principio activo ATC5	
A05AA03	Ácido cólico
C02KX04	Macitentan
C02KX05	Riociguat
L01XC15	Obinutuzumab
L01XC21	Ramucirumab
L01XE18	Ruxolitinib
L01XE31	Nintedanib

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

El gasto de los medicamentos huérfanos a nivel hospitalario en 2015 ha supuesto un importe de 550,4 millones de euros, que representa sobre el total del gasto hospitalario un 7,4%. En 2015 ha habido un mayor gasto de estos medicamentos en relación a 2014 (17,5%). Los primeros 15 principios activos de mayor consumo representan el 79,9% del total del gasto de los medicamentos huérfanos.

La Lenalidomida para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple y síndrome mielodisplásico, es el principio activo de mayor gasto; fue comercializado a finales de 2011 y su consumo va creciendo anualmente. En segundo lugar se sitúa el Bosentano para la hipertensión pulmonar y su consumo decrece un -3% ya que posteriormente se han comercializado otros fármacos para esa misma indicación, como son el Sildenafil y Ambrisentan. En el tercer puesto se sitúa el inmunosupresor Eculizumab con un incremento del gasto del 26,2%, debido a que es el

único medicamento con estudios específicos aprobados para las indicaciones de hemoglobinuria paroxística nocturna y síndrome hemolítico-urémico atípico.

Entre los primeros puestos se sitúan también otros agentes antineoplásicos: Nilotinib, Dasatinib y Sorafenib y Ruxolitinib, este último con un crecimiento muy elevado.

Asimismo, entre los 15 principios activos aparecen 2 enzimas para patologías metabólicas hereditarias, Alglucosidasa Alfa y Idursulfasa que registran incrementos respecto a 2014, ya que son la única terapia posible al sustituir la enzima deficitaria correspondiente a cada patología.

El inmunosupresor Pomalidomida, comercializado en 2014, tiene un aumento del gasto en 2015 del 236,1%.

Tabla 6-28 Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2015

Principio activo - ATC 5		Gasto PVL 2015 (millones de euros)	Gasto PVL 2014 (millones de euros)	% 2015/14
L04AX04	Lenalidomida	85,7	76,0	12,8
C02KX01	Bosentano	58,7	60,5	-3,0
L04AA25	Eculizumab	55,9	44,3	26,2
L01BC07	Azacitidina	35,5	33,7	5,3
L01XE08	Nilotinib	30,3	27,5	10,2
L01XE06	Dasatinib	27,2	25,8	5,4
L01XE05	Sorafenib	22,3	24,7	-9,7
A16AB07	Alglucosidasa alfa	21,5	19,1	12,6
N04BA02	Levodopa con inhibidor de la descarboxilasa	20,7	17,1	21,1
A16AB09	Idursulfasa	19,0	18,3	3,8
G04BE03	Sildenafil	13,7	14,5	-5,5
B02BX04	Romiplostim	12,5	11,3	10,6
L01XE18	Ruxolitinib	12,3	0,2	6050,0
L04AX06	Pomalidomida	12,1	3,6	236,1
C02KX02	Ambrisentán	11,9	10,3	15,5
% sobre total principios activos huérfanos		79,9		
Total principios activos huérfanos		550,4	468,3	17,5

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVL = Precio Venta Laboratorio.

Ordenado de mayor a menor según la columna de Gasto PVL 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las comunidades autónomas e INGESA.

Los datos de consumo de medicamentos huérfanos facturados en 2015 a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden únicamente a 4 principios activos, todos ellos de diagnóstico hospitalario, han supuesto 0,05 millones de envases y 21,5 millones de euros. Deferasirox es el de mayor consumo en envases e importe, se utiliza para el tratamiento de sobrecarga de hierro debido a transfusiones sanguíneas. Los citostáticos Anagrelida y Mitotano en el segundo y cuarto puesto, y el antiepiléptico Rufinamida se sitúa en la tercera posición.

Tabla 6-29 Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2015

Principio activo ATC5		Envases (Millones)	% Δ envases 2015/14	Importe PVP-IVA (Millones euros)	% Δ importe 2015/14
V03AC03	Deferasirox	0,02	0,7	11,1	1,6
L01XX35	Anagrelida	0,02	8,8	7,4	8,8
N03AF03	Rufinamida	0,01	-2,7	2,1	0,2
L01XX23	Mitotano	0,001	3,0	0,8	3,0
Total		0,05		21,5	

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA= Precio Venta Público-Impuesto sobre el Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

7 Gasto Sanitario

Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto total del sistema sanitario español, entendido como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, asciende en el año 2014 a 95.722 millones de euros (66.826 millones financiados por el sector público y 28.895 millones financiados por el sector privado).

La media anual de crecimiento del gasto sanitario total en el periodo 2010-2014 ha sido de un 1,1% menos. El gasto sanitario público ha presentado una tasa del -2,8%, mientras que el gasto privado ha crecido de media un 3,8% anual.

Tabla 7-1 Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros					
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722
Gasto sanitario público	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Gasto sanitario privado	24.912	25.930	26.963	27.334	28.895
Porcentaje sobre PIB					
% Gasto sanitario total	9,2	9,3	9,2	9,1	9,2
% Gasto sanitario público	6,9	6,8	6,6	6,5	6,4
% Gasto sanitario privado	2,3	2,4	2,6	2,7	2,8
Euros por habitante					
Gasto sanitario total	2.149	2.125	2.054	2.009	2.058
Gasto sanitario público	1.613	1.569	1.478	1.424	1.437
Gasto sanitario privado	536	556	576	585	621

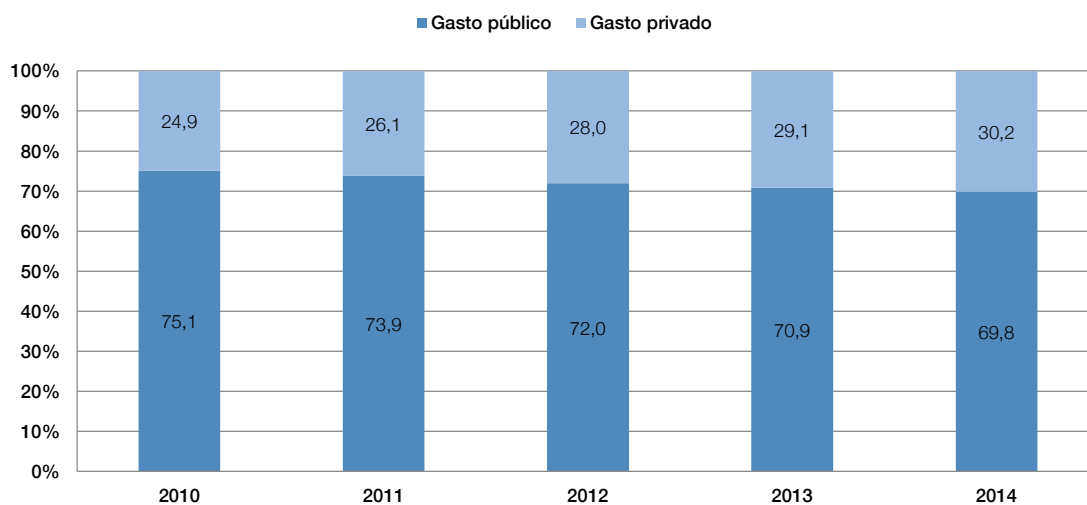
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En 2014 el gasto sanitario representa un 9,2% del producto interior bruto (PIB), un 6,4% financiado con recursos públicos y un 2,8% con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total ha disminuido de 2.149 euros por habitante en el año 2010 a 2.058 euros por habitante en 2014, lo que supone un decremento anual medio del 1,1% en el quinquenio.

En el período 2010-2014, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario ha bajado 5,2 puntos porcentuales, ya que ha pasado de un 75,1% en 2010 a un 69,8% en 2014.

Gráfico 7-1 Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.1 Gasto sanitario total según función

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, que en el año 2014 alcanza 55.393 millones de euros, absorbe más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 7-2 Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	56.156	56.773	55.627	53.553	55.393
Servicios de atención de larga duración	9.372	9.069	8.949	8.665	8.678
Servicios auxiliares de atención de la salud	5.006	5.025	4.808	4.550	4.700
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.764	21.227	20.313	21.209	21.074
Servicios de prevención y de salud pública	2.264	2.124	1.983	1.893	1.875
Administración de la salud y los seguros médicos	2.867	3.076	3.089	2.831	2.814
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.470	1.873	1.405	1.156	1.188
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Así, en 2014, un 57,9% del gasto sanitario total se destina a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Le siguen en importancia el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 22,0%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 9,1%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supone un 4,9% del gasto sanitario total.

El peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud durante el período 2010-2014 ha evolucionado de manera diferente: mientras que los gastos en servicios de asistencia

curativa y de rehabilitación y en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios se han incrementado 1,7 puntos porcentuales y 0,2 puntos porcentuales, respectivamente, los gastos en servicios de atención de larga duración y en servicios auxiliares de atención de la salud han bajado 0,3 puntos porcentuales y 0,1 puntos porcentuales, respectivamente.

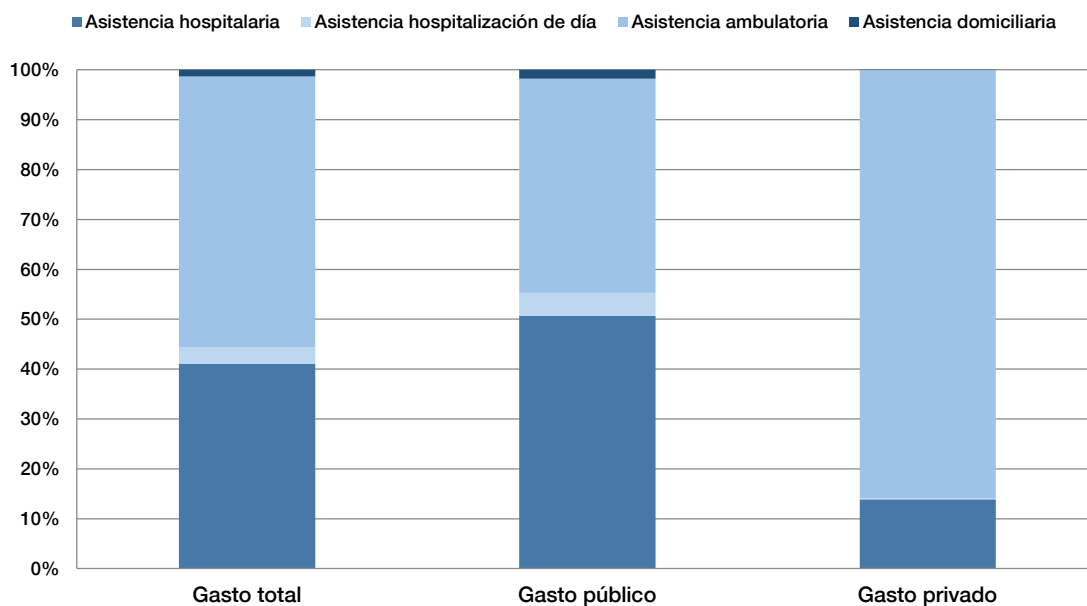
Por su parte, la contribución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud al gasto sanitario total ha disminuido 1,2 puntos porcentuales, dado que ha pasado del 2,5% en 2010 al 1,2% en 2014.

El gasto en servicios de prevención y de salud pública es el que ha experimentado la mayor tasa anual media de crecimiento negativa en el quinquenio 2010-2014, cifrada en un 4,6%.

En el último año aumenta el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación (un 3,4%), en servicios auxiliares de atención de la salud (un 3,3%) y en servicios de atención de larga duración (un 0,2%). Por el contrario, disminuye el gasto en servicios de prevención y de salud pública (un 0,9%), en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (un 0,6%) y en administración de la salud y los seguros médicos (un 0,6%).

En cuanto a los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en 2014, casi tres cuartas partes del gasto se financia con recursos públicos. La asistencia hospitalaria absorbe el 50,7% del gasto público en asistencia curativa y de rehabilitación. La asistencia ambulatoria supone el 85,9% del gasto privado, debido al peso de la asistencia odontológica.

Gráfico 7-2 Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.2 Gasto sanitario total según proveedor

Según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que en 2014 asciende a 39.930 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Concretamente, en 2014, un 41,7% del gasto sanitario total es generado por los hospitales. El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 25,8%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, en un 22,0%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, en un 5,4%.

La contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total ha sido dispar en el período 2010-2014: el gasto de los hospitales se ha incrementado 0,7 puntos porcentuales, el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) ha aumentado 0,2 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se ha reducido 0,3 puntos porcentuales y el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial ha disminuido 0,5 puntos porcentuales.

Tabla 7-3 Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud, millones de euros, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Hospitales	40.981	41.862	40.240	38.534	39.930
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.897	5.477	5.333	5.236	5.192
Proveedores de atención ambulatoria	26.104	25.381	25.073	23.988	24.705
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	21.763	21.227	20.312	21.208	21.073
Suministro y administración de programas de salud pública	792	778	727	695	681
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.139	3.296	3.373	3.027	3.063
Otras ramas de actividad	1.221	1.145	1.114	1.166	1.077
Resto del mundo	2	1	1	1	1
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

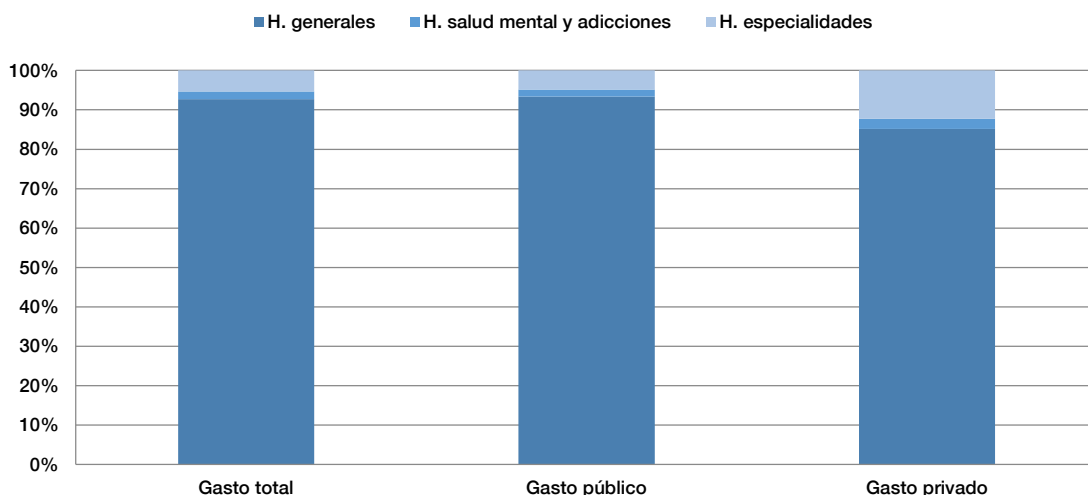
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En el quinquenio 2010-2014, el gasto de todos los proveedores de atención de la salud presenta una tasa anual media de crecimiento negativa.

En el último año se ha incrementado el gasto de los hospitales (un 3,6%), de los proveedores de atención ambulatoria (un 3,0%) y de la administración general de la salud y los seguros médicos (un 1,2%). Por el contrario, ha descendido el gasto de las otras ramas de actividad (un 7,7%), del suministro y administración de programas de salud pública (un 2,0%), de los establecimientos de atención medicalizada y residencial (un 0,8%) y de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (un 0,6%).

En 2014, los hospitales generales originan el 92,7% del gasto total de los hospitales.

Gráfico 7-3 Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales. Distribución porcentual según modo de producción, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.3 Gasto sanitario total según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas en el año 2014 se cifra en 66.826 millones de euros, contribuyendo al 69,8% del gasto sanitario total.

En 2014, las administraciones regionales, con una participación del 91,6%, son el agente que soporta una mayor carga en la financiación sanitaria pública. Por su parte, las administraciones de la seguridad social (que incluye las mutualidades de funcionarios) contribuyen al 6,9% del gasto sanitario público. La administración central participa con un 0,6%.

Tabla 7-4 Gasto sanitario total según agente de financiación, millones de euros, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Administraciones públicas	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Administración central	529	494	431	400	404
Administraciones regionales	68.731	67.163	63.474	60.866	61.187
Administraciones locales	1.008	915	789	694	656
Administraciones de seguridad social	4.718	4.666	4.517	4.561	4.579
Sector privado	24.912	25.930	26.963	27.334	28.895
Empresas de seguro privadas	4.034	4.661	4.684	4.348	4.894
Pagos directos de los hogares	20.220	20.515	21.574	22.299	23.324
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	406	385	432	412	403
Sociedades (excepto seguros médicos)*	251	368	272	275	275
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

Observaciones: * Únicamente incluye gastos de capital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Desde 2009, año en el que ha finalizado la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público, el gasto de las administraciones públicas ha disminuido un 11,4%, lo que traduce el efecto de las medidas extraordinarias para la reducción del déficit público adoptadas a partir de mayo de 2010 a consecuencia de la crisis económica. De hecho, entre los mayores descensos del gasto sanitario público, cabe destacar el de los productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, que, desde el año 2009, ha caído un 22,6%.

En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 80,7%. En el periodo 2010-2014, el gasto sanitario privado crece de media 3,8% al año.

7.4 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público, el gasto sanitario público consolidado del sector Comunidades Autónomas en el año 2014 supone 57.128 millones de euros, lo que representa el 5,5% del PIB. El gasto medio per cápita es de 1.233 euros. En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 7,8% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado.

Tabla 7-5 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma, millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.737	6,3%	1.042
Aragón	1.899	5,8%	1.427
Asturias	1.517	7,3%	1.433
Baleares	1.332	5,1%	1.194
Canarias	2.605	6,4%	1.232
Cantabria	826	7,0%	1.406
Castilla y León	3.164	6,0%	1.268
Castilla-La Mancha	2.517	6,9%	1.213
Cataluña	9.205	4,7%	1.241
Comunidad Valenciana	5.924	6,1%	1.195
Extremadura	1.588	9,4%	1.448
Galicia	3.553	6,6%	1.293
Madrid	7.423	3,8%	1.164
Murcia	2.075	7,7%	1.419
Navarra	914	5,2%	1.435
País Vasco	3.430	5,4%	1.582
La Rioja	419	5,4%	1.330
Total sector de gasto	57.128	5,5%	1.233

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

En valores absolutos, el 44,4% del gasto sanitario público del sector es originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.205, 8.737 y 7.423 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades que generaron el gasto más bajo.

En relación a su población, las comunidades con mayor gasto sanitario público son País Vasco (1.582 euros por habitante), Extremadura (1.448 euros por habitante) y Navarra (1.435

euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público son Andalucía (1.042 euros por habitante), Madrid (1.164 euros por habitante) y Baleares (1.194 euros por habitante).

El análisis de la distribución del gasto sanitario público entre las comunidades autónomas y la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales se puede realizar a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los datos que se obtienen a nivel regional no solo se explican por diferencias entre niveles de renta sino también por solidaridad entre territorios, ya que la asignación de recursos entre las comunidades autónomas contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

Extremadura, con un 9,4%, Murcia, con un 7,7%, y Asturias, con un 7,3%, son las comunidades autónomas que presentan en el año 2014 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. En el extremo opuesto, se encuentra Madrid, con el 3,8%, Cataluña, con el 4,7%, y Baleares, con el 5,1%.

El gasto total del sector Comunidades Autónomas en el último año ha experimentado un aumento del 0,7%. Las comunidades que más han incrementado su gasto sanitario son Aragón, un 14,7%, Comunidad Valenciana, un 4,5%, y Baleares, un 4,2%.

Tabla 7-6 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual (en porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2013-2014

	Tasa interanual % 2014/2013
Andalucía	-0,8
Aragón	14,7
Asturias	-0,2
Baleares	4,2
Canarias	2,0
Cantabria	3,1
Castilla y León	-6,7
Castilla-La Mancha	0,5
Cataluña	-0,7
Comunidad Valenciana	4,5
Extremadura	2,9
Galicia	-0,1
Madrid	0,3
Murcia	-0,6
Navarra	2,4
País Vasco	1,0
La Rioja	1,1
Total sector de gasto	0,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

Desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto de las comunidades autónomas con mayor peso es la remuneración del personal, que en el año 2014 alcanza la cifra de 26.262 millones de euros, lo que representa el 46,0% del gasto consolidado, experimentando un incremento del 0,5% respecto al año anterior.

El porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración de su personal oscila entre el 35,7% de Cataluña y el 54,9% de Castilla y León.

Tabla 7-7 Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidad autónoma, millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014

	Millones de euros	Porcentaje sobre el total de gasto de la comunidad
Andalucía	4.156	47,6%
Aragón	983	51,7%
Asturias	746	49,2%
Baleares	649	48,7%
Canarias	1.306	50,2%
Cantabria	403	48,8%
Castilla y León	1.738	54,9%
Castilla-La Mancha	1.313	52,2%
Cataluña	3.283	35,7%
Comunidad Valenciana	2.349	39,7%
Extremadura	817	51,5%
Galicia	1.643	46,2%
Madrid	3.407	45,9%
Murcia	999	48,1%
Navarra	475	52,0%
País Vasco	1.789	52,2%
La Rioja	205	48,8%
Total sector de gasto	26.262	46,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

8 e-Salud

La identificación electrónica de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica son tres instrumentos vertebradores de los agentes del SNS, con un fuerte componente de Tecnologías de la Información (TIC).

8.1 La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud

Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustanciales con un Estado descentralizado, la atención a los ciudadanos responde a unas garantías básicas y comunes en las que la Tarjeta Sanitaria Individual representa el sistema normalizado de identificación de todo usuario a la protección de la salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La Tarjeta Sanitaria es emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. Para facilitar su gestión, y con el objetivo de poder reconocer a cada persona de manera segura y unívoca, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordina una Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS) y genera para cada usuario un código de identificación personal, único y vitalicio. El código actúa como clave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos pueda tener asignados el usuario a lo largo de la vida. Esto va a permitir la posterior recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a dichos códigos.

De este modo, la BDPP-SNS es una de las herramientas estratégicas del SNS, tanto para la identificación de los usuarios como para el desarrollo de proyectos de interoperabilidad y trazabilidad electrónica de la información clínica.

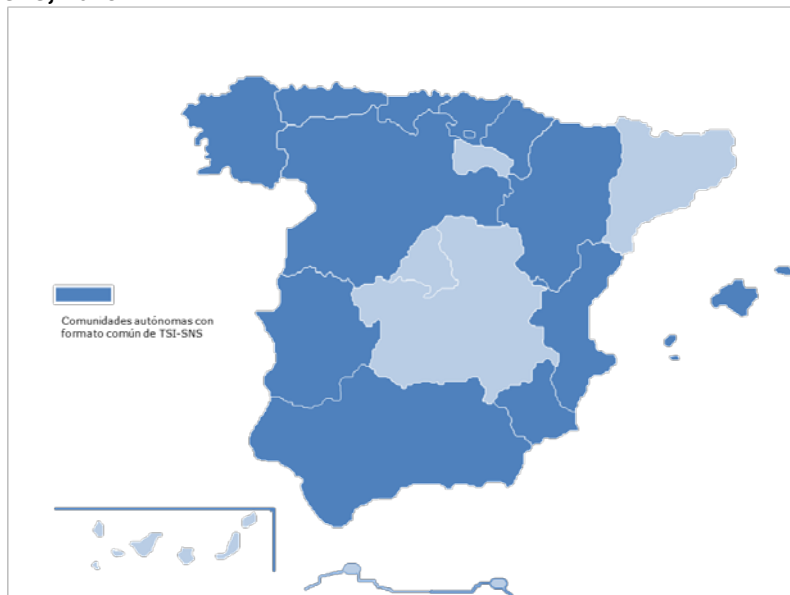
En España se estima que unos 4 millones de personas reciben cada año atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta de aquella en la que está activa su Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

La Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud (TSI-SNS) representa el sistema normalizado de identificación de todo usuario al derecho a la protección de la salud en el conjunto del SNS. Esta identificación permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona en sus contactos con el sistema sanitario público.

Las tarjetas existentes en cada comunidad autónoma, válidas para recibir atención en todo el SNS, con motivo de su renovación por cualquier causa están siendo sustituidas por el nuevo formato normalizado para todo el Sistema Nacional de Salud. Dicha normalización se estableció en el año 2013 con una serie de datos básicos comunes y una banda magnética homologada que facilitan su uso en todas las comunidades autónomas.

A finales de octubre de 2016 el número de tarjetas sanitarias individuales con nuevo formato asciende a 6 millones. Las comunidades autónomas que emiten ya tarjetas de acuerdo al mismo son Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco.

Gráfico 8-1 Comunidades autónomas que emiten Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) con formato común para el SNS, 2016



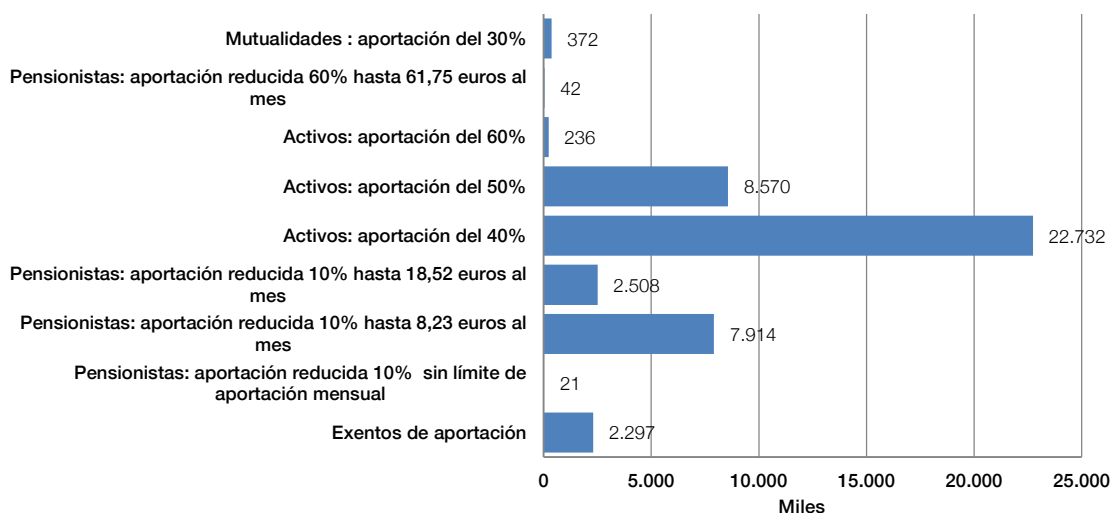
Observaciones: El formato único y común para todo el SNS está regulado por el RD 702/2013. Datos octubre 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

En 2016 se ha iniciado el proceso de incorporación de mutualistas administrativos a la BDPP-SNS, se ha incluido en el sistema, como proyecto piloto, a los mutualistas de MUFACE de la comunidad autónoma de Extremadura con opción de asistencia sanitaria privada.

La BDPP-SNS gestiona 141.327.759 mensajes al año y ejecuta 23.340.004 transacciones entre las administraciones sanitarias. En octubre de 2016, la población protegida por el SNS es de 44.902.674 personas.

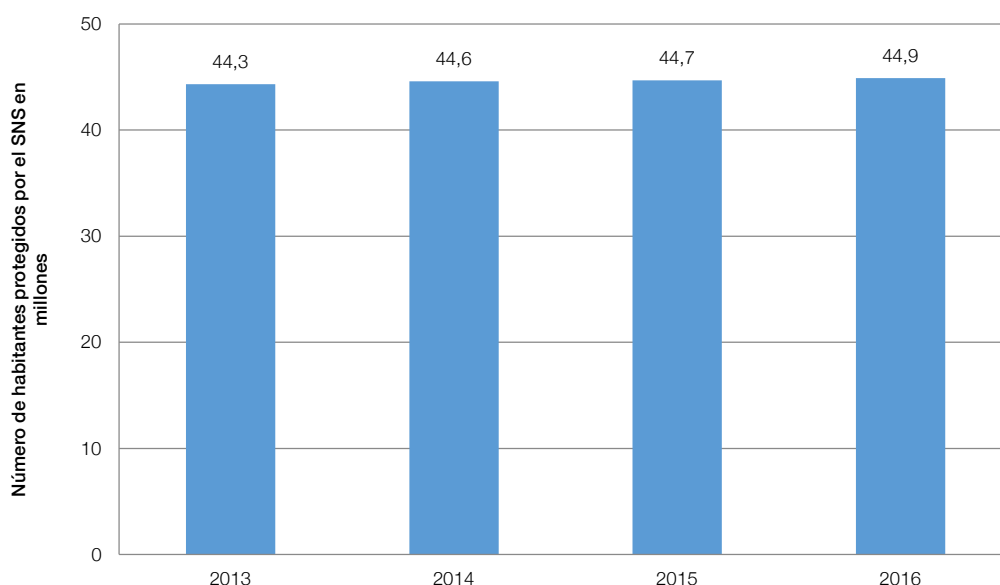
Gráfico 8-2 Población protegida por el SNS, en miles de personas, según el nivel de aportación, 2016



Observaciones: Tipo de aportación actualizado según Índice de Precios de Consumo (IPC). Datos septiembre de 2016. Incluye a los mutualistas de MUFACE de la comunidad autónoma de Extremadura con opción de asistencia sanitaria privada.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

Gráfico 8-3 Evolución del número de habitantes protegidos por el SNS en millones de personas, 2013-2016



Observaciones: los datos de 2013 y 2014 corresponden a 31 de diciembre, los datos de 2015 y 2016 a 31 de octubre.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

8.2 La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

La Historia Clínica Electrónica está extendida en los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada en todas las comunidades autónomas.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) es un sistema de interoperabilidad que permite la comunicación de contenidos extraídos de la Historia Clínica Electrónica y otros sistemas de información de las comunidades autónomas, haciendo que estén accesibles, para ciudadanos y para profesionales sanitarios autorizados, en cualquier lugar del territorio nacional o del exterior.

El sistema HCDSNS es un elemento de cohesión del SNS que contribuye a la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la seguridad clínica y la continuidad asistencial al posibilitar que, cuando un ciudadano demanda asistencia, los profesionales médicos o de enfermería que le atienden puedan acceder a consultar determinados conjuntos de sus datos clínicos, generados en cualquier Servicio de Salud del SNS.

A través de la HCDSNS los ciudadanos, además de acceder a conjuntos relevantes de sus datos clínicos, pueden conocer desde qué centros y servicios se ha accedido a su información personal de salud, pueden restringir, de forma selectiva, el acceso a documentos y reclamar en caso de que consideren injustificado un acceso.

El Sistema HCDSNS se enmarca en la Agenda Digital para España, habiéndose desarrollado anteriormente en el marco del Programa Sanidad en Línea (años 2006-2013). Es liderado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las autoridades sanitarias de las 17 Comunidades Autónomas y con el Instituto Nacional de

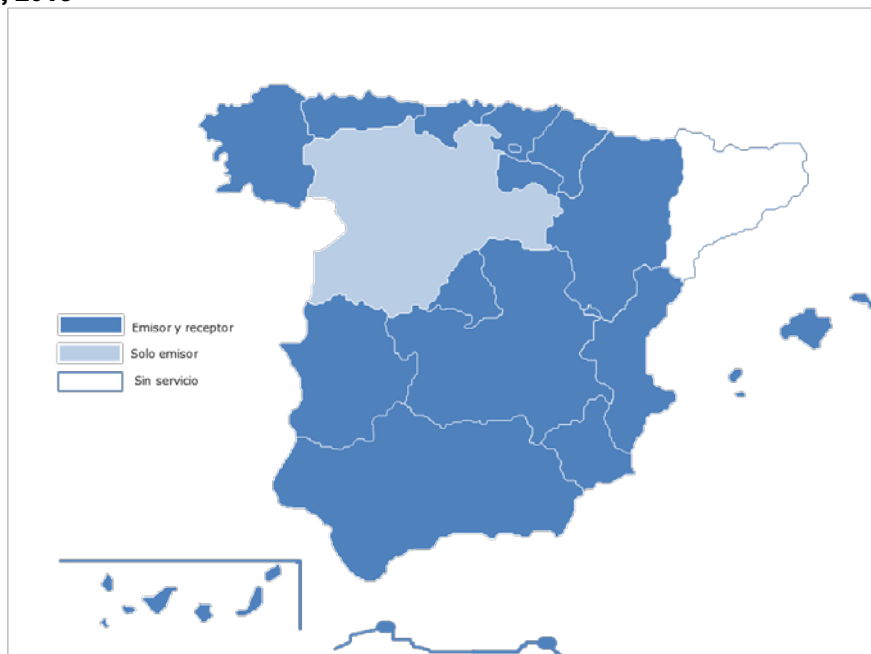
Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

A fecha 1 de septiembre de 2016, el estado de los servicios de HCDSNS es el siguiente⁸⁹:

- 16 servicios de salud presentan perfil emisor (emiten documentos clínicos de sus pacientes) y perfil receptor (pueden consultar informes clínicos de pacientes de otras comunidades).
- 1 servicio de salud presenta solo perfil emisor.
- 1 servicio de salud tiene pendiente la activación de los servicios.

En esa fecha, se cuenta con información clínica de 35.751.172 personas, lo que supone una cobertura en HCDSNS para el 77,69% de población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Con respecto a los datos presentados en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015 (fecha de corte: agosto de 2015), se ha registrado un aumento del 28,77% de cobertura (10.285.744 personas).

Gráfico 8-4 Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2016

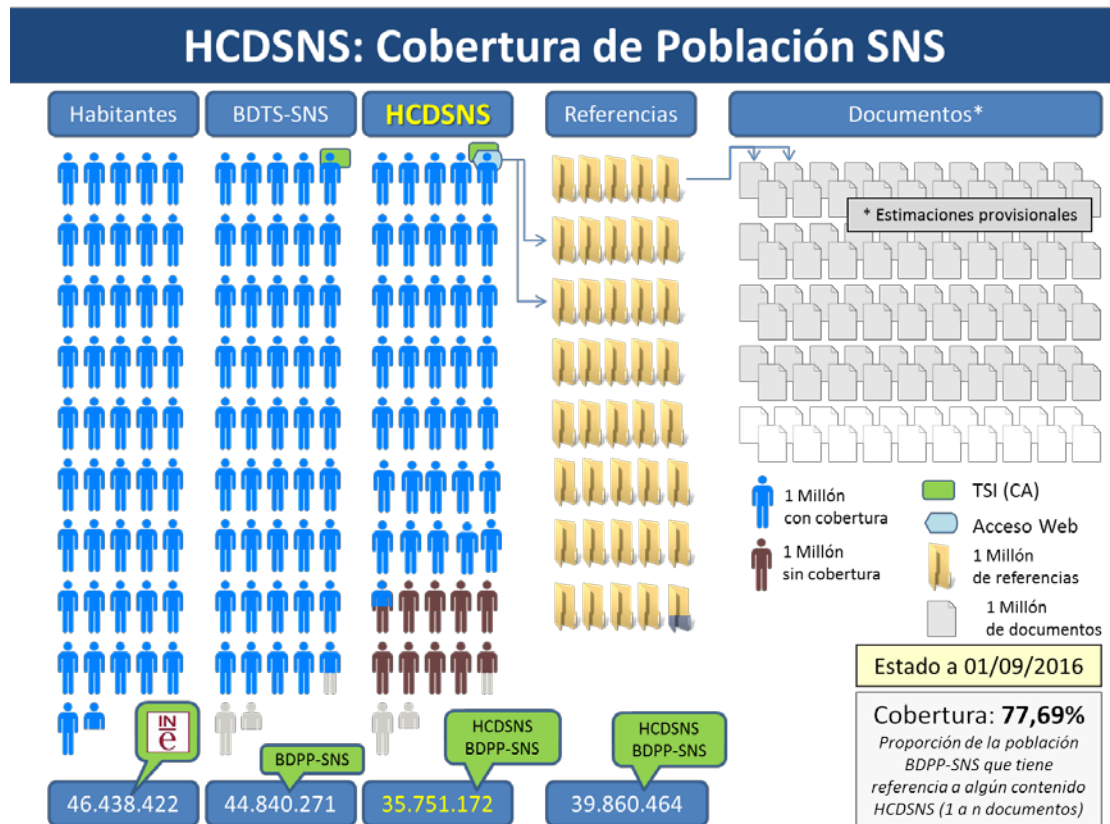


Observaciones: La Comunidad Valenciana está realizando tareas de verificación de servicios a ciudadanos, a 1 de septiembre de 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del sistema HCDSNS.

⁸⁹ La situación a tiempo real del estado de los servicios de la Historia Clínica Digital del SNS puede ser consultada en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/home.htm>.

Gráfico 8-5 Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Población Protegida del SNS, 2016

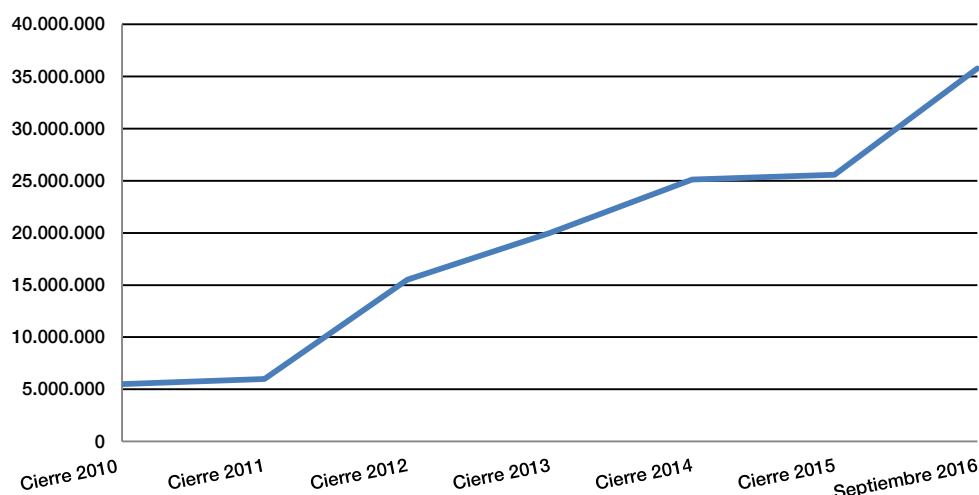


Observaciones: Los habitantes son el número total de población residente a 1 de enero de 2016 (INE). Estado a 1 de septiembre de 2016. Las referencias indican el número de carpetas (ciudadano-Servicio de Salud) que tienen algún informe disponible.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuadro de mandos del proyecto HCDSNS.

Dentro de los contenidos de HCDSNS tiene especial interés la Historia Clínica Resumida (HCR), que emiten ya 15 servicios de salud. Es un documento de contenido dinámico que presenta los datos considerados relevantes para una asistencia sanitaria no programada. Se genera en tiempo real, a partir de contenidos clínicos previamente almacenados en la Historia Clínica Electrónica, a demanda de un profesional o un ciudadano.

Gráfico 8-6 Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2016



Observaciones: Las referencias indican el número de carpetas (ciudadano-Servicios de Salud) que tiene algún informe disponible. El dato cierre de 2010 es estimado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio estadísticos del proyecto HCDSNS.

8.3 La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

Hace más de 10 años que en el sistema sanitario español se introdujo un sistema electrónico para la gestión de la prestación farmacéutica por receta. La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al médico emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El nivel de implantación de la receta electrónica en el conjunto de las comunidades autónomas es del 100% en centros de salud, 65,9% en consultorios locales, 72,5% en atención especializada y 100% en oficinas de farmacia.

Tabla 8-1 Implantación de la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas, según ámbito, 2016

	Centro de salud %	Consultorio Local %	Hospital del SNS %	Oficina de Farmacia %
Andalucía	100	100	100	100
Aragón	100	100	P	100
Asturias	100	100	P	100
Illes Balears	100	100	100	100
Canarias	100	100	100	100
Cantabria	100	100	100	100
Castilla y León	96,0	24,2	P	100
Castilla-La Mancha	100	100	100	100
Cataluña	100	100	100	100
Comunidad Valenciana	100	100	100	100
Extremadura	100	100	100	100
Galicia	100	100	100	100
Madrid	100	100	P	100
Murcia	100	100	10	100
Navarra	100	100	100	100
País Vasco	100	100	100	100
La Rioja	100	100	100	100
Ceuta	100	100	P	100
Melilla	100	100	P	100
España (SNS)	99,8	65,9	72,5	100

Observaciones: Grado de implantación facilitado por las comunidades autónomas e INGESA (Ceuta y Melilla) a julio de 2016.

P = pendiente de abordar el proceso de implantación. Hospital del SNS = Hospital del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

El conocimiento por parte de la ciudadanía de la receta electrónica en su comunidad autónoma⁹⁰ alcanza al 79,3% de la población. Además, el 57,1% manifiesta que no solo conocía su existencia, sino que *ya la había usado*, lo que supone un aumento de 29 puntos respecto a 2011.

Por comunidades autónomas, el grado de conocimiento de la existencia del sistema de receta electrónica es más elevado, lógicamente, entre las comunidades autónomas con mayor extensión de la misma.

Tabla 8-2 Evolución del conocimiento de la receta electrónica, 2011-2015

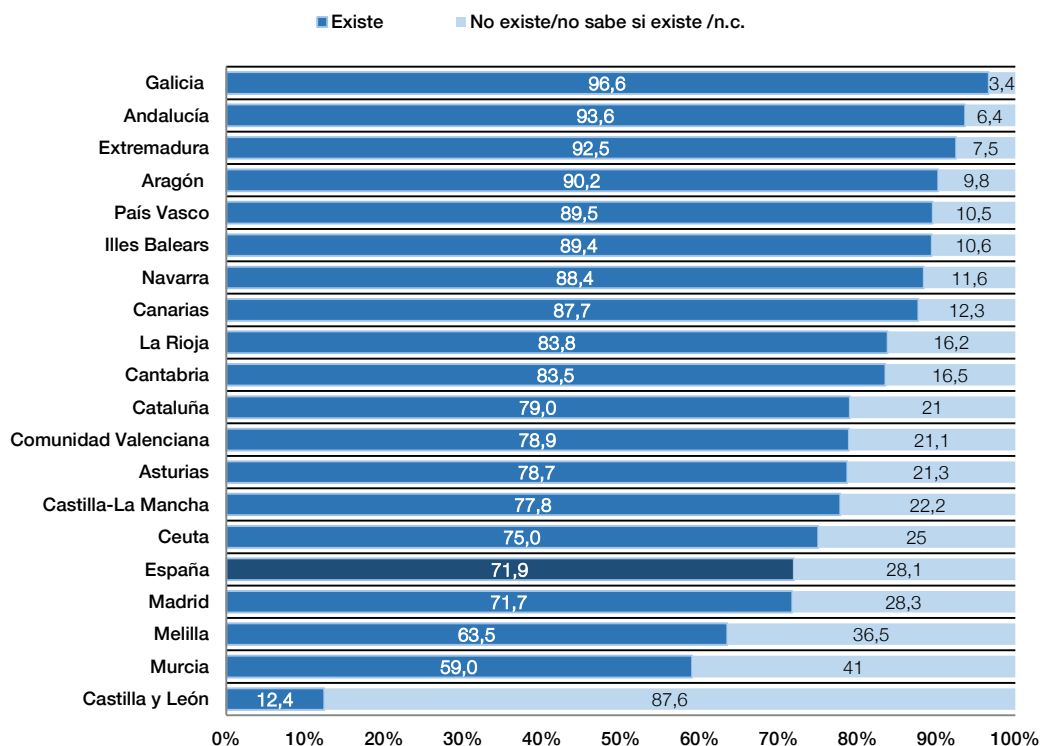
<i>¿Sabe Ud. si en esta Comunidad Autónoma existe el "sistema de receta electrónica"? Es decir, el sistema que permite que en la farmacia se pueda acceder por ordenador a los medicamentos recetados por su médico.</i>					
	2011	2012	2013	2014	2015
Sí, existe y ya la ha usado (%)	27,8	30,9	39,5	48,5	57,1
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía (%)	24,4	22,6	22,1	23,4	22,2
No existe (%)	7,0	7,8	6,7	4,1	3,2
No sé si existe (%)	40,6	38,3	31,4	23,9	17,1
NC (%)	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

⁹⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2015.

El nivel de utilización de la receta electrónica es del 85,9% respecto al total de recetas dispensadas en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 8-7 Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2015

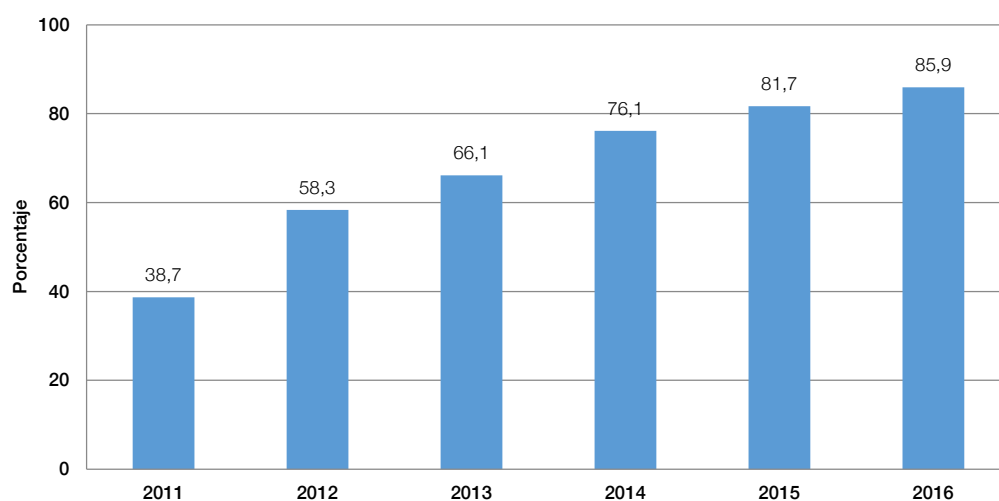


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según conocimiento de la existencia de la receta electrónica. En la categoría *Existe* se incluye el conocimiento de su existencia con independencia de si ya la ha usado o no.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Los modelos de receta electrónica de cada comunidad autónoma son diferentes. En el año 2013 se inició el proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es permitir que un paciente pueda recoger su medicación en cualquier oficina de farmacia del país, independientemente de la comunidad autónoma donde se le haya realizado la prescripción. En el año 2015 se llevó a cabo un pilotaje que ha contado con la participación de Canarias y Extremadura y que una vez finalizado permite transmitir información de sus prescripciones y por tanto la movilidad del paciente entre ambas comunidades para recoger su medicación.

Gráfico 8-8 Evolución de las recetas dispensadas utilizando la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud, 2011-2016



Observaciones: El dato del año 2015 corresponde al mes de julio y el dato del año 2016 al mes de mayo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Cuatro Servicios de Salud disponen de receta médica interoperable: las comunidades autónomas de Canarias, Extremadura y Navarra están certificadas como emisores y receptores y Castilla-La Mancha como emisora. El Servicio de Salud de Galicia ha iniciado las pruebas de certificación. El resto de los servicios de salud están en proceso de adaptación a los requisitos de interoperabilidad⁹¹.

Desde la finalización del pilotaje, el 7 de julio de 2015, hasta el 30 de septiembre de 2016 se han dispensado 1.189 envases, a 276 pacientes⁹², en 147 oficinas de farmacia.

Tabla 8-3 Receta médica interoperable, número de pacientes atendidos por comunidad autónoma de dispensación según comunidad autónoma origen de los pacientes. 2016

Comunidad autónoma de dispensación	Comunidad autónoma origen de los pacientes				
	Extremadura	Canarias	Castilla – La Mancha	Navarra	Total
Extremadura	-	39	103	21	163
Canarias	105	-	8	-	113

Observaciones: a 30 de septiembre de 2016 Canarias está pendiente de hacer efectiva dispensación de recetas prescritas en Navarra.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

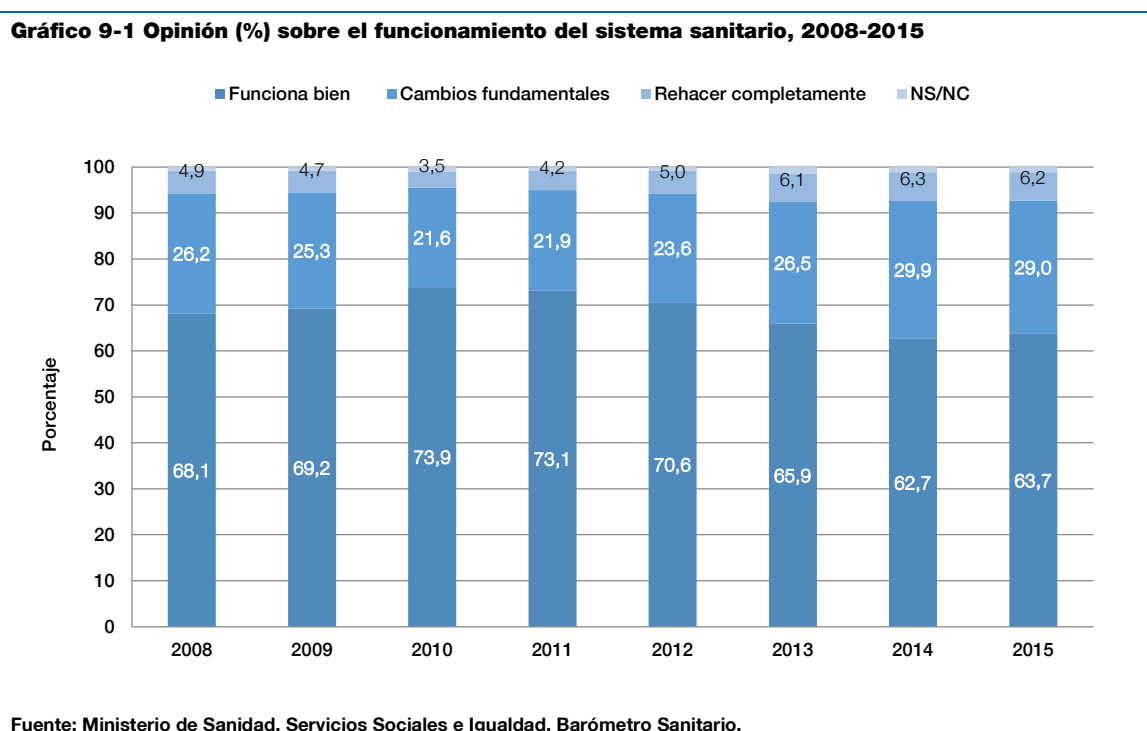
⁹¹ La situación a tiempo real del proyecto de interoperabilidad de la historia y receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud puede ser consultada en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

⁹² Se refiere al número de personas identificadas individualmente que han usado la receta médica interoperable.

9 Percepción y opinión de los ciudadanos

9.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario

Los ciudadanos valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español: el 63,7% considera que funciona bastante bien o bien, aunque serían precisos algunos cambios. Desde el año 2010 (73,9%) esta proporción ha ido paulatinamente disminuyendo pero en 2015 parece producirse un repunte que habrá que confirmar si persiste en ediciones futuras.



En 2015 el grado de satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España se califica con 6,4 puntos.

Tabla 9-1 Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2015

Comunidades autónomas	Puntuación
Andalucía	6,3
Aragón	7,2
Asturias	6,8
Baleares	6,6
Canarias	5,8
Cantabria	6,9
Castilla y León	6,7
Castilla- La Mancha	6,1
Cataluña	6,0
Comunidad Valenciana	6,2
Extremadura	6,2
Galicia	6,2
Madrid	6,6
Murcia	6,9
Navarra	7,4
País Vasco	7,0
La Rioja	6,9
Ceuta	6,2
Melilla	5,4
España	6,4

Observaciones: Escala de 1 totalmente insatisfecho a 10 totalmente satisfecho.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Para conocer mejor la opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos se explora la satisfacción con servicios asistenciales concretos encontrándose, en general, una valoración positiva más marcada en el caso de la atención primaria, con 7,3 puntos en una escala de 1 a 10.

Tabla 9-2 Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2015

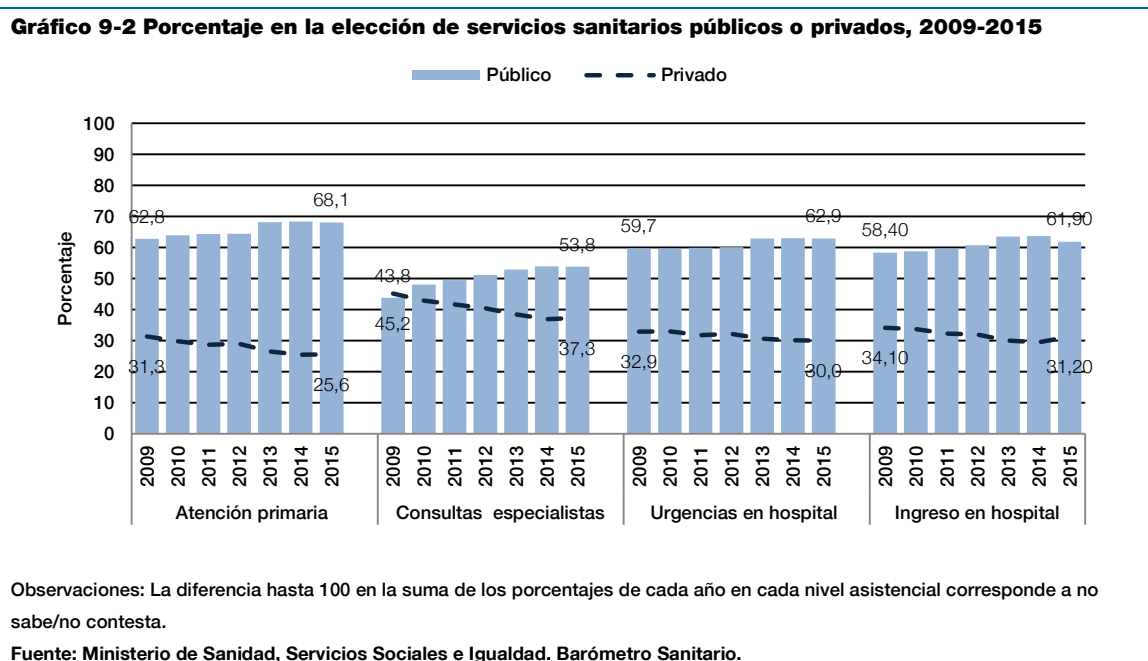
Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atención primaria (consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos)	7,1	7,3	7,3	7,4	7,4	7,3
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8	6,7
Urgencias en hospitales públicos	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0	5,9
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,7	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6

Observaciones: Escala de 1 totalmente insatisfecho a 10 totalmente satisfecho.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

9.2 Elección de servicio público o privado

La mayoría optaría por ser atendido por la sanidad pública en el caso de poder elegir. Esta referencia ha ido en aumento en la serie disponible.



Los aspectos cualitativos concretos que se señalan para elegir el sistema público son: la tecnología y los medios de que dispone; la capacitación de los profesionales médicos y la de los profesionales de enfermería; la información sobre el problema de salud y el trato personal que reciben los pacientes.

Los aspectos que motivarían en mayor medida a los ciudadanos para elegir los centros privados son la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones.

Tabla 9-3 Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2015

En su caso particular, y siempre en la hipótesis de que Ud. pudiese elegir ¿Elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta...?			
	Elegiría público	Elegiría privado	Ambos
La tecnología y los medios de que dispone	68,8	21,9	8,5
La capacitación de los médicos	63,8	15,9	19,5
La capacitación de la enfermería	63,5	16,2	19,4
La rapidez con que le atienden	32,8	61,7	4,6
La información que recibe sobre su problema de salud	51,2	29,5	17,8
El trato personal que Ud. recibe	47,4	35,6	15,8
El confort de las instalaciones	39,1	51,4	8,1

Observaciones: La diferencia hasta 100%, en la suma horizontal de los porcentajes de cada concepto, corresponde a no sabe/no contesta.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

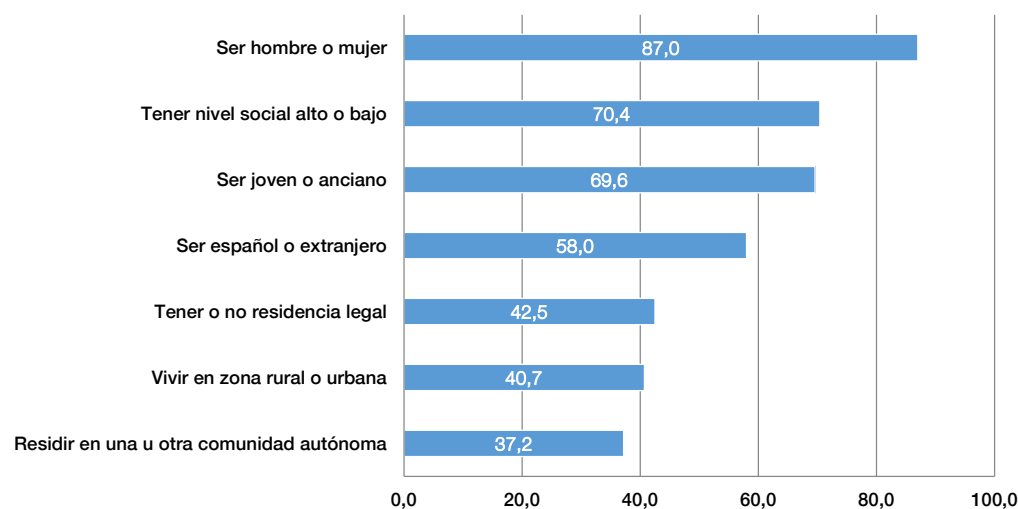
9.3 Equidad en la prestación de los servicios

Para analizar la percepción que tienen los ciudadanos acerca de si las prestaciones asistenciales de la sanidad pública son iguales para todos, el Barómetro Sanitario (BS) utiliza la valoración de 7 circunstancias. Los resultados muestran que la condición de ser hombre o mujer no se considera un factor de diferencia (el 87,0%, así lo manifiesta).

También son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de la edad (69,6%), del nivel social que se tenga (70,4%) o de la nacionalidad que se posea (58,0%).

Pero únicamente el 37,2% de las personas entrevistadas consideran que hay igualdad en la prestación de los servicios sanitarios públicos si se reside en una u otra comunidad autónoma, el 40,7% si se vive en zona rural o zona urbana y el 42,5% si se tiene o no se tiene residencia legal.

Gráfico 9-3 Porcentaje de entrevistados que consideran que el SNS presta los mismos servicios a todas las personas independientemente de su sexo, edad, nivel social, nacionalidad y residencia, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

9.4 Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios

Por su importante contribución a la cohesión social, el sistema sanitario tiene un peso destacado entre las áreas que despiertan mayor interés de los ciudadanos.

En los Barómetros Sanitarios de 2013 y 2014 se exploró la opinión y el grado de acuerdo de los ciudadanos con el nuevo sistema de prestación farmacéutica implantado el año 2012⁹³. Si bien un 23% no tiene opinión formada, la mayoría de los ciudadanos estaban de acuerdo en que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos para que la aportación al pago de los medicamentos estuviese más ajustado al nivel de renta.

Tabla 9-4 El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema..., 2013-2014

El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. *Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema...*

	Muy + bastante de acuerdo		Poco+ nada de acuerdo		No sabe / No contesta	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Es más justo que el anterior sistema de aportaciones de los activos y pensionistas	30,2	35,7	52,3	45,7	17,5	18,6
Protege a grupos sociales desfavorecidos (parados, minusválidos, ...)	29,0	32,6	50,7	46,1	19,6	21,3
Debería contemplar más tramos para una aportación más adecuada al nivel de renta.	63,6	65,8	12,7	11,3	23,8	22,9
Contribuye a evitar la acumulación de medicamentos en casa	58,3	60,8	24,1	22,1	17,5	17,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

En 2015 se ha vuelto a explorar esta cuestión aunque se han modificado ligeramente tanto la formulación de la pregunta como las respuestas posibles, por lo que los resultados no son directamente comparables con los de los años anteriores.

Tabla 9-5 Como Ud. ya sabrá, con el nuevo sistema de prestación farmacéutica, cada paciente paga los medicamentos según su nivel de renta. En relación con este sistema, ¿con cuál de las siguientes opiniones está Ud. más de acuerdo?, 2015

Está bien como está porque ahora cada persona paga según su nivel de renta	25,0
Debería contemplar más tramos para que las aportaciones sean más adecuadas al nivel de renta de los/as pacientes	30,4
Habría que volver al sistema anterior en el que los/as pensionistas no pagaban por las recetas y el resto sí	36,3
No sabe / No contesta	8,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

⁹³ Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE de 24 de abril de 2012. incluye la modificación en la aportación que deben hacer los pacientes para adquirir los medicamentos prescritos por los médicos de la sanidad pública y la vinculación de esa aportación al nivel de renta,

9.5 Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud

La mayor concienciación ciudadana acerca de la necesidad de respetar la autonomía de las personas en general, y de los pacientes en particular, es un hecho positivo innegable. Como también lo es que en general los médicos muestran una actitud más abierta en su relación con los pacientes.

Una consecuencia directa de la observancia ética de la autonomía de los pacientes es su incorporación activa a la toma de las decisiones que adopten los médicos, relacionadas con su estado de salud y con las medidas terapéuticas que consideren precisas para mejorarlo. Además, es un hecho objetivo que la participación de los pacientes en las decisiones clínicas tienen una influencia favorable, tanto en los resultados asistenciales como en el cumplimiento de los tratamientos.

Y aunque en la atención sanitaria los avances en el respeto a la autonomía son evidentes, la posibilidad de participar que tienen los pacientes es mejorable. Así se deduce del análisis del Barómetro Sanitario sobre este asunto: de las personas que consultaron a especialistas o estuvieron hospitalizadas, un poco más del 27% en el primer caso (especialistas) y del 36% en el segundo (hospitalización) manifiestan que no pudieron participar en las decisiones que adoptaron los médicos tanto como les hubiera gustado hacerlo. En atención primaria sin embargo, un 77% manifiesta que sí pudo hacerlo.

Tabla 9-6 Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2015

Cuando acudió a la consulta del médico de familia o de un especialista de la sanidad pública, o durante su estancia en un hospital público...¿Pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, tanto como usted hubiera deseado?		
	SÍ	NO
Médico de familia		
Total	77,1	21,8
Hombres	75,6	23,1
Mujeres	78,3	20,7
Médico especialista		
Total	70,4	27,2
Hombres	69,4	27,5
Mujeres	71,3	27,0
Estancia en un hospital		
Total	60,0	36,9
Hombres	56,3	39,8
Mujeres	62,8	34,7

Observaciones: Las diferencias hasta el 100% corresponden a entrevistados que dicen *no saben* o *no contestan*.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Índice de Tablas

Tabla 1-1	Cifras de población residente a 1 de enero de 2016 por comunidad autónoma	33
Tabla 1-2	Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2015	35
Tabla 1-3	Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2015	36
Tabla 1-4	Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2014	38
Tabla 1-5	Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma. 2001 y 2014	38
Tabla 1-6	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2014	39
Tabla 1-7	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2014	39
Tabla 1-8	Evolución de los años de vida saludable (AVSn) al nacer por sexo, 2006 y 2014	40
Tabla 1-9	Evolución de los años de vida saludable (AVS65) a los 65 años por sexo, 2006 y 2014	40
Tabla 1-10	Evolución de los años de vida saludables (AVSn) al nacer y a los 65 años (AV65) por comunidad autónoma, 2006 y 2014	41
Tabla 1-11	Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	43
Tabla 1-12	Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	44
Tabla 1-13	Enfermedad cerebrovascular. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	45
Tabla 1-14	Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2014/2001	47
Tabla 1-15	Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	48
Tabla 1-16	Cirrosis hepática. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	49
Tabla 1-17	Accidentes de tráfico. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	50
Tabla 1-18	Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	51
Tabla 1-19	Tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos según comunidad autónoma, 2014	52

Tabla 1-20	Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	56
Tabla 1-21	Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	57
Tabla 1-22	Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	58
Tabla 1-23	Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	58
Tabla 1-24	Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	59
Tabla 1-25	Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	60
Tabla 1-26	Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	61
Tabla 1-27	Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	62
Tabla 1-28	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	63
Tabla 1-29	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	65
Tabla 1-30	Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	66
Tabla 1-31	Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	67
Tabla 1-32	Difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tosferina y varicela, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	68
Tabla 1-33	Gripe, legionelosis y lepra, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	69
Tabla 1-34	Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2015	69
Tabla 1-35	Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2014	72
Tabla 1-36	Infección gonocócica y sífilis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	72
Tabla 1-37	Hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	74
Tabla 1-38	Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud	75
Tabla 1-39	Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos vivos, según comunidad autónoma, 2014	76

Tabla 1-40	Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2014	77
Tabla 1-41	Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 1991-2015	80
Tabla 1-42	Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015	81
Tabla 1-43	Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, porcentaje de población según sexo y nivel de estudios, 2014	82
Tabla 2-1	Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo según comunidad autónoma, 2014	84
Tabla 2-2	Evolución del porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en población de 16 a 64 años, según situación laboral, 2007 y 2013	86
Tabla 2-3	Evolución del porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en población laboral de 16 a 64 años, 2007 y 2013	86
Tabla 2-4	Opinión sobre los cigarrillos electrónicos, 2014-2015	87
Tabla 2-5	Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2006 -2014	89
Tabla 2-6	Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	90
Tabla 2-7	Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013	90
Tabla 2-8	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas legales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014	91
Tabla 2-9	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014	91
Tabla 2-10	Prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en los estudiantes de 14 a 18 años, por sexo, 2014	94
Tabla 2-11	Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2014	97
Tabla 2-12	Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2014	98
Tabla 2-13	Situación ponderal en población escolar de 6 a 9 años según sexo,2015	99
Tabla 2-14	Percepción de los padres sobre el peso de sus hijos,2015	100
Tabla 2-15	En su lugar de trabajo ¿se fomenta el hábito de la alimentación saludable?, 2014	105
Tabla 2-16	Sedentarismo en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	107

Tabla 2-17	Actividad física regular en tiempo libre en población infantil (5-14 años) según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012	108
Tabla 2-18	Grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años según sexo, 2014	109
Tabla 2-19	En su lugar de trabajo ¿se realiza algún tipo de actividades de promoción de la actividad física?, 2014	110
Tabla 3-1	Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015	114
Tabla 3-2	Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2015	115
Tabla 3-3	Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014	115
Tabla 3-4	En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta...la capacitación de los médicos, 2015	116
Tabla 3-5	Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015	119
Tabla 3-6	Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015	119
Tabla 3-7	Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en los hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014	120
Tabla 3-8	Ratio de enfermeras por médico en labores asistenciales el Sistema Nacional de Salud según nivel asistencial, 2015	121
Tabla 3-9	En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta la capacitación de los enfermeras?, 2015	121
Tabla 3-10	Número y tasa por 100.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2015	125
Tabla 3-11	Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014	125
Tabla 3-12	Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del SNS, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	127
Tabla 3-13	Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2016	128
Tabla 3-14	Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2014	130
Tabla 3-15	Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2014	130

Tabla 3-16	Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	131
Tabla 3-17	Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2011 y 2015	133
Tabla 3-18	Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2015	133
Tabla 3-19	Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2014	134
Tabla 3-20	Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2014	134
Tabla 3-21	Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2014	135
Tabla 3-22	Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2014	136
Tabla 3-23	Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de tomografía axial computerizada y de resonancia nuclear magnética por comunidades autónomas. SNS, 2014	137
Tabla 3-24	Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2014	138
Tabla 3-25	Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de equipos de radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) por comunidades autónomas. SNS, 2014	138
Tabla 3-26	Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2016	141
Tabla 3-27	Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2015 y primer semestre 2016	142
Tabla 3-28	Red de equipos de trasplantes, 2015	144
Tabla 4-1	Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2016	148
Tabla 4-2	Coberturas de primovacunación (series básicas), 2011-2015	149
Tabla 4-3	Coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2015	149
Tabla 4-4	Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2011-2015	150
Tabla 4-5	Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2015	150
Tabla 4-6	Coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2011-2015	151
Tabla 4-7	Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2015	152
Tabla 4-8	Grado de acuerdo sobre las vacunas infantiles, 2015	152

Tabla 4-9	Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años por comunidades autónomas, campañas 20014/2015 y 2015/2016	153
Tabla 4-10	Grupos de población diana de vacunación antigripal, temporada 2016-2017	155
Tabla 4-11	Si se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que se vacunó?, 2015	156
Tabla 4-12	Si no se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que no se vacunó?, 2015	156
Tabla 4-13	Política de detección precoz de cáncer en el SNS 2016	157
Tabla 4-14	Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012 - 2014	158
Tabla 4-15	Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2014	159
Tabla 4-16	Prueba de sangre oculta en heces en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2014	160
Tabla 4-17	Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2014	161
Tabla 4-18	Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2015	162
Tabla 4-19	Frecuentación a la consulta de atención primaria según comunidad autónoma, 2015	163
Tabla 4-20	Número medio de problemas de salud activos por usuario atendido de los centros de salud de atención primaria, según grupo de edad y sexo, 2012	165
Tabla 4-21	Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en ambos sexos. España, 2012	165
Tabla 4-22	Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en hombres y mujeres. España, 2012	166
Tabla 4-23	Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2014-2015	170
Tabla 4-24	Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014	171
Tabla 4-25	Frecuentación quirúrgica por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014	172
Tabla 4-26	Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2014 y 2015	173
Tabla 4-27	Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014	174
Tabla 4-28	Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2005-2014	175

Tabla 4-29	Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2005 y 2014	175
Tabla 4-30	Tendencia de los procedimientos menos invasivos. Frecuencia de colecistectomías y apendicetomías por laparoscopia. SNS, 2005 y 2014	175
Tabla 4-31	Hospitales de agudos. Número de altas, distribución y tasa por 1.000 habitantes, por grupos diagnósticos, según sexo. España 2014	177
Tabla 4-32	Hospitales de agudos. Número de altas y distribución por grupos diagnósticos, según dependencia del hospital. España 2014	180
Tabla 4-33	Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, 2013-2015	181
Tabla 4-34	Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015	182
Tabla 4-35	Tasas de demandas sanitarias, incidentes y ambulancias movilizadas según comunidad autónoma, 2015	183
Tabla 4-36	Indicadores de actividad en los servicios de urgencia hospitalarios según dependencia, 2013 - 2015	184
Tabla 4-37	Actividad asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios según comunidad autónoma, 2014	184
Tabla 4-38	Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2015	185
Tabla 4-39	Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2016	185
Tabla 4-40	Actividad de los centros servicios y unidades de referencia	186
Tabla 4-41	Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2015	190
Tabla 4-42	Índice de donación por 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	194
Tabla 4-43	Citación con el médico de familia, 2011-2015	197
Tabla 4-44	Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2015	198
Tabla 4-45	Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2014	199
Tabla 4-46	Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2015	201
Tabla 4-47	Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2015	202
Tabla 4-48	Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2015	202
Tabla 4-49	Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2015	203
Tabla 4-50	Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2015	203
Tabla 4-51	Tendencia de la mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio e ictus en SNS, 2005-2014	204

Tabla 5-1	Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015	208
Tabla 5-2	Especialistas en formación por especialidad 2013-2015	209
Tabla 5-3	Residentes por comunidad autónoma, 2015	210
Tabla 5-4	Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2015	211
Tabla 5-5	Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2015	211
Tabla 5-6	Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2015	212
Tabla 5-7	Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrico-ginecológica, 2015	212
Tabla 5-8	Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014	213
Tabla 5-9	Reconocimiento de títulos comunitarios, 2014-2015	214
Tabla 5-10	Reconocimiento de títulos de especialistas extracomunitarios, 2015	215
Tabla 5-11	Estancias formativas de profesionales sanitarios en centros del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma, 2015	216
Tabla 5-12	Actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2015	217
Tabla 5-13	Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según especialidad médica, 2015	218
Tabla 6-1	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización, según grupo ATC1	221
Tabla 6-2	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización por grupo ATC1 según tipo de aportación	222
Tabla 6-3	Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	224
Tabla 6-4	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	226
Tabla 6-5	Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	227
Tabla 6-6	Evolución del número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	227
Tabla 6-7	Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	228
Tabla 6-8	Nuevos medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	229

Tabla 6-9	Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015	230
Tabla 6-10	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre 2015	231
Tabla 6-11	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre de cada año, 2011 – 2015	232
Tabla 6-12	Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015	233
Tabla 6-13	Medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre 2015	234
Tabla 6-14	Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, por grupo según tipo de aportación y precios medios, situación a 31 de diciembre de 2015	235
Tabla 6-15	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2015	246
Tabla 6-16	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2015	247
Tabla 6-17	Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2015	248
Tabla 6-18	Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2015	249
Tabla 6-19	Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases genéricos, 2015	252
Tabla 6-20	Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe de genéricos, 2015	253
Tabla 6-21	Consumo de productos sanitarios por grupo, según envases, 2015	254
Tabla 6-22	Consumo de productos sanitarios por grupo, según importe, 2015	254
Tabla 6-23	Ventas de medicamentos por laboratorios ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015	255
Tabla 6-24	Ventas de productos sanitarios por ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015	255
Tabla 6-25	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2015	256
Tabla 6-26	Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2015	257
Tabla 6-27	Nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica del SNS como medicamentos huérfanos en 2015	258
Tabla 6-28	Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2015	259
Tabla 6-29	Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2015	260
Tabla 7-1	Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante. España, 2010-2014	261

Tabla 7-2	Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014	262
Tabla 7-3	Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud, millones de euros, 2010-2014	264
Tabla 7-4	Gasto sanitario total según agente de financiación, millones de euros, 2010-2014	265
Tabla 7-5	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma, millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014	266
Tabla 7-6	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual, en porcentaje. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2013-2014	267
Tabla 7-7	Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidad autónoma, millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014	268
Tabla 8-1	Implantación de la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas, según ámbito, 2016	275
Tabla 8-2	Evolución del conocimiento de la receta electrónica, 2011-2015	275
Tabla 8-3	Receta médica interoperable, número de pacientes atendidos por comunidad autónoma de dispensación según comunidad autónoma origen de los pacientes. 2016	277
Tabla 9-1	Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2015	280
Tabla 9-2	Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2015	280
Tabla 9-3	Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2015	281
Tabla 9-4	El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema..., 2013-2014	283
Tabla 9-5	Como Ud. ya sabrá, con el nuevo sistema de prestación farmacéutica, cada paciente paga los medicamentos según su nivel de renta. En relación con este sistema, ¿con cuál de las siguientes opiniones está Ud. más de acuerdo?, 2015	283
Tabla 9-6	Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2015	284

Índice de Gráficos

Gráfico 1-1	Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2016	34
Gráfico 1-2	Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2015	35
Gráfico 1-3	Evolución de la tasa de dependencia: tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2015	37
Gráfico 1-4	Evolución del número de defunciones y nacimientos, 1981-2015	42
Gráfico 1-5	Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2014	46
Gráfico 1-6	Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2014	52
Gráfico 1-7	Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2014	53
Gráfico 1-8	Percepción del estado de salud en población de 15 y más años según sexo, 2014	54
Gráfico 1-9	Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	55
Gráfico 1-10	Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 – 2014	56
Gráfico 1-11	Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014	60
Gráfico 1-12	Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014	61
Gráfico 1-13	Tendencia en la prevalencia de sangrado de las encías en la población de 15 y más años según sexo, 1995-2011/2012	63
Gráfico 1-14	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014	64
Gráfico 1-15	Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014	66
Gráfico 1-16	Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2015	68
Gráfico 1-17	Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2015	70
Gráfico 1-18	Nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, tasa por cada 100.000 habitantes, 2009-2014	71
Gráfico 1-19	Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015	73

Gráfico 1-20	Hepatitis A, HEPATITIS B y otras Hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014	74
Gráfico 1-21	Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2014	76
Gráfico 1-22	Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 – 44 años, y en menores de 20 años 2000-2014	78
Gráfico 1-23	Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2000-2014	79
Gráfico 1-24	Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por 1.000 accidentes y por 100.000 habitantes, 1991-2013	80
Gráfico 1-25	Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015	81
Gráfico 1-26	Accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, 2014	82
Gráfico 2-1	Prevalencia de consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	83
Gráfico 2-2	Evolución del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014	85
Gráfico 2-3	Tendencia del cumplimiento de la Ley del Tabaco, 2011-2014	87
Gráfico 2-4	Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2014	88
Gráfico 2-5	Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2014	89
Gráfico 2-6	Prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	92
Gráfico 2-7	Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	93
Gráfico 2-8	Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años, según patrón de consumo y edad, 2014	94
Gráfico 2-9	Prevalencia del consumo de hipnosedantes en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	95
Gráfico 2-10	Prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	96
Gráfico 2-11	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis y heroína en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	96
Gráfico 2-12	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de 6 a 9 años, según ingresos económicos de la familia, 2015	99
Gráfico 2-13	Evolución de la prevalencia de sobrepeso en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015	100

Gráfico 2-14	Evolución de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015	101
Gráfico 2-15	Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	102
Gráfico 2-16	Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014	102
Gráfico 2-17	Evolución del consumo fruta fresca (excluidos zumos) en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014	103
Gráfico 2-18	Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	103
Gráfico 2-19	Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014	104
Gráfico 2-20	Evolución del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014	105
Gráfico 2-21	Sedentarismo en la población de 15 y más años por edad y sexo, 2014	106
Gráfico 2-22	Evolución del porcentaje de sedentarismo en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014	108
Gráfico 2-23	Evolución de los grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años, 1993-2014	109
Gráfico 3-1	Médicos en ejercicio, porcentaje sobre el total según grupo de edad y sexo, 2014	111
Gráfico 3-2	Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	112
Gráfico 3-3	Evolución del número de médicos en labores asistenciales según sexo, 2000-2014	112
Gráfico 3-4	Evolución del porcentaje de médicos en labores asistenciales según grupo de edad, 2000-2014	113
Gráfico 3-5	Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2015	114
Gráfico 3-6	Evolución del número de médicos graduados, 1980-2014	116
Gráfico 3-7	Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014	117
Gráfico 3-8	Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 médicos en ejercicio, 2000-2014	117
Gráfico 3-9	Evolución del número de enfermeras en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	118
Gráfico 3-10	Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales en el SNS según nivel asistencial, 2010-2015	120
Gráfico 3-11	Evolución del número de enfermeras graduadas, 1980-2014	122

Gráfico 3-12	Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014	122
Gráfico 3-13	Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 enfermeras en ejercicio, 2000-2014	123
Gráfico 3-14	Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	124
Gráfico 3-15	Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2015	126
Gráfico 3-16	Evolución del número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014	127
Gráfico 3-17	Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004-2015	129
Gráfico 3-18	Número de habitantes (media) por oficina de farmacia, 2015	132
Gráfico 3-19	Evolución en el Sistema Nacional de Salud de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes y de la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes, 2010-2015	135
Gráfico 3-20	Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2015	145
Gráfico 4-1	Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2015	151
Gráfico 4-2	Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años, campañas 2005-2006 a 2015-2016	154
Gráfico 4-3	Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2014	159
Gráfico 4-4	Frecuentación por grupos de edad a la consulta de atención primaria del SNS, 2015	163
Gráfico 4-5	Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2015	164
Gráfico 4-6	Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	167
Gráfico 4-7	Problemas de salud más frecuentes en la población de 15-y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	168
Gráfico 4-8	Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	169
Gráfico 4-9	Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 2000-2014	178
Gráfico 4-10	Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 2000-2014	179
Gráfico 4-11	Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015	182

Gráfico 4-12	Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2015	190
Gráfico 4-13	Tendencia del número de trasplante de progenitores hematopoyéticos, 1985-2015	191
Gráfico 4-14	Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2015	192
Gráfico 4-15	Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2015	193
Gráfico 4-16	Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos no emparentados, 1993-2015	193
Gráfico 4-17	Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2015	195
Gráfico 4-18	Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2015	195
Gráfico 4-19	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de médico de familia y pediatra de la sanidad pública, 2015	196
Gráfico 4-20	Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2015.	198
Gráfico 4-21	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de especialistas de la sanidad pública, 2015	200
Gráfico 4-22	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en los hospitales de la sanidad pública, 2015	200
Gráfico 6-1	Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización según ATC1	221
Gráfico 6-2	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	226
Gráfico 6-3	Total de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización según ATC1, situación a 31 de diciembre de 2015	230
Gráfico 6-4	Evolución de los precios medios, de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de cada año, 2011 – 2015	233
Gráfico 6-5	Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente, 2012-2015	236
Gráfico 6-6	Ventas medias mensuales en miles de euros por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	237
Gráfico 6-7	Evolución del gasto farmacéutico, en millones de euros a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015	239
Gráfico 6-8	Evolución del porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015	239
Gráfico 6-9	Porcentaje de variación del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS según comunidad autónoma, 2015-2014	240

Gráfico 6-10	Evolución del número de recetas médicas, en millones del SNS facturadas, 2010-2015	241
Gráfico 6-11	Evolución del porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2010-2015	241
Gráfico 6-12	Evolución del gasto medio por receta médica del SNS, 2010-2015	242
Gráfico 6-13	Gasto medio por receta médica del SNS según comunidad autónoma, 2015	242
Gráfico 6-14	Evolución del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015	243
Gráfico 6-15	Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015	243
Gráfico 6-16	Evolución del consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015	244
Gráfico 6-17	Consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015	244
Gráfico 6-18	Evolución del consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS, según porcentaje de envases y porcentaje de importe, 2010-2015	250
Gráfico 6-19	Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2015	251
Gráfico 6-20	Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2015	251
Gráfico 7-1	Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014	262
Gráfico 7-2	Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2014	263
Gráfico 7-3	Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales. Distribución porcentual según modo de producción,, 2014	265
Gráfico 8-1	Comunidades autónomas que emiten Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) con formato común para el SNS, 2016	270
Gráfico 8-2	Población protegida por el SNS, en miles de personas, según el nivel de aportación, 2016	270
Gráfico 8-3	Evolución del número de habitantes protegidos por el SNS en millones de personas, 2013-2016	271
Gráfico 8-4	Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2016	272
Gráfico 8-5	Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Población Protegida del SNS, 2016	273
Gráfico 8-6	Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2016	274
Gráfico 8-7	Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2015	276

Gráfico 8-8	Evolución de las recetas dispensadas utilizando la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud, 2011-2016	277
Gráfico 9-1	Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario, 2008-2015	279
Gráfico 9-2	Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2009-2015	281
Gráfico 9-3	Porcentaje de entrevistados que consideran que el SNS presta los mismos servicios a todas las personas independientemente de su sexo, edad, nivel social, nacionalidad y residencia, 2015	282

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AECOSAN	Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición
ALADINO	Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad
ATC	Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química. Sistema de codificación de los medicamentos según su efecto farmacológico, sus indicaciones terapéuticas y su estructura química. Se divide en 5 niveles, siendo el primer nivel (ATC1) el más general y el quinto nivel (ATC5) el más detallado.
Primer nivel (ATC1):	órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.
Segundo nivel (ATC2):	subgrupo terapéutico
Tercer nivel (ATC3):	subgrupo terapéutico o farmacológico
Cuarto nivel (ATC4):	subgrupo terapéutico, farmacológico o químico
Quinto nivel (ATC5):	designa el principio activo específico o asociación farmacológica
AVS ₆₅	Años de Vida Saludable a los 65 años
AVSn	Años de Vida Saludable al nacer

B

BS	Barómetro Sanitario
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
BDPP-SNS	Base de Datos de Población Protegida del SNS

C

CA	Comunidad Autónoma
CCST	Comité Científico para la Seguridad Transfusional
CE	Marcado de Conformidad Europea, es un mercado europeo para ciertos grupos de servicios o productos industriales
CEMT	Conferencia Europea de Ministros de Transporte
CFCPS	Comisión de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIAP2	Clasificación Internacional de Atención Primaria segunda edición
CIE-10-ES	Traducción al español de la 10ª revisión Clasificación Internacional de Enfermedades

CIE10-ISHMT	Se trata de la correspondencia de los casos codificados con CIE-9MC a un listado reducido de categorías diagnósticos para la tabulación de la morbilidad hospitalaria adoptada por la OECD/Eurostat/OMS
CIE-9-MC	Modificación clínica de la 9ªrevisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
Cir.	Cirugía
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CIS	Centro de Investigación Sociológica
CL	Consultorio Local
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CNECS	Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
CNH	Catálogo Nacional de Hospitales
CON-11	Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011. Las 6 ocupaciones utilizadas son las siguientes: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as. VI. Trabajadores no cualificados
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i> (Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil)
CPD-E Visado	Visado para mayores de 75 años
CRRHHSNS	Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud
CS	Centro de Salud
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
CTD	Coste /Tratamiento/ Día
CTS	Centros de Transfusión Sanguínea
C. Valenciana	Comunitat Valenciana

D

DDD	Dosis Diaria Definida
DH	Diagnóstico Hospitalario
DHD	Dosis por Habitante y Día (Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día)
DTPa/dTpa	Difteria-Tétanos-Tosferina

E

(e)	Datos estimados
E	Enfermera
EAP	Equipo de Atención Primaria
EC	Envase Clínico
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España
EDOs	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EES	Encuesta Europea de Salud
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i> (Encuesta Europea de Salud)
E/M	Ratio Enfermera/Médico
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPA	Encuesta de Población Activa
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERN	Redes Europeas de Referencia
ESTUDES	Encuesta sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias en España
Eurostat	Oficina estadística de la Unión Europea
EV ₆₅	Esperanza de Vida a los 65 años
EV _n	Esperanza de Vida al nacer

F

FSE	Formación Sanitaria Especializada
-----	-----------------------------------

H

Hab.	Habitantes
HB	Hepatitis B
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCR	Historia Clínica Resumida

Heterosex	Relaciones heterosexuales de riesgo
Hib	Haemophilus influenzae tipo b
h. sexuales	hormonas sexuales
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

I

iCMBD	Aplicación de consulta para el análisis y explotación del registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitales del Sistema Nacional de Salud
I+D+i	Investigación + Desarrollo + innovación
I+D	Investigación + Desarrollo
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IPC	Índice de Precios de Consumo
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISHMT	International Shortlist for hospital morbidity tabulation
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
IVEs	Interrupciones Voluntarias del Embarazo

L

LEQ	Lista de Espera Quirúrgica
-----	----------------------------

M

M	Médicos
MATEPSS	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
MCSS	Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social
MenC	Meningococo C
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial

N

(N)	Número de entrevistas
NC	No contesta
NS	No sabe
NAOS	Estrategia para nutrición, actividad física y prevención de la obesidad

O

OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplante
Orden SSI	Orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
O.R.L	Otorrinolaringología

P

P	Pendiente de abordar el proceso de implantación de la receta médica electrónica del SNS
PEN	Plan Estadístico Nacional
PIB	Producto Interior Bruto
PID	Personas que se Inyectan Drogas
p.m.p.	por millón de habitantes
PRE	Orden de Presidencia del Gobierno
PSOH	Prueba de Sangre Oculta en Heces
PVL	Precio Venta Laboratorio
PVP	Precio Venta al Público
PVP-IVA	Precio Venta al Público incluidos los impuestos

R

RAE-CMBD	Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
REDMO	Registro Español de Donantes de Médula Ósea
RESNS	Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud
RM	Resonancia Magnética

S

SCO	Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo
SCP	Sin cupón precinto diferenciado y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales
SCU	Sangre de Cordón Umbilical
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
SIAE	Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión
SIIU	Sistema Integrado de Información Universitaria
SINIVIH	Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de Virus de Inmunodeficiencia Humana
SISCAT	Sistema Sanitari Integral D'utilizació Pública de Catalunya
SISCSUR	Sistema de Información para el seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia
SISLE-SNS	Sistema de Información Sanitaria de Lista de Espera en el Sistema Nacional de Salud
SI-SNST	Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRP	Sarampión – Rubeola - Parotiditis
SS	Seguridad Social
SSI	Orden del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
ST	Servicios de Transfusión

T

TAC	Tomografía Axial Computerizada
Td	Tétanos-Difteria
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TPH	Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

U

UH	Uso Hospitalario
----	------------------

V

VCN	Vacunación frente al Neumococo
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPI	Virus de la Poliomiélitis Inactivado
V, S y D	Viernes, Sábado y Domingo
VVZ	Vacunación frente a la Varicela

X

XHUP Xarxa Hospitalaria d'Utilizació Pública (Catalunya) (Red de Utilización Pública de Cataluña)

Fuentes

Accreditación de centros, unidades y dispositivos docentes para la Formación Sanitaria Especializada

La acreditación es el proceso sistemático, independiente y documentado, por el que se reconoce la cualificación de un centro o servicio como centro docente o unidad docente para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de acuerdo a unos requisitos o estándares que incluyen, entre otros, unos mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente e investigadora y calidad.

La iniciativa para solicitar la acreditación parte de la Entidad Titular del Centro, requiriendo informe de la comisión de docencia del mismo e informe favorable de la Consejería de Sanidad de su comunidad autónoma quien la remitirá al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad resuelve las solicitudes de acreditación, una vez informadas por las comisiones nacionales que componen el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Periódicamente los centros y unidades docentes acreditadas se someten a procedimientos de auditorías docentes externas que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También se lleva a cabo un seguimiento tanto de las auditorías como de los planes de mejora garantizando el avance continuo de la calidad.

Más información

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Elaborado y publicado anualmente por Ministerio de Empleo y Seguridad Social - Subsecretaría de Empleo y Seguridad Social recopila los principales datos socio-laborales de España sobre los siguientes temas: mercado de trabajo, inmigración y emigración, formación profesional y medidas de apoyo al empleo; condiciones de trabajo y relaciones laborales y prestaciones de seguridad social y otra protección social. Dentro del tema condiciones de trabajo y relaciones laborales se proporciona información sobre los accidentes de trabajo.

Más información

<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

Barómetro Sanitario

El Barómetro Sanitario (BS) recaba información, a través de un cuestionario y de una entrevista personal directa, sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias, el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural, el grado de penetración de campañas de información. El cuestionario tiene una parte variable que investiga dimensiones que se definen para cada estudio anual. Como variables de clasificación utiliza la edad, sexo, nivel de estudios, actividad, tamaño del municipio de residencia, nivel de ingresos y comunidad autónoma de residencia.

El Barómetro Sanitario forma parte del Plan Estadístico Nacional (PEN) 2013–2016. Su realización es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en

colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) hace referencia a un conjunto de datos relacionados con la atención prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permita conocer el contenido efectivo de la atención a partir de las fuentes primarias, esto es, las historias clínicas utilizadas en Atención Primaria.

La BDCAP se concibe como una base de datos poblacional, representativa a nivel de comunidad autónoma, de la población asignada a los servicios de Atención Primaria del SNS.

Los análisis se centran en el usuario y en aquellos problemas de salud y acontecimientos relacionados que le suceden a lo largo del tiempo, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Base de Datos de Población Protegida del SNS

La identificación de los usuarios con derecho a la protección de la salud en el SNS se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra a los usuarios del SNS en una Base de Datos común de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS) y para poder reconocer de manera segura e inequívoca a cada persona con cobertura por el SNS se genera un código de identificación personal, único y vitalicio.

El código actúa de llave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos puedan tener asignados el usuario a lo largo de su vida. Esto va a permitir la recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a esos códigos.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic01.htm>

Catálogo de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El Ministerio en colaboración con la Comisión contra la Violencia de Género del SNS y los Comités de las Estrategias en Salud, viene trabajando desde 2012 en un proceso común sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de las Buenas Prácticas (BBPP), sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género y también en las diferentes estrategias en salud del SNS. Se considera Buena Práctica aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. En 2016 el Catálogo de Buenas Prácticas del SNS está constituido por 225 buenas prácticas identificadas y publicadas en el marco de 10 estrategias del SNS: promoción y prevención, atención al parto y salud reproductiva, actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, enfermedades raras, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, cuidados paliativos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>

Catálogo Nacional de Hospitales

El Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) proporciona información básica de los centros hospitalarios en funcionamiento a 31 de diciembre de cada año. Como directorio recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono, localidad y municipio), la dotación de camas instaladas, la dependencia funcional, la existencia de concierto y si está acreditado como centro docente.

El Catálogo Nacional de Hospitales está elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, INGESA y el Ministerio de Defensa. La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Cifras de Población

Las Cifras de Población, con fuente en el Instituto Nacional de Estadística, proporcionan una medición cuantitativa de la población residente en España, en cada comunidad autónoma, en cada provincia y en cada isla (en las provincias insulares), desagregada según características demográficas básicas, como el sexo, el año de nacimiento, la edad, la nacionalidad y el país de nacimiento. La serie poblacional se obtiene de las estimaciones intercensales de la población para el período 1971-2012 y a partir de 2012, de la operación Cifras de Población.

Estos datos son empleados como cifras poblacionales de referencia en todas las operaciones estadísticas del INE (encuestas, contabilidad nacional, indicadores, etc.) y son transmitidas a nivel internacional como datos oficiales de población de España a todos los efectos.

Más información:

http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm

El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), es el órgano asesor y científico en materia de formación especializada en Ciencias de la Salud de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación, Cultura y Deporte.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/consejoEspecialidades.htm>

Enfermedades de Declaración Obligatoria

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles se realiza en nuestro país a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) que, a partir de la observación continuada de la aparición y distribución de los casos de las enfermedades consideradas, permite el establecimiento de patrones de riesgo y la adopción de medidas de control pertinentes.

Los datos proceden del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml>

Defunciones según la causa de muerte

Operación estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los institutos de estadística de todas las comunidades autónomas, consejerías/departamentos con competencia en sanidad de las comunidades autónomas, Registros Civiles (MJUS), está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Proporciona el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministra información para la construcción de indicadores de salud. Como variables de estudio utiliza personas fallecidas y muertes fetales tardías. Como variables de clasificación la causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, provincia de residencia y de fallecimiento. La periodicidad de la recogida de los datos es mensual y de la difusión anual.

Más información:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&N=&L=0>

Encuesta Europea de Salud en España

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

Es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

El cuestionario consta de 4 módulos: módulo sociodemográfico (hogar e individual), módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de la salud

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

Encuesta Nacional de Salud de España

La Encuesta Nacional de Salud de España, es una estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016, tiene como objetivo general informar sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.

Como variables de estudio utiliza, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, la autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria. Como variables de clasificación la edad, sexo, tamaño del hábitat, país de origen y estatus socioeconómico (nivel de estudios, ocupación e ingresos). La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es quinquenal.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Encuesta de Población Activa

La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo, continua y de periodicidad trimestral, dirigida a las viviendas familiares, elaborada por INE con el objetivo de proporcionar datos de la fuerza de trabajo y de sus diversas categorías, así como de la población ajena al mercado laboral. La muestra inicial es de unas 65.000 familias al trimestre que equivalen aproximadamente a 180.000 personas.

La Encuesta de Población Activa (EPA) se realiza desde 1964, siendo la metodología vigente en la actualidad la de 2005, estando armonizada con la Unión Europea (UE).

Más información:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España

La Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el ámbito laboral acordó incluir un módulo específico en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que se realiza bienalmente entre población de 15-64 años para obtener información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral. En el año 2007 se llevó a cabo por primera vez, realizándose nuevamente en 2013.

Más información:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/gl/noticiasEventos/dossier/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas desarrolla con una periodicidad bienal la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) que analiza el consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanza secundaria, bachillerato y formación profesional para conocer la situación y las tendencias de consumo y diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas. Las principales variables de estudio son la prevalencia y frecuencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, riesgo percibido, accesibilidad percibida, aprobación/rechazo de distintas conductas de consumo, información recibida sobre el tema y vía por la que la ha recibido, consumo de drogas por sus pares, actitud de los padres ante el consumo de drogas. Las variables de clasificación son edad, sexo, comunidad autónoma, titularidad del centro educativo, tipo de estudios, situación laboral principal de los padres, nivel de estudios completado por los padres, repetición de curso, dinero de bolsillo disponible semanalmente y utilización del tiempo libre.

Más información:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Enfermedades de Declaración Obligatoria

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles se realiza en nuestro país a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) que, a partir de la observación

continuada de la aparición y distribución de los casos de las enfermedades consideradas, permite el establecimiento de patrones de riesgo y la adopción de medidas de control pertinentes.

Los datos proceden del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml>

Esperanzas de Vida y Años de Vida saludable en España

Las estimaciones de esperanza de vida se han obtenido de las tablas de vida de periodo abreviada con grupos edad quinquenales, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las defunciones ocurridas en el año-calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Para el cálculo de las estimaciones de años de vida saludable, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han utilizado la prevalencia de limitaciones de actividad tomando como fuente las encuestas nacionales de salud.

Más Información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Estadística de accidentes de tráfico con víctimas-anuario estadístico general

La Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior elabora y difunde anualmente los datos del número de los accidentes de tráfico con víctimas, con especificación de las circunstancias que concurren en ellos y sus consecuencias; como variables de estudio se identifican los accidentes de circulación con víctimas, muertes, heridos graves y leves y como variables de clasificación la zona de ocurrencia del accidente, características de la vía, condiciones meteorológicas, tipo de vehículo, tipo de usuario, edad y sexo de los usuarios y de las víctimas.

Más información:

<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-accidentes/>

Estadística del consumo farmacéutico a través de recetas médicas del sistema nacional de salud incluido el mutualismo administrativo

Estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la participación de los Servicios de salud de todas las comunidades autónomas, INGESA, MUFACE, ISFAS y MUGEJU, proporciona información sobre el consumo de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, prescritos en recetas médicas del Sistema Nacional de Salud, incluidas las recetas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU y dispensados a través de las oficinas de farmacia.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

Estadísticas de donación y trasplante de órganos

Estadísticas incluidas en el inventario de operaciones estadísticas de la Administración General de Estado; son elaboradas por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y permiten conocer la actividad de donación, extracción y trasplante de órganos. Como variables de estudio se utilizan los donantes y las extracciones y trasplantes realizados. Como variables de clasificación el centro, la comunidad autónoma y el órgano. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx>

Estadística de estudiantes universitarios

Elaborada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes aporta información anualmente sobre el número de estudiantes matriculados y egresados, así como su género, edad, nacionalidad, lugar de residencia habitual, en el caso de los egresados, tramo de nota del expediente académico. La estadística está incluida en el Plan Estadístico Nacional (PEN) y su periodo de referencia es anual.

En el proceso de recogida de información participa la Secretaría General de Universidades que ha desarrollado el Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU), el cual consiste en una plataforma de información compartida por las universidades, las comunidades autónomas y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, en la que se recoge información a nivel micro de los estudiantes y del personal al servicio de las universidades. El SIIU está estructurado en áreas temáticas: área académica, área de recursos humanos, área de I+D, área de becas y ayudas al estudio, área de inserción laboral. Todas estas áreas se apoyan en los ficheros auxiliares, que son los que establecen el marco de cada una de las áreas. En el área académica se recoge la información referida a los estudiantes universitarios, matriculados y egresados.

Más información:

<http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/alumnado.html>

Estadística del Gasto Sanitario Público

La elaboración de la estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Defensa y Ministerio de Interior. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) tiene como objetivo la obtención de la cifra agregada de gasto público en sanidad; clasificación por agregados de contabilidad nacional, clasificación económica, funcional y por sector de gasto; territorialización del gasto público en sanidad; y aproximación metodológica a las cuentas de salud de la OCDE.

Como variables de estudio económicas utiliza: remuneración del personal, consumo intermedio, conciertos, transferencias corrientes, gasto de capital. Como variables funcionales: servicios hospitalarios y especializados, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia, traslado, prótesis. Como variables de contabilidad nacional: consumo colectivo, consumo individual, producción de no mercado, producción de mercado. Como variables de clasificación: los servicios suministrados y agentes ejecutores del gasto. La periodicidad de la difusión y recogida de los datos son anuales.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Estadísticas de Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Proporciona información estadística sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realiza las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs), las características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan. Como variables de estudio utiliza los motivos, semanas de gestación y método empleado. La periodicidad de la difusión es anual y la recogida de los datos es trimestral.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Estadística de los servicios de urgencias y emergencias 112/061

Los servicios de urgencias y emergencias 112/061 facilitan la identificación y el contacto de los ciudadanos ante una situación de urgencia sanitaria –especialmente ante emergencias- y permita coordinar eficazmente la atención y mejorar la respuesta a la misma.

Todas las comunidades autónomas disponen en su ámbito de un centro coordinador ligado al 061 que, si bien se integra con el teléfono de emergencias 112, mayoritariamente mantiene una estructura organizativa y de gestión propias.

La elaboración de esta estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y forma parte del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Estadisticas.htm>

Estadísticas de vacunaciones

Tiene como objetivo general el conocer las vacunaciones realizadas en la población, en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Como variables de estudio utiliza la clase de vacuna y dosis administradas y como variables de clasificación la edad. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual. Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No incluye vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

Las estadísticas de vacunaciones forman parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado. Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España

España, a través de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), y de la Estrategia NAOS, participa en la Iniciativa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) desde su puesta en marcha, en sintonía con la línea de colaboración con la OMS que se mantiene desde hace años, participación que se tradujo en la realización del Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO).

La primera edición del Estudio ALADINO, se realizó en 2011, en niños y niñas de 6 a 9 años. El estudio ALADINO 2013, se realizó en niños y niñas de 7 y 8 años. En su edición 2015, el estudio se ha realizado en 10.899 niños (5.532 niños y 5.367 niñas) de 6 a 9 años en 165 centros escolares de toda España. Esta muestra es representativa del conjunto de la población española para esos grupos de edad. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2015 y marzo de 2016.

Las diferentes oleadas del estudio ALADINO se han desarrollado con la finalidad de valorar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños españoles, ajustándose su diseño en lo posible a lo reflejado en el protocolo de la iniciativa COSI. Tal iniciativa propone la recogida de información acerca de sobrepeso y obesidad en niños en varios momentos, con el objeto de efectuar una evaluación de las medidas contra la obesidad, tomadas en los diferentes estados europeos. El rango de edad estudiado se ha establecido teniendo en cuenta la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que es la que precede a la pubertad, de manera que a la hora de poder hacer comparaciones entre estados se reducen las posibles diferencias atribuibles a la edad de aparición de la pubertad. En esta tercera oleada, el ALADINO 2015, se ha valorado la prevalencia de sobrepeso y obesidad de niños y niñas españoles de 6 a 9 años. Estos datos permitirán analizar la evolución de las cifras de sobrepeso y obesidad y los posibles cambios en algunas variables relacionadas con la prevalencia de este problema de salud, y sus principales determinantes.

Más información:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2015.htm

Formación continuada y acreditación

Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de las múltiples actividades de formación continuada que se ofertan a los profesionales sanitarios. De común acuerdo han decidido que el mejor camino para obtener ese fin es el establecimiento de sistemas voluntarios de acreditación, cuyo valor y eficacia se potenciará cuanto más general sea su configuración y su ámbito y en tanto esté abierto a la participación de todas las Administraciones Públicas.

La Formación continuada es una formación no reglada, necesaria para el incesante progreso científico y técnico que se está produciendo en las ciencias de la salud, con una incidencia directa en la organización y funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria, cada vez más compleja y eficaz.

La acreditación es la valoración que un organismo externo hace de un individuo, centro o actividad, según unos criterios y estándares previamente establecidos. La acreditación, que deberá realizarse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos por la Comisión de Formación Continuada, tendrá efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la administración pública que expidió la acreditación. Los criterios que apruebe dicha Comisión deberán sujetarse a los principios de necesidad, objetividad, no discriminación y

proporcionalidad. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrían acreditar actividades en materia de formación continuada de los profesionales sanitarios. Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.htm>

Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.

El proyecto HCDSNS ha sido liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el marco del Programa Sanidad en Línea, en colaboración con la Entidad Pública Empresarial red.es, con las 17 Comunidades Autónomas y con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Más información

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>

iCMBD

Aplicación de consulta para el análisis y explotación del registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitales del Sistema Nacional de Salud. La información, disponible desde 2001, incluye varias familias de indicadores: frecuentación, tasas de realización, mortalidad, complicaciones, entre otros, con diferentes ejes de análisis (descriptivo, serie temporal, mejores resultados, etc.), para las distintas variables de clasificación y/o filtro del CMBD (geográficas, demográficas, clínicas, de episodio).

Más información:

<http://icmbd.es/login-success.do>

Indicadores demográficos. Tasa de dependencia total, juvenil y de mayores

La tasa de dependencia es un indicador demográfico básico que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). La tasa de dependencia total se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año “x” menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años expresada en tanto por cien.

Es un indicador con un claro significado económico, representa la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa.

La tasa de dependencia juvenil o de población menor de 16 años se define como el cociente entre la población residente a 1 de enero del año “x” menor de 16 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

La tasa de dependencia de mayores o de población mayor de 64 años se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año “x” mayor de 64 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

Más información:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>

Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas que conforman el Movimiento Natural de la Población son la estadística de nacimientos, la estadística de defunciones y la estadística de matrimonios, su publicación anual es responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística.

La Estadística de Nacimientos recoge los nacimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas siendo los Registros Civiles la fuente primaria de información, que se recoge a partir del boletín estadístico de parto. Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil.

La Estadística de Defunciones, recoge los fallecimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento lo cumplimenta el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción, cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene un juzgado, la información la cumplimenta el juzgado.

Más información:

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Nacimientos

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=0>

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Defunciones

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e306/&file=inebase>

Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS

El Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en materia de prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Este Nomenclátor está disponible mediante procedimientos electrónicos, y accesible para todas las Administraciones Públicas implicadas en la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, así como para el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

La receta médica es el documento normalizado por el cual los profesionales legalmente facultados prescriben los medicamentos o productos sanitarios al paciente para su dispensación. La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El proyecto de Receta Electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) tiene como objetivo principal permitir la dispensación desde cualquier farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra comunidad autónoma sin necesidad de presentar una receta en papel.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

Reconocimiento de títulos extracomunitarios

El reconocimiento en España de efectos profesionales a los títulos de especialista obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, se lleva a cabo por el procedimiento regulado en el Real Decreto 459/2010 de 16 de abril que desarrolla el artículo 18 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

La resolución positiva de las solicitudes de reconocimiento implica otorgar a los títulos extranjeros los efectos profesionales inherentes al título español que en cada caso corresponda. El reconocimiento otorga los mismos derechos y obligaciones profesionales que el título español de especialista y es requisito imprescindible para el ejercicio en España, por cuenta propia o ajena, de la profesión de especialista de que se trate.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/recoTitulosExtra.htm>

Red de escuelas de salud para la ciudadanía

Aportar a los pacientes, familiares y cuidadores una fuente de información y herramientas de formación, a partir del compromiso de poner a su disposición las mejores evidencias disponibles. Se sustenta en las aportaciones de las Escuelas y proyectos del Sistema Nacional de Salud, Escuela Andaluza de Pacientes, la Escuela Cántabra de Salud, la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, el Programa Paciente Expert Catalunya, y el Programa Paziente Bizia Osakidetza junto con la Red Ciudadana de Formadores del SNS, del Ministerio y la Fundació Salut i Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), contando además con las aportaciones que las distintas asociaciones de pacientes o asociaciones profesionales hacen para contribuir a la mejora de los recursos de la red.

Más información:

<http://www.escuelas.msssi.gob.es/home.htm>

Red Española de Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud

La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud está formada por las agencias o unidades de evaluación de la administración general del estado y de las comunidades autónomas, que trabajan de manera coordinada, con una metodología común y bajo el principio del reconocimiento mutuo y la cooperación. La Red Española se crea por el Consejo interterritorial del SNS en 2012, con el fin de promover la calidad, eficiencia y sostenibilidad en evaluación de tecnologías sanitarias en el SNS. La misión de la Red es generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el SNS, contribuyendo al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo.

Más información:

<http://redets.msssi.gob.es/>

Registro de Actividad de Atención Especializada

La explotación estadística del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA y forma parte del Plan Estadístico Nacional 2013–2016. La operación estadística tiene

como objetivo conocer los procesos de hospitalización (diagnóstico, comorbilidad, tipo de proceso de atención y tipo de proceso) con internamiento y sin internamiento de los hospitales. Como variables de estudio utiliza las fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundario, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destino y situación al alta, claves de historia clínica y hospital, financiación de la asistencia. Como variables de clasificación la edad, sexo, lugar de residencia, lugar de hospitalización. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Registro Nacional de Especialistas en Formación

El Registro Nacional de Especialistas en Formación, depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en él se inscriben los adjudicatarios de plaza a formación sanitaria especializada una vez asignada la plaza, y se anotan las evaluaciones anuales y finales de los especialistas en formación, y como las incidencias relativas a la suspensión o finalización de la formación. El Registro Nacional de Especialistas permite la coordinación eficaz y el seguimiento de la formación sanitaria especializada de los licenciados y diplomados, una vez que han superado la prueba correspondiente.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/home.htm>

Sistema de Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es una operación estadística que se realiza en España desde 2005. La unidad responsable de su producción es la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El SCS, que se elabora de acuerdo con el manual *A System of Health Accounts* publicado por la OCDE en el año 2000, descansa en un esquema triaxial a partir del cual se desarrolla la estructura de cuentas y clasificaciones: funciones, proveedores y financiadores. La clasificación funcional distingue entre funciones básicas y funciones relacionadas. Únicamente, la suma del gasto de las primeras genera el gasto sanitario total. Los gastos en formación del personal sanitario y en investigación y desarrollo en el ámbito de la salud, que el SCS considera funciones relacionadas, quedan excluidos del cómputo del gasto sanitario. Sin embargo, incorpora como gasto sanitario el de los cuidados estrictamente sanitarios a personas dependientes y los denominados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Las principales fuentes de información del SCS son, para el gasto público, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), y, para el gasto privado, el gasto en consumo final en sanidad de los hogares, que proporciona el Instituto Nacional de Estadística a través de las Cuentas Nacionales. Para la estimación del gasto en cuidados de larga duración se recurre a información sobre utilización y coste de los servicios sociales utilizados por personas dependientes publicada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales así como a datos sobre prestaciones económicas facilitados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

El SCS ha ido adoptado por OCDE, Eurostat y OMS como referente para la recogida y tratamiento de la información sobre gasto sanitario. La periodicidad de recogida de los datos y su difusión son anuales.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

Sistema de Información Alcántara

A través de la aplicación Alcántara del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se recogen los datos de la información de consumo y gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. Se gestiona la carga de los partes estadísticos de facturación proporcionados por los servicios de salud de las comunidades autónomas, INGESA y mutualismo administrativo, así como la validación de los ficheros de recetas, para la generación de los datos e informes de facturación.

Sistema de Información de Atención Especializada. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) proporciona información de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales proveedores de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices, mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRIM.htm>

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP) proporciona información sobre la dotación de personal, actividad (general y en prestaciones específicas) y número de centros físicos y/o funcionales del Sistema Nacional de Salud que tienen como finalidad la atención primaria. Como variables de estudio utiliza el personal, la actividad y los centros de atención primaria. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Sistema de Información para el Seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia

El Sistema de Información para el Seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (SISCSUR) se sustenta en el registro de pacientes que debe tener actualizado cada CSUR y permite hacer el seguimiento anual de los criterios de designación referidos a actividad y los indicadores de procedimientos y resultados con el fin de mejorar los estándares y detectar desviaciones en el funcionamiento de los CSUR. Como *estándar* se considera el criterio de designación referido a actividad que ha sido acordado por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm>

Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE) ofrece información del número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada y del número de pacientes pendientes de una consulta en atención especializada en la fecha de corte recogidas según los criterios establecidos en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

La difusión de los datos es semestral tras el conocimiento y aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las fechas de corte corresponden a 31 de diciembre y 30 de junio de cada año.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud para la Seguridad Transfusional

El Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud para la Seguridad Transfusional (SI-SNST) tiene como finalidad recoger y gestionar la información necesaria para realizar el seguimiento, análisis, evaluación y control del sistema transfusional, a través de los datos aportados por los responsables de los centros y servicios hospitalarios de transfusión.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/indicadores/indicadores.htm>

Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de casos de sida

Los datos obtenidos a través del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) son la mejor aproximación a la incidencia de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás. El

SINIVIH inició su implantación en los años 2000 y progresivamente se han ido sumando comunidades autónomas, habiéndose completado en 2013.

El Registro Nacional de sida recoge información sobre los nuevos diagnósticos de sida y está implantado en toda España desde el inicio de la epidemia. Al proporcionar información sobre la infección avanzada por VIH, sus datos son muy útiles para evaluar la efectividad de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/sistemas-de-informacion-poblacionales-sobre-vih.shtml>

Tendencias de salud en 30 indicadores

Desde la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2006, el Ministerio de Sanidad, junto con el Instituto Nacional de Estadística (INE), vienen haciendo un esfuerzo importante para armonizar las encuestas nacional y europea de salud, de modo que se pueda producir un estudio periódico cada 2-3 años que conserve la riqueza de las series, primando en lo posible la comparabilidad de Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014 con toda la serie ENSE sin dejar de cumplir con nuestras obligaciones europeas.

La EESE es un estudio de la salud de la población adulta y sus determinantes, y de la utilización de los servicios sanitarios y su accesibilidad. Se realiza a través de entrevistas personales domiciliarias a la población adulta no institucionalizada residente en España (15 y más años) mediante un cuestionario común europeo administrado con ayuda de ordenador.

Actualmente la ENSE, que estudia a la población adulta y también a la población infantil, se realiza conjuntamente con el INE, con periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la EESE, con la que comparte metodología y un grupo de variables nucleares.

Para esta publicación se han seleccionado 30 indicadores de salud de la población adulta, procedentes de ambas encuestas

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Equipo de Trabajo

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Elena Andradas Aragonés

Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación

Santiago Esteban Gonzalo

Recopilación de los datos y análisis (según orden alfabético del primer apellido)

Ángel Abad Bassols

Santiago Esteban Gonzalo

Alicia López Rodríguez

Maquetación y tratamiento de textos e información

Elena Campos Carrizo

Corrección de estilo

José Antonio Lozano Sánchez

Colaboradores (según orden alfabético del primer apellido):

1.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (*)

Alonso Villar, Carmen (4)	Gómez Lafón, Alberto (2)	Neira León, Montserrat (4)
Álvarez Martín, Elena (8)	González Gil, Isabel (2)	Palanca Sánchez, Inés (1)
Andreu Román, María del Mar (6)	Guilló Izquierdo, M ^a Jesús (2)	Pérez Jiménez, Magdalena (6)
Arce Arnáiz, Araceli (6)	Gutiérrez Fisac, Juan Luis (4)	Pérez Mateos, Carmen (3)
Arias Bohigas, Pedro (4)	Ichaso Hernández-Rubio, M ^a Santos (4)	Pérez Menéndez-Valdés, Ricardo (6)
Benedí González, Alicia (2)	Izquierdo Martínez, Maravillas (3)	Perojo Vega, Maria Dolores (9)
Brime Beteta, Begoña (8)	Lens Cabrera, Carlos (2)	Regidor Poyatos, Enrique (4)
Bustos Guadaño, Miguel de (4)	Lillo Fernández de Cuevas, José María (3)	Rivera Ariza, Silvia (6)
Cano Portero, Rosa (10)	Limia Sánchez, Aurora (6)	Rodríguez Blas, María del Carmen (3)
Carbajo Arias, Pilar (5)	Llorente San Atilano, Pedro (4)	Rodríguez Ortiz de Salazar, Begoña (6)
Casado Durandez, Paloma (1)	López Blanco, Juan Antonio (5)	Romero Gutiérrez, Arturo (4)
Díaz Franco, Asunción (10)	López Orive, M ^a Ángeles (4)	Ruiz Lizcano, Aurora (8)
Dopico Plazas, José Luis (7)	Mahillo Durán, Beatriz (9)	Sánchez Cudero, Beatriz (4)
Esteban Gonzalo, Santiago (4)	Mateu Sanchís, Sagrario (6)	Sánchez Franco, Eva María (8)
Estévez Pérez, Emérito (2)	Miguel García, Félix (4)	Sánchez González, Esther (3)
Fernández Quintana, Ana Isabel (4)	Montesinos Alonso, Amparo (4)	Sanz Sebastián, Cristina (4)
Fidalgo García, Luz (4)	Moreno Faraco, Inmaculada (4)	Sendino Gómez, Rosario (8)
Garrido Cantarero, Gregorio (9)	Moreno Portela, M ^a Isabel (3)	Suárez Cardona, Mónica (4)
Gogorcena Aoiz, M ^a Ángeles (4)	Moro Domingo, Elena (6)	Toledo Gómez, David (4)

- (1) Subdirección General de Calidad y Cohesión
- (2) Subdirección General de Calidad de los Medicamentos y Productos Sanitarios
- (3) Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión
- (4) Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación
- (5) Subdirección General de Ordenación Profesional
- (6) Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
- (7) Subdirección General de Recursos Humanos del SNS
- (8) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- (9) Organización Nacional de Trasplantes
- (10) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

(*) Los órganos directivos con nivel orgánico de subdirección general, han mantenido la denominación que tenían en el momento de la elaboración del Informe.

Dicha denominación ha sido actualizada por el Real Decreto 485/2017, de 12 de mayo de 2017 (BOE 114).

2.- Comunidades Autónomas e INGESA

Abad Díez, José María (2)	Gago Arguello, Luis Miguel (3)	Parra Hidalgo, Pedro (14)
Ansotegi Elordi, Fátima (16)	Galindez Zubiría, Ana M ^a (15)	Rodríguez Delgado, M ^a Teresa (5)
Arriba Cereijo, Sandra Belén (8)	García Altès, Anna (9)	Rosell Aguilar, Ignacio (7)
Ávila Peñalver, Ana M ^a (10)	Gómez Hernández, Carlos A. (1)	Sáenz Ortiz, Pilar (17)
Benarroch Benarroch, Rebeca (18)	Gutiérrez Fernández, Rodrigo (8)	Sixto da Silva, Carmen (12)
Blanco Galán, M ^a Antonia (18)	José Miguel Cantón Gálvez	Tobajas Belvís, Luis (11)
Calvo Pérez, Pilar (13)	López Rois, Francisco (12)	Vázquez Mateos, Julio (11)
Castaño Riera, Eusebi (4)	Macías Gutiérrez, Bernardo E. (5)	Viana Pesos, Zurine (16)
Cestafe Martínez, Adolfo (17)	Ortega Mendi, Manuel (6)	Zurriaga Llorens, Oscar (10)
Fernández Merino, Juan Carlos (1)	Palomar Rodríguez, Joaquín (14)	

- (1) Comunidad Autónoma de Andalucía
- (2) Comunidad Autónoma de Aragón
- (3) Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
- (4) Comunidad Autónoma de las Illes Balears
- (5) Comunidad Autónoma de Canarias
- (6) Comunidad Autónoma de Cantabria
- (7) Comunidad Autónoma de Castilla y León
- (8) Comunidad Autónoma de Castilla - La Mancha
- (9) Comunidad Autónoma de Cataluña
- (10) Comunitat Valenciana
- (11) Comunidad Autónoma de Extremadura
- (12) Comunidad Autónoma de Galicia
- (13) Comunidad de Madrid
- (14) Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
- (15) Comunidad Foral de Navarra
- (16) Comunidad Autónoma del País Vasco
- (17) Comunidad Autónoma de La Rioja
- (18) INGESA

Anexo: Comunidades Autónomas e INGESA: Ceuta y Melilla

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Andalucía



Índice

Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 Promoción de la salud	7
1.2 Programas de prevención	7
1.3 Planes integrales y estrategias	8
1.4 Protección de la salud	9
1.5 Vigilancia epidemiológica	10
1.6 Organización de la Salud Pública	10
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Ciudadanía	11
2.2 Gestión clínica	11
2.3 Cartera de servicios	12
2.4 Plan de mejora de los servicios de urgencia del hospital	13
2.5 Prestación farmacéutica	13
2.6 Trasplante de órganos y tejidos	14
2.7 Reordenación sanitaria	14
2.8 Investigación	14
2.9 Tecnologías de la Información y Comunicaciones -TIC	15
3 Infraestructuras sanitarias	17
3.1 Atención primaria	17
3.2 Atención hospitalaria	17
4 Recursos humanos	19
5 Gestión económico financiera	21
6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes	23
Índice de tablas	33
Índice de gráficos	35
Abreviaturas, acrónimos y siglas	37

Resumen

En este informe se resumen las actuaciones novedosas o destacables realizadas o comenzadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los años 2014 y 2015.

Siguiendo el esquema general prefijado, se ha desarrollado como sigue:

En el capítulo de Salud Pública se incluyen actividades de promoción, programas de prevención y desarrollo de los planes integrales, protección de la salud y vigilancia epidemiológica así como organización de la Salud Pública en el ámbito local.

En cuanto a la asistencia sanitaria se incluyen aspectos relacionados con la ciudadanía, la gestión clínica y la cartera de servicios así como el Plan de mejora de los servicios de urgencias del hospital o bien, hitos conseguidos en relación a la prestación farmacéutica, trasplante de órganos y tejidos, reordenación de servicios e investigación y tecnologías de la información y comunicación.

Por último, se describen las actuaciones más relevantes realizadas en la gestión de recursos humanos y económica-financiera.

En el monográfico final, sobre la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, se describe la actividad asistencial realizada a no residentes en Andalucía, con especial relevancia a los procedentes de Ceuta y Melilla.

1 Salud Pública

1.1 Promoción de la salud

- Se ha producido un cambio en el enfoque y en la gestión de los *programas de promoción de hábitos de vida saludable en centros escolares*, pasando de un modelo de varios programas específicos y aislados unos de otros, gestionados por Salud, a unificar los Programas en uno para Educación Primaria (Creciendo en Salud) y otro para Educación Secundaria (Forma Joven). Estos están gestionados ahora desde la Consejería de Educación con la colaboración de las Consejerías de Salud, Igualdad y Políticas Sociales, y Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural.
Se han elaborado las guías didácticas e implantado en el curso 2015/16 con 1.473 centros inscritos (56%) y 412.316 alumnos (52%) en Creciendo en Salud y 788 centros inscritos (50%) y 263.147 alumnos (62%) en Forma Joven.
- Los *Grupos Socioeducativos (GRUSE)*, son una estrategia de promoción de la salud, incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria, destinada a fomentar los activos para la salud y el bienestar emocional de la población andaluza. El total de mujeres que iniciaron un GRUSE en 2015 fue de 3.897 y lo finalizaron 2.942 (75,5%). Se han realizado 371 grupos diferentes en 294 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (75,6%). En 2015 se ha iniciado la incorporación de los hombres a la Estrategia GRUSE. Se han adaptado los materiales, se ha iniciado la formación de 24 profesionales de trabajo social, quienes están poniendo en marcha los primeros grupos, en fase de pilotaje.
- La Salud Pública en Andalucía se concreta en el nivel local mediante el desarrollo de la *Red Local de Acción en Salud (RELAS)*, que supone la forma de incluir la salud en todas las políticas al nivel local. En el balance RELAS, a 30 de diciembre de 2015, de los 116 acuerdos firmados con los ayuntamientos, 100 están en activo y ya existe un cuerpo de conocimiento considerable: disponemos de 57 perfiles de salud local, 36 planes de acción y 31 planes locales de salud. Supone un impacto de un 11% de los municipios y de un 31% de la población de Andalucía con respecto a la totalidad.
- Participación en la *Acción Conjunta Europea para la Promoción de la Salud ante Enfermedades Crónicas (CHRODIS)* cofinanciada por la Comisión Europea (2014-2017) con el objetivo principal de identificar y transferir buenas prácticas en promoción de la salud, para la prevención de enfermedades crónicas. Se organiza en 7 grupos de trabajo, donde Andalucía tiene un papel protagonista. Siendo, a nivel nacional, la región, con mayor número de buenas prácticas reconocidas en promoción de la salud, y la única en España que participa como Partner asociado en el Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas en el campo de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas a lo largo del ciclo de la vida.

1.2 Programas de prevención

- Se actualiza el *Programa de Salud Infantil y Adolescente*. Se amplía de 4 a 14 años el seguimiento y se incorporan actividades de promoción de parentalidad positiva (proyecto Apego) y estrategias para la promoción de la salud infantil en contextos comunitarios y

mediante formatos de trabajo grupal. Se complementa con la plataforma *Una ventana abierta a la familia* destinada a apoyar y asesorar a padres y madres en la crianza infantil, favoreciendo su confianza y eficacia en los cuidados y en la estimulación para el desarrollo saludable y el bienestar de sus hijos e hijas. Se han realizado más de millón y medio de gestiones, estando inscritas más de 7.500 familias.

- Se ha actualizado el Protocolo Andaluz para la *Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* y las Guías Rápidas para facilitar la actuación profesional. Uno de ellos está dirigido a atención primaria y otro para el ámbito de las urgencias. Se añadieron dos aspectos nuevos: hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia de género y mujeres en situación de especial vulnerabilidad y se han añadido separatas sobre Mutilación Genital Femenina (MGF) y mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual, así como las agresiones sexuales, que aborda ampliamente la coordinación médico-forense y, por primera vez de manera protocolizada, la búsqueda y detección de sustancias facilitadoras de la agresión (sumisión química).
- La *Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable*, con un enfoque integral con acciones encaminadas a fomentar el bienestar físico, mejorar el bienestar emocional y sentimental, contribuir a la mejora del bienestar material, tener en cuenta las desigualdades, favorecer el empoderamiento de las personas mayores, promover el desarrollo personal mejorando las competencias de las personas, propiciar las relaciones interpersonales e intergeneracionales y reducir el aislamiento de la soledad no deseada.

En el año 2014, Andalucía fue catalogada como Reference-site en Envejecimiento Activo (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: EIP-AHA).

Renovación del Programa Salud 65+, con el fin de enmarcarlo dentro de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable y alinearlo con la propuesta de la Asociación Europea para la Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable (iniciativa Europa 2020) así como con la Estrategia sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en Personas Mayores de ámbito estatal.

Desarrollo de una plataforma para soluciones digitales, financiados con Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) que supone un gran avance para la expansión de la Estrategia y apoyo al desarrollo del Programa Salud 65+.

Participación en el proyecto europeo Managing Frailty (Gestionar la Fragilidad). Un enfoque integral para promover una edad avanzada sin discapacidad en Europa: the ADVANTAGE initiative. Este proyecto está liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Andalucía colidera junto con el National Health Service (NHS) inglés el paquete de trabajo sobre modelos de cuidados.

- *Atención Temprana*. Durante el año 2015 se ha producido un cambio en el modelo de financiación de la Atención Temprana, pasando de un modelo de subvenciones a un modelo de acuerdo marco que garantiza la continuidad de atención de los menores atendidos. Así mismo, se trabajó, con la participación de los diferentes ámbitos implicados, en la preparación del decreto por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.

1.3 Planes integrales y estrategias

- Se replantea la coordinación general, elaboración y evaluación de los Planes Integrales y Estrategias de Salud, para mejorar la coordinación, seguimiento y avance de los mismos, y se establece la existencia de un Comité de Dirección de los planes con funciones de seguimiento y toma de decisiones y un Comité Técnico de apoyo a planes y estrategias con funciones de apoyo a la dirección de los planes y establecimiento de sinergias entre ellos.

- En 2015 se inició la elaboración del *Plan de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas de Andalucía*. Actualmente en fase de validación por las sociedades científicas y colegios profesionales implicadas: Atención Primaria, Reumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Fisioterapia y Enfermería.
- En el marco del Programa de Salud Mental se participa en el proyecto europeo, *European Regions Enforcing Actions Against Suicide (EUREGENAS)*, para la elaboración de las guías para la prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio en el ámbito escolar y en el ámbito laboral.

También se participa en el proyecto europeo Peer to Peer sobre apoyo mutuo en Salud Mental con la participación de la Federación En Primera Persona (Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental). Se ha adaptado y validado en Andalucía el manual de formación en agentes de apoyo mutuo para personas diagnosticadas con problemas de salud mental.

Se ha elaborado y publicado la Guía de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, editada en 2015. Esta guía ha recibido recientemente el premio Miradas, de la Fundación Manantial.

Se participa en el proyecto europeo Salud Mental en Todas las Políticas, en el marco de la Joint Action on Mental Health and Well-being (2013-2016), a través de la European Social Network.

- El Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA), ha contribuido a reducir las infecciones, sus complicaciones y la mortalidad asociada a las bacterias multirresistentes. Se ha conseguido reducir la indicación de antibióticos hasta un 9%. Cuenta con la participación coordinada de todas las unidades implicadas en la consecución de los objetivos (Preventiva, Microbiología, Farmacia, Servicios clínicos y Medicina de Familia). Se ha elaborado e implantado un sistema de información específico para el seguimiento del mismo.
- *Las Redes de formación de Salud Pública* se apoyan en una plataforma (<http://www.easp.es/red/>) que permite crear redes para la formación, intercambio de experiencias y la comunicación de buenas prácticas de diferentes programas de salud pública entre profesionales del sistema sanitario y de otros ámbitos.
- Durante 2014 y 2015 se han creado las siguientes redes: Protección de la salud; GRUSE (atención en los grupos psicoeducativos); PSLT (Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo); SABIA (promoción del buen trato a la infancia y atención al maltrato); RELAS (acción local en salud); RAVA (formación en vacunas) y Al Lado (coordinación entre servicios sanitarios y asociaciones ante un problema de gran adversidad de salud).

1.4 Protección de la salud

- Se ha implantado el Sistema de Información ALBEGA que supone la integración de información y gestión de todos los procedimientos de protección de la salud.
- Se ha aprobado el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud (EIS) de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Este establece la necesidad de realizar la EIS, en síntesis, en el ámbito de ciertos planes urbanísticos, actividades que requieren la realización de la Evaluación del Impacto Ambiental y, de forma no obligatoria, los planes y programas de las administraciones. Se han recibido más de 200 solicitudes de EIS.
- Se ha implantado el procedimiento de inspección en las empresas de elaboración o transformación de productos alimenticios para verificar el cumplimiento de la información

alimentaria facilitada al consumidor. Esta medida ha supuesto un cambio en la práctica de la inspección, haciéndola más compleja. Para el ciudadano implica una mejora en la calidad de la información suministrada en el etiquetado.

- Se ha completado la implantación de la gestión por procesos en Protección de la Salud con la incorporación de 6 nuevos procesos en 2014 y 2015, en una consolidación de esta estrategia. Los nuevos procesos son: medidas cautelares; denuncias; supervisión; certificaciones a demanda; inspección y gestión de muestras. Siendo esta gestión por procesos referente en España.

1.5 Vigilancia epidemiológica

- Puesta en marcha del programa de vigilancia de la enfermedad de la Fiebre del Nilo occidental (en colaboración con los servicios de hemodonación y sanidad animal).
- Desarrollo de las herramientas para el aumento de la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria tras su inclusión en el listado de enfermedades de declaración obligatoria.
- Abordaje del Ébola durante el brote ocurrido en 2014. Preparación del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla como centro de referencia andaluz para tratamiento de casos de ébola.
- Implantación del Sistema de Información RedAlerta II, que renueva tecnológicamente la aplicación anterior e incorpora elementos para la gestión de guardias en Salud Pública y Salud Laboral.

1.6 Organización de la Salud Pública

- Se ha organizado el trabajo y funciones de los profesionales del ámbito de la Salud Pública en Unidades de Gestión, asimilándolas al modelo de atención sanitaria de Unidades de Gestión Clínica.
- Se ha realizado un pilotaje en 4 distritos de atención primaria/áreas de gestión sanitaria con la organización de Unidades de Gestión de Salud Pública, abarcando las áreas de protección de la salud, promoción, prevención y vigilancia de la salud, con buenos resultados.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Ciudadanía

- En 2014, se presenta un nuevo Plan de Actuación en Participación Ciudadana. Es un documento estratégico que define, aglutina y orienta las líneas de participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, consolidando acciones que ya se vienen realizando como los planes de participación ciudadana, las comisiones de participación y escuela de pacientes; e integrando otras líneas más novedosas, como la participación de la ciudadanía en la evaluación de los resultados de los servicios asistenciales que se prestan (cuestionarios), el desarrollo de la presencia digital, convenios con voluntariado y la creación de un banco de buenas prácticas de participación ciudadana.
- Se publica la Resolución, de 4 de febrero de 2015, sobre el desarrollo de la participación ciudadana en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.
- En 2014 se pone en marcha *Procedimientos para la Atención Ciudadana* una plataforma web de apoyo y colaboración dirigida a facilitar las tareas de atención a la ciudadanía, destinada a los profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

La plataforma permite la incorporación de tantos procedimientos como sea necesario para ofrecer el mejor servicio, ajustados a un patrón básico de contenidos. Así mismo, es un repositorio de documentación asociada a cada procedimiento (formularios, normativa, manuales, documentos de apoyo, etc.). En el primer año se han publicado 25 procedimientos agrupados en siete secciones: vías de cobertura, identificación, derechos, prestaciones, básicos, de oficio y/o judiciales, y de participación ciudadana. Ha recibido más de 60.000 visitas en ese primer año. Cuenta con un espacio de participación moderado y centrado en la consulta de los procedimientos, exposición de dudas y aclaración de las mismas, propuestas de mejora y detección de nuevas necesidades. Este espacio, en un año de funcionamiento, ha establecido 54 debates abiertos con 256 respuestas, y ha recibido más de 2.300 visitas.

- Se publica la Resolución, de 18 de febrero de 2015, sobre delegación de competencias para la resolución de procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos de carácter personal contenidos en ficheros de historias clínicas.
- Durante 2015 se procedió a la descentralización de los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos contenidos en las historias clínicas (ARCO). Se ha desarrollado la Aplicación ARCO para el registro y seguimiento de las solicitudes relativas a dichos derechos, que se puso en marcha en julio de 2015. Para facilitar la tramitación de estas solicitudes, se han elaborado tres procedimientos donde se describe las gestiones a realizar según el caso.

2.2 Gestión clínica

- Partiendo del marco actual de desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud, se elaboran criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de unidades de gestión clínica. Se elabora un nuevo modelo de acuerdos de gestión para las

Unidades de Gestión Clínica, priorizando los objetivos de resultados en salud e implantando un modelo de gobernanza participativo.

- También, se elabora y publica la Guía metodológica para la elaboración/ actualización del plan de participación de las Unidades de Gestión Clínica.

2.3 Cartera de servicios

- Andalucía mantiene el derecho a la reproducción humana asistida para todas las mujeres en igualdad de condiciones y mantiene la cartera de servicios en esta materia. Además, se amplía a nueve, al menos uno por provincia, los hospitales públicos en los que las andaluzas que lo deseen podrán recibir o donar óvulos o preservar su fertilidad.
- Se publica la Resolución, de 17 de julio de 2015, sobre la Guía de Reproducción Humana Asistida del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Se realizan en el Hospital Virgen del Rocío los dos primeros procedimientos de inserción de Tallos Electromagnéticos para tratamiento de la escoliosis de inicio precoz. Siendo un hito en el tratamiento de la escoliosis grave en niños, que evita múltiples cirugías.
- Extensión del programa de hemodiálisis infantil al Hospital Torrecárdenas de Almería.
- En 2014, se comienza la implantación del cribado de cáncer de colon y recto, que beneficiará a 1,6 millones de personas.
- Se publica la Circular, de 9 de marzo de 2015, sobre indicaciones sobre la Oferta de Servicios de Cirugía Plástica y Reparadora en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Se incorpora la realización de pruebas genómicas en cáncer de mama para identificar mejor a pacientes que pueden beneficiarse de la realización o no de quimioterapia.
- Se aprueba la Ley Integral para la no Discriminación por Motivos de Identidad de Género y Reconocimiento de los Derechos de las Personas Transexuales.
- Se dan instrucciones para la constitución de las Unidades Multidisciplinares Provinciales para la Atención a las Personas Transexuales (25 de febrero de 2015).
- Se publica la Resolución, de 22 de julio de 2015, sobre indicaciones para el uso de la Tomografía de Emisión de Positrones.
- Se emite una nueva Circular sobre Instrucciones vigentes en el Servicio Andaluz de Salud sobre derivación de pacientes desde centros del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- Cartera de procedimientos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA):
 - Obstetricia y Ginecología (ediciones 2014 y 2015).
 - Cirugía Ortopédica y Traumatología (edición 2014).
 - Urología (edición, diciembre 2015).
 - Otorrinolaringología (edición 2015).
 - Oftalmología (edición 2015).
- Se actualiza en 2015 la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Actualización 2015 con un formato web navegable.
- Indicaciones de la oxigenoterapia hiperbárica en el SSPA e incorporación cámara hiperbárica en el Hospital San Carlos, en 2015.
- Por Resolución del Ministerio se acreditan como Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) el de Neuroblastoma en el Complejo Hospitalario Virgen del Rocío y el de Enfermedades Raras que cursan con trastornos del movimiento en el Complejo Hospitalario Virgen del Rocío.
- La Consejería de Salud se compromete en el Parlamento de la Junta de Andalucía a reducir a 90 días el plazo máximo de garantía de respuesta quirúrgica a la patología cardíaca, lo que supone una reducción de un 50% con respecto a los plazos fijados en la actualidad.

2.4 Plan de mejora de los servicios de urgencia del hospital

- Puesta en producción del nuevo módulo de Triage SET en todas las urgencias del Servicio Andaluz de Salud, en sustitución del Triage Manchester. El Triage SET es un modelo de triage estructurado holístico, aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia. Esto permite la homogenización y estandarización del triaje de los pacientes. Se consigue así un sistema de mejora continua de la calidad, que define un estándar de motivos de consulta a urgencias y permite entre otros, evaluar el casemix o casuística del servicio. (TRIAGESET.com, 2016).
- Se publica el Cuadro de Mando de los Servicios de Urgencias de Hospitales y el Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias.
- Se publica la Resolución SA0024/15, de 20 de febrero, que modifica la Resolución SA 0003/15 de creación del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cuidados Intensivos en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.
- Nuevo protocolo en Urgencias para la atención a las personas en riesgo social. Se elabora y actualiza el procedimiento marco de atención a personas en situación de riesgo social en las unidades de urgencias hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud. Actualizando los criterios mínimos de atención respondiendo a las características poblacionales, organizativas y al mapa de recursos comunitarios de cada centro hospitalario.

2.5 Prestación farmacéutica

- Se implanta el nuevo módulo de dispensación de Receta XXI en las 3.800 oficinas de farmacia de Andalucía, en la plataforma web y en la base de datos centralizada.
- Se publican las Resoluciones de 31 de marzo de 2014, de 2 de octubre de 2014, de 9 de diciembre de 2014 y de 12 de mayo de 2015 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Con las convocatorias respectivas para la selección de medicamentos a dispensar por las oficinas de farmacia de Andalucía, cuando sean prescritos o indicados por principio activo en las recetas médicas y órdenes de dispensación oficiales del Sistema Nacional de Salud.
- Puesta en producción del nuevo módulo de Prescripción Electrónica (en formato web) en todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.
- Implantación en los hospitales del SAS de un módulo de prescripción para la Hepatitis C, vía Web.
- Se publica la Resolución del SAS 0081/15, de 13 de abril, sobre instrumentos y procedimientos para una más adecuada, eficiente y homogénea selección y utilización de los medicamentos, en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Se implanta un nuevo módulo de visado de recetas en atención primaria y hospitalaria, en plataforma centralizada, vía Web.
- Se publica el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.

2.6 Trasplante de órganos y tejidos

- Se implanta, por primera vez en España, una córnea artificial a un paciente con una patología grave del ojo (febrero de 2014).
- En marzo de 2014, el Banco de Sangre de Cordón de Andalucía, ubicado en Málaga, recibe la acreditación internacional que concede la Foundation For The Accreditations of Cellular Therapy (FACT Netcord) con sede en la Universidad de Nebraska (EEUU).
- En 2014 se cuadruplica en un año el número de donantes de médula con 8.843 personas registradas en el banco de donantes de médula.
- En 2015, el Hospital Reina Sofía realiza por primera vez dos trasplantes de hígado de forma simultánea con la técnica split que hace posible que de un único órgano se puedan beneficiar dos pacientes. También, en este mismo hospital se realiza el primer trasplante hepático de donante vivo de España de una abuela y su nieto.

2.7 Reordenación sanitaria

- Se publica la Orden, de 21 de noviembre de 2014, por la que se actualiza la estructura de gestión y funcionamiento para la prestación de los servicios de atención especializada en el Área de Salud de Granada.
- Se publica la Orden, de 21 de noviembre de 2014, por la que se actualiza la estructura de gestión y funcionamiento para la prestación de los servicios de atención especializada en el Área de Salud de Huelva.
- Se publica la Resolución 0016/15 sobre la creación de la Comisión Provincial de Evaluación de nuevos productos y tecnologías y nuevas indicaciones de los mismos.

2.8 Investigación

- El Parlamento de Andalucía aprueba la ley que crea el primer comité regional con capacidad para informar sobre investigaciones con preembriones (Ley 4/2014) y se publica el decreto 368/2015 que regula el primer comité autonómico para autorizar investigaciones con material de origen embrionario.
- Se realiza la primera convocatoria específica para financiación de proyectos de investigación de Atención Primaria.
- Se acreditan por el por el Instituto Carlos III, los Institutos de Investigación Biomédica de Granada (IBS Granada) y Málaga (IBIMA), lo que completa la red de Institutos Acreditados
- Se completa la red de Unidades de Investigación Clínica Fase I y II de Andalucía, con la incorporación de las Unidades de Córdoba y Cádiz a las ya existentes de Granada, Málaga y Sevilla.

2.9 Tecnologías de la Información y Comunicaciones - TIC

- Los profesionales sanitarios pueden consultar en línea el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Esto se ha conseguido mediante la integración de dicho registro con la Historia Clínica Electrónica de los pacientes. Simultáneamente se ha extendido la red puntos de inscripción a la ciudadanía, incluyendo puntos en todos los hospitales públicos y algunos centros de atención primaria. Alcanzándose unos parámetros de dificultad de acceso clasificados como bajo o muy bajo en la totalidad de los municipios.
- La historia clínica digital del ciudadano de Andalucía, Clic Salud, obtiene el premio nacional *Tic Sanidad 2014*. ClicSalud es la carpeta del ciudadano, a través de la cual, vía web, puede accederse a gran parte de la información relevante de la historia clínica por parte del ciudadano.
- Se implanta la Historia Clínica Digital en Movilidad para mejorar la asistencia urgente extrahospitalaria en todos los dispositivos del Servicio Andaluz de Salud (hasta la fecha se utilizaba sólo en los de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias).
- Nuevo módulo de Diraya para dar seguimiento a los Partes de Incapacidad Temporal. Como parte de la renovación del módulo de atención primaria, el nuevo módulo, en tecnología web, incorpora mejoras necesarias para un mejor seguimiento de las bajas por parte de la inspección, incorpora herramientas de ayuda a los profesionales para la expedición y renovación de las bajas y en definitiva, es un paso más en la transformación de todo el módulo de atención primaria.
- Se finaliza la implantación de Diraya Atención Hospitalaria en todo el Servicio Andaluz de Salud.
- El proyecto europeo de telemedicina *PALANTE* finalizada en Andalucía con cerca de 7.000 pacientes con diabetes en seguimiento.
- Puesta en producción de la nueva versión de la aplicación para el Sistema Integral de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA).
- Comienza la facturación electrónica para los proveedores del Servicio Andaluz de Salud (a través del PUEF, Punto Único de Entrada de Facturas, de la Consejería de Hacienda).
- Finaliza la implantación del Sistema de Gestión de Imágenes Corporativo (PACS). Este proyecto permite compartir imágenes médicas de radiología y medicina nuclear en todo el territorio andaluz, desde cualquier punto del sistema con conexión a la red, evitando desplazamientos, repetición de pruebas, acortando los tiempos de disponibilidad de resultados, y conlleva un ahorro económico del 65% de los costes recurrentes antes del proyecto.
- Se concluyen los trabajos de creación de la Base de Datos Sanitaria Poblacional que permite reconstruir la biografía sanitaria de los individuos, sus diagnósticos y el uso que hacen de los recursos sanitarios.
- Despliegue de la medida CORA-ANDES en 17 centros del SAS. Permite dar de alta a los recién nacidos en el registro civil directamente en el hospital. Es una medida impulsada por el Ministerio de Justicia.
- Soporte informático centralizado de los centros sanitarios públicos. En total, casi 200 profesionales de las TIC distribuidos en equipos provinciales de soporte dan cobertura a los centros hospitalarios y de atención primaria de todo el Servicio Andaluz de Salud.
- Consolidación de los tres Centros de Atención Telefónica a incidencias informáticas en uno solo (CGES). Destacar que ha permitido unificar los tres centros de atención al usuario, que antes se diferenciaban según el ámbito (primaria, hospitalaria y servicios centrales) en uno solo, CGES, posibilitando la mejora en la atención de incidencias, incrementando los

porcentajes de resolución en primer contacto e incorporando herramientas y tecnologías avanzadas.

- Centralización de las infraestructuras de Diraya Atención Hospitalarias en 13 áreas hospitalarias, repartidas entre los Centros de Tratamiento de la Información (CTI) de Sevilla y Málaga.
- Se renueva la electrónica de comunicaciones para migración a voz sobre IP de 868 equipos de centros de primaria y hospitales.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Atención primaria

- Se han creado 4 nuevos centros de atención primaria, los Centros de Salud de San Roque (Cádiz), Albayda (Granada), Mairena del Aljarafe (Sevilla) y el Consultorio Local El Gordillo (Sevilla). Se han realizado reformas integrales, ampliaciones o sustituciones de 25 centros.

3.2 Atención hospitalaria

- A partir del día 1 de octubre de 2014, el Hospital de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía; hasta entonces había pertenecido al Ministerio de Defensa. En noviembre de 2014, el Consejo de Gobierno aprueba el decreto de incorporación de los profesionales del Hospital de San Carlos a la plantilla del Servicio Andaluz de Salud.
- El Hospital del Parque Tecnológico del Campus de la Salud (PTS) de Granada comienza a funcionar en 2015 con la apertura de su laboratorio y pone en marcha las primeras consultas externas.
- Apertura del Hospital de Alta Resolución de Lebrija. Comenzó a funcionar el pasado 15 de octubre con los servicios de Diagnóstico para la Imagen y Rehabilitación y Fisioterapia.

4 Recursos humanos

- Se publica la Resolución, de 11 de abril de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos.
- Se publica el Decreto 170/2014, de 9 de diciembre, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público para 2014 de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Se convocan 492 nuevas plazas.
- Se publica la convocatoria de oferta de empleo público de 2015 que se realizará de forma conjunta con las de 2013 y 2014 y ofertará 3.282 plazas.
- Se publica la convocatoria del Concurso de Traslado del Servicio Andaluz de Salud, que cuenta con más de 3.280 plazas.
- Se crea la figura de profesor contratado doctor con plaza vinculada para profesionales del SAS tras acuerdo entre la Junta de Andalucía y las Universidades.
- Se crea una nueva web de tribunales, una herramienta para la gestión de preguntas de exámenes y apoyo a los tribunales de la Oferta de Empleo Público.
- Se celebran los primeros exámenes de la oferta de empleo público vigente (2013, 2014 y 2015).
- Se crean en el Sistema de Información de Recursos Humanos nuevos módulos de gestión de expedientes y plantilla.

5 Gestión económico financiera

- Autorizada la contratación centralizada de los servicios de soporte informático de los centros sanitarios públicos.
- El modelo de compras por provincias ha permitido ahorrar 200 millones de euros en la contratación de servicios desde 2011.
- Disminuyen los precios del Catálogo General de Ortoprotésica de Andalucía sin reducir prestaciones (Orden de 26 de junio de 2014).
- Autorizada la contratación única del mantenimiento de los equipos de alta tecnología médica del SAS por 39,2 millones.
- El Consejo de Gobierno aprueba en 2014 una reinversión en farmacia de 90 millones derivados de los ahorros logrados con la selección pública de medicamentos.
- Autorizada la contratación del servicio de limpieza y gestión de residuos en 146 centros sanitarios de la provincia de Sevilla. La adjudicación única, por 70 millones de euros, supondrá un ahorro del 10,8% respecto a los contratos diferenciados vigentes hasta ahora.
- Comienza la facturación electrónica para los proveedores del Servicio Andaluz de Salud.
- Se autoriza la contratación centralizada del mantenimiento de los sistemas de información asistenciales del SAS, la adjudicación única, por 13,97 millones para dos años, ahorrará costes y mejorará servicios como la receta electrónica y la historia clínica digital.
- Se publica la Orden, de 18 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 228, de 24 de noviembre de 2015).
- Se pone en marcha por importe de cuatro millones de euros el Plan de Inversión con Fondos Europeos para equipamiento electromédico.
- Se aprueba y pone en marcha el nuevo Plan Funcional de laboratorios del SSPA.
- Se pone en marcha en los Centros Sanitarios el Plan de medidas de eficiencia económica con implicación de las UGC.
- Se pone en marcha los servicios para transporte aéreo de órganos y/o personal sanitario para trasplantes en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Se pone en marcha el suministro de hemoderivados de uso terapéutico a partir del fraccionamiento de plasma procedente de los Nodos de Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El importe de la licitación es de 36,3 millones de euros.
- Se pone en marcha el expediente centralizado de suministro de radiofármacos, así como la gestión de residuos radioactivos generados por dicha actividad y de mantenimiento del equipamiento e instalaciones de las radiofarmacias de los Hospitales del SAS por importe 36,4 millones de euros.
- Se pone en marcha el expediente de servicios de soporte y mantenimiento para la prestación de los servicios horizontales de tecnologías de la información y comunicaciones del SAS por un importe de 11,2 millones de euros.

6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes

La mejora en el acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de los pacientes y de la población en general. El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud. Por ello, y dado el volumen de solicitudes de atención especializada realizadas por las ciudades de Ceuta y Melilla, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía propuso en 2013 el establecimiento de un convenio de colaboración con INGESA para la prestación de asistencia sanitaria especializada a personas con derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud residentes en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En el se proponía facilitar la asistencia sanitaria especializada con los recursos sanitarios que dispone el Servicio Andaluz de Salud, garantizando a sus ciudadanos una asistencia en las mismas condiciones y requisitos que a las personas residentes en Andalucía y que son derivados desde los hospitales comarcales a los centros de referencia. Estableciéndose un hospital de referencia para cada una de las Ciudades Autónomas, con independencia de que para determinados procedimientos o procesos sea necesario la derivación a otros centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía y gestionar las consultas de especialidades en los hospitales de referencia a través de las Unidades de Atención y Gestoría de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud, facilitando la accesibilidad a las mismas. Asimismo, contemplando el traslado entre centros del Servicio Andaluz de Salud que requiera transporte. Por último, se ofrecía al personal sanitario de INGESA la posibilidad de participar en las sesiones formativas que se organicen en los hospitales de referencia.

Se considera adecuado avanzar en este sentido y elaborar una nueva propuesta de convenio con INGESA.

La organización sanitaria en Andalucía con respecto a las zonas limítrofes no difiere de la del resto del país. Los pacientes residentes en las provincias limítrofes con Andalucía, Albacete, Badajoz, Ciudad Real, Murcia y las ciudades de Ceuta y Melilla, establecen el contacto con el Sistema Sanitario Público de Andalucía de diferentes maneras, por un lado, y para la atención especializada, a través de la solicitud programada de asistencia especializada del Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO), como se establece en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria; y por otro lado, el contacto provocado por situaciones de urgencia y los contactos demandados por los propios usuarios.

En cuanto a la atención primaria son atendidos como transeúntes al igual que el resto de pacientes procedentes de diferentes puntos del país y extranjeros de países con los que existe convenio de asistencia sanitaria recíproca.

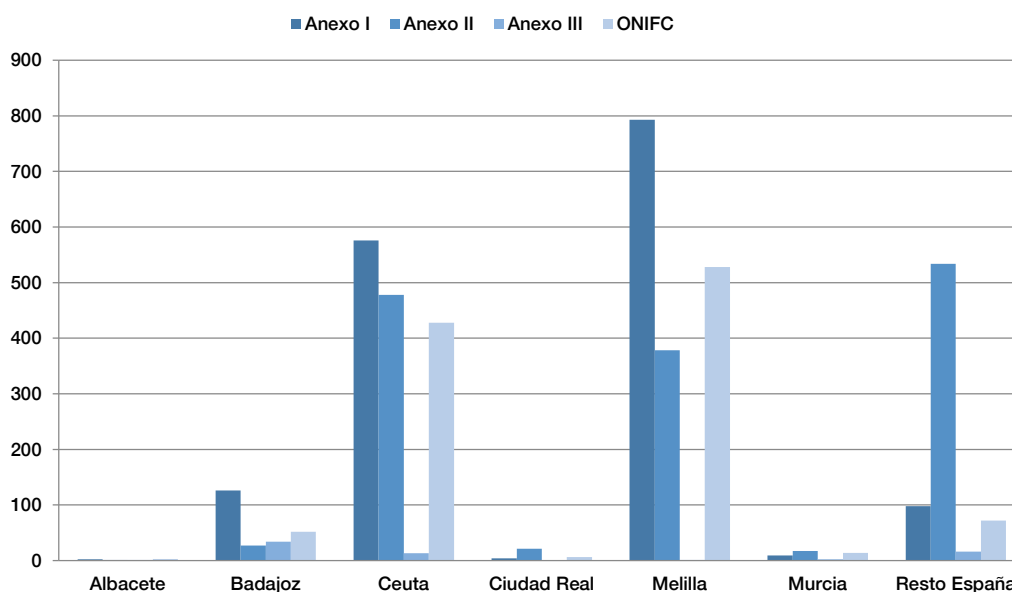
El SIFCO se constituye como el único instrumento para la canalización de las solicitudes de asistencia programada en los centros hospitalarios de la comunidad autónoma distinta de la de residencia dentro del Sistema Nacional de Salud, independientemente de que sea compensable a través del Fondo de Cohesión Sanitaria.

Los procesos con hospitalización, los procedimientos ambulatorios, y las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud vienen recogidos en los Anexos I, II y III de la Orden SSI/2204/2014, de 24 de

noviembre, por la que se actualiza los mismos anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

En los datos del SIFCO de los dos últimos años se observa que hay un total de 4.172 atenciones al año de media. Respecto a las solicitudes recibidas y las atendidas en nuestra comunidad su mayor parte, un 76% provienen de Ceuta o Melilla y el 64% están dirigidas al Hospital Regional de Málaga (43%) o al Hospital Puerta del Mar (21%). Badajoz supone un 6% y Albacete y Ciudad Real comportan un porcentaje muy bajo con respecto a las anteriores.

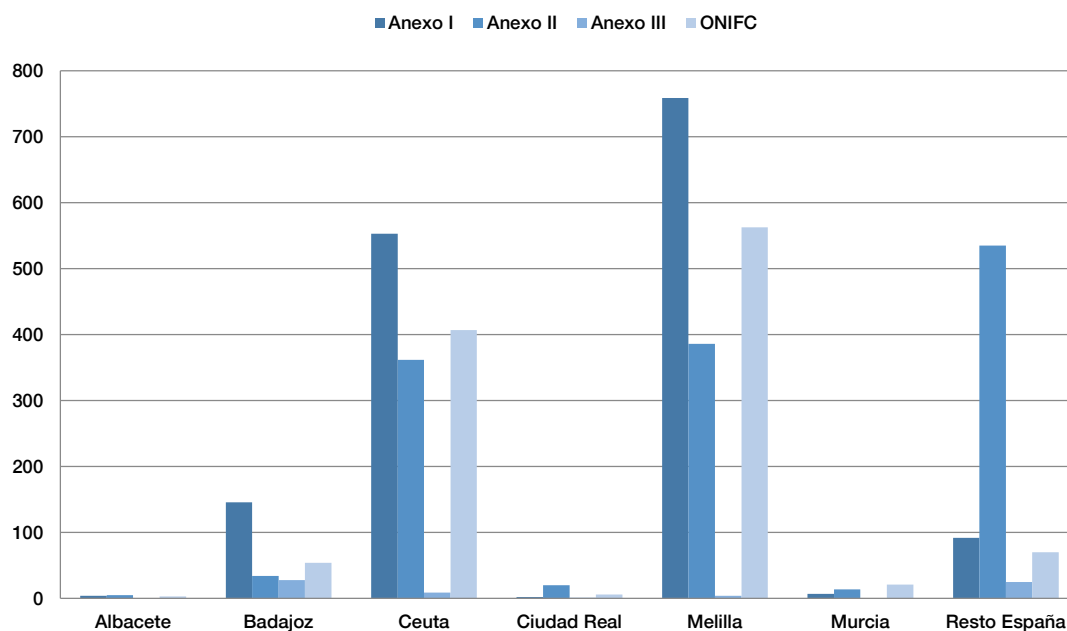
Gráfico 6-1 Prestaciones realizadas en Andalucía a través del SIFCO, 2014



Observaciones: anexos I, II y III recogidos en la Orden SSI/2204/2014 (procesos con hospitalización, procedimientos ambulatorios y patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del SNS) y Otros No Incluidos en los Fondos de Cohesión (ONIFC).

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

Gráfico 6-2 Prestaciones realizadas en Andalucía a través del SIFCO, 2015



Observaciones: anexos I, II y III recogidos en la Orden SSI/2204/2014 (procesos con hospitalización, procedimientos ambulatorios y patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del SNS) y Otros No Incluidos en los Fondos de Cohesión (ONIFC).

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

En el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización de 2014 se observa igualmente que son las ciudades de Ceuta y Melilla las que suponen un mayor volumen de asistencias prestadas a los residentes en zonas limítrofes (un tercio del total).

Tabla 6-1 Número de hospitalizaciones de pacientes atendidos en centros de Andalucía procedentes de fuera de su Comunidad, 2014

Localidad de procedencia	Número de hospitalizaciones	Porcentaje
Albacete	28	0,9
Badajoz	153	4,8
Ceuta	423	13,2
Ciudad Real	86	2,7
Melilla	600	18,7
Murcia	104	3,2
Resto de España	1.822	56,7
Total	3216	100,0

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalización.

Las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos por los que se solicita la atención especializada programada están relacionados fundamentalmente con enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Badajoz, Ceuta y Melilla

solicitan así mismo, un volumen importante de atención a pacientes neoplásicos y, entre los menores, a anomalías congénitas.

Tabla 6-2 Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2014

Diagnósticos	Albacete	Badajoz	Ceuta	Ciudad Real	Melilla	Murcia	Resto España	Total
Anomalías congénitas	0	4	86	0	124	1	11	226
Códigos residuales, no clasificados y todos los códigos E [259. y 260.]	0	6	14	0	46	0	4	70
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	20	0	54	6	1	81
Determinadas afecciones que se originan en el período perinatal	0	0	13	0	71	0	1	85
Enfermedad Infecciosa y parasitaria	0	4	6	0	11	0	0	21
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	0	1	12	0	18	0	0	31
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	0	4	8	2	10	0	2	26
Enfermedades del aparato circulatorio	0	7	395	2	202	0	11	617
Enfermedades del aparato digestivo	0	3	128	2	121	1	2	257
Enfermedades del aparato respiratorio	0	10	78	1	68	8	5	170
Enfermedades del sistema genitourinario	1	27	90	18	105	13	468	722
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	2	68	157	0	225	0	15	467
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	0	8	80	1	81	2	13	185
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad	0	3	46	2	88	0	3	142
Enfermedades mentales	3	6	40	2	38	5	38	132
Lesiones e intoxicaciones	0	10	71	0	81	1	11	174
Neoplasias	0	75	194	1	297	2	66	635
Síntomas, signos, condiciones mal definidas y factores que influyen en el estado de salud	0	1	35	0	33	0	2	71
No consta	1	2	22	0	27	3	67	122
Total	7	239	1.495	31	1.700	42	720	4.234

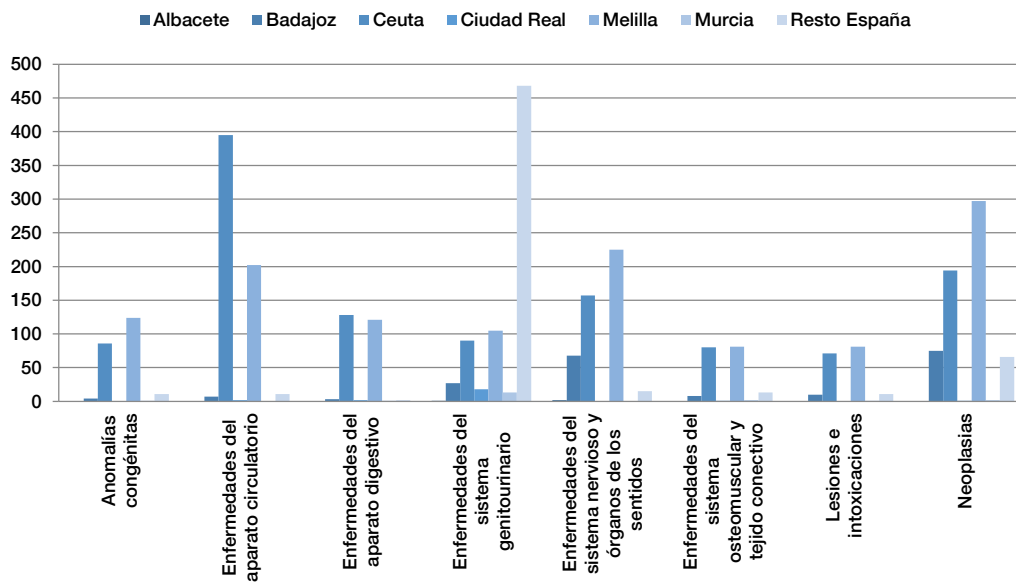
Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

Tabla 6-3 Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2015

Diagnósticos	Albacete	Badajoz	Ceuta	Ciudad Real	Melilla	Murcia	Resto España	Total
Anomalías congénitas	4	12	62	0	154	1	29	262
Códigos residuales, no clasificados y todos los códigos E [259. y 260.]	0	1	6	0	63	0	2	72
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	20	1	43	8	2	74
Determinadas afecciones que se originan en el periodo perinatal	0	2	12	0	60	0	0	74
Enfermedad Infecciosa y parasitaria	0	4	9	0	9	0	0	22
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	0	1	4	0	15	0	0	20
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	0	3	4	3	12	0	1	23
Enfermedades del aparato circulatorio	0	9	419	0	222	5	8	663
Enfermedades del aparato digestivo	0	7	153	0	95	0	7	262
Enfermedades del aparato respiratorio	0	2	59	1	27	5	2	96
Enfermedades del sistema genitourinario	4	28	56	18	105	8	477	696
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	0	57	117	1	229	0	19	423
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	0	12	89	0	56	1	10	168
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad	0	5	47	0	115	1	2	170
Enfermedades mentales	3	4	30	0	48	5	44	134
Lesiones e intoxicaciones	0	13	60	0	93	0	11	177
Neoplasias	1	97	126	3	266	1	57	551
Síntomas, signos, condiciones mal definidas y factores que influyen en el estado de salud	0	5	27	0	46	0	0	78
No consta	0	0	31	2	54	7	51	145
Total	12	262	1.331	29	1.712	42	722	4.110

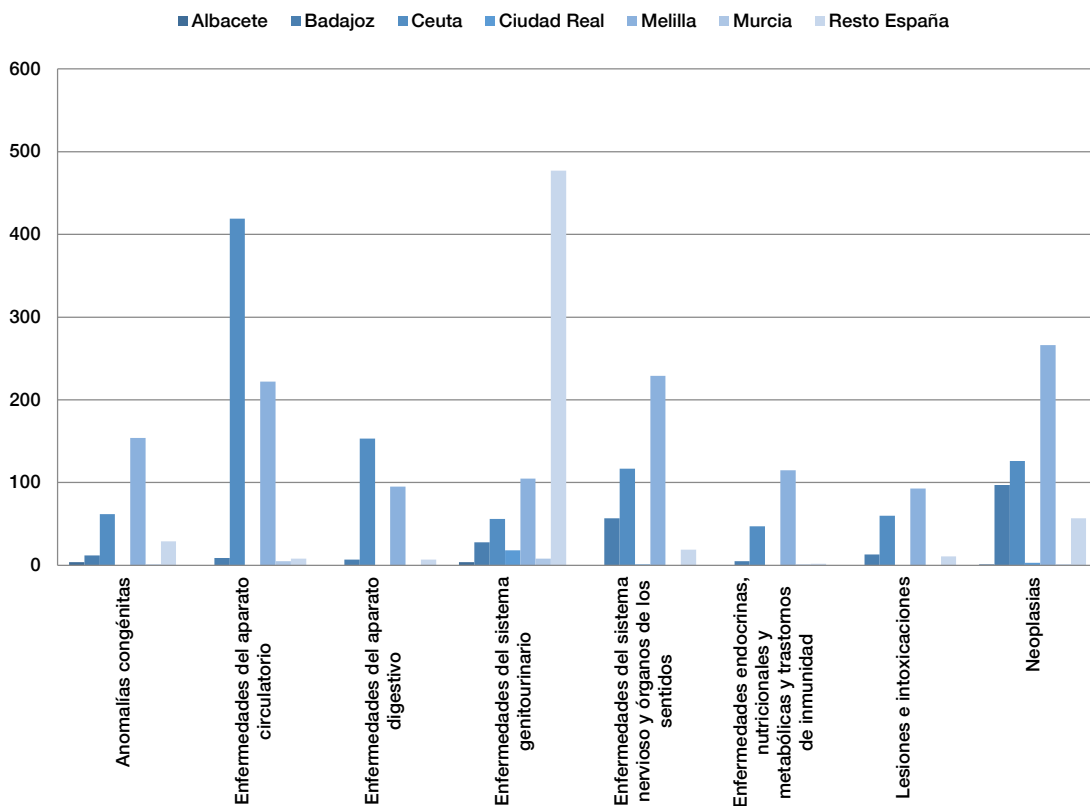
Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

Gráfico 6-3 Diagnóstico principal más frecuente en SIFCO, 2014



Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

Gráfico 6-4 Diagnóstico principal más frecuente en SIFCO, 2015



Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

De los grandes grupos de diagnósticos son los correspondientes a las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aparato circulatorio, neoplasias y anomalías congénitas los que más han generado la solicitud de atención especializada desde las provincias limítrofes, todos ellos con arreglo al Anexo I y, de la misma forma, las enfermedades del aparato circulatorio y del sistema genitourinario con respecto al Anexo II y a las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos las correspondientes al Anexo III.

Entre los diagnósticos no incluidos en los fondos de cohesión destacan además de los del aparato circulatorio, los del aparato digestivo, enfermedades mentales, neoplasias y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Tabla 6-4 Diagnósticos principales según requerimientos de atención compensados a la Comunidad de Andalucía a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, 2014

	Anexo I	Anexo II	Anexo III	ONIFC	Total
Anomalías congénitas	160	17	1	48	226
Códigos residuales, no clasificados y todos los códigos E [259. y 260.]	4	34	0	32	70
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	12	0	69	81
Determinadas afecciones que se originan en el período perinatal	69	0	0	16	85
Enfermedad Infecciosa y parasitaria	9	3	0	9	21
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	14	0	0	17	31
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	6	7	1	12	26
Enfermedades del aparato circulatorio	276	225	1	115	617
Enfermedades del aparato digestivo	64	48	0	145	257
Enfermedades del aparato respiratorio	38	49	6	77	170
Enfermedades del sistema genitourinario	55	578	1	88	722
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	321	64	32	50	467
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	148	13	8	16	185
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad	75	54	1	12	142
Enfermedades mentales	12	20	0	100	132
Lesiones e intoxicaciones	95	11	7	61	174
Neoplasias	260	220	9	146	635
Síntomas, signos, condiciones mal definidas y factores que influyen en el estado de salud	2	13	0	56	71
No consta	0	88	0	34	122
Total	1.608	1.456	67	1.103	4.234

Observaciones: Anexo I (procesos con hospitalización); Anexo II (procedimientos ambulatorios); Anexo III (patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del SNS) y Otros No Incluidos en los Fondos de Cohesión (ONIFC).

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO).

Los diagnósticos principales en el CMBD de hospitalización recogen además aquellos procesos que dan lugar a situaciones de urgencia y no son recogidos en el SIFCO al tratarse de un sistema de información para pacientes programados.

Observamos igualmente que entre las provincias limítrofes, son las ciudades de Ceuta y Melilla las que aportan mayor número de enfermos.

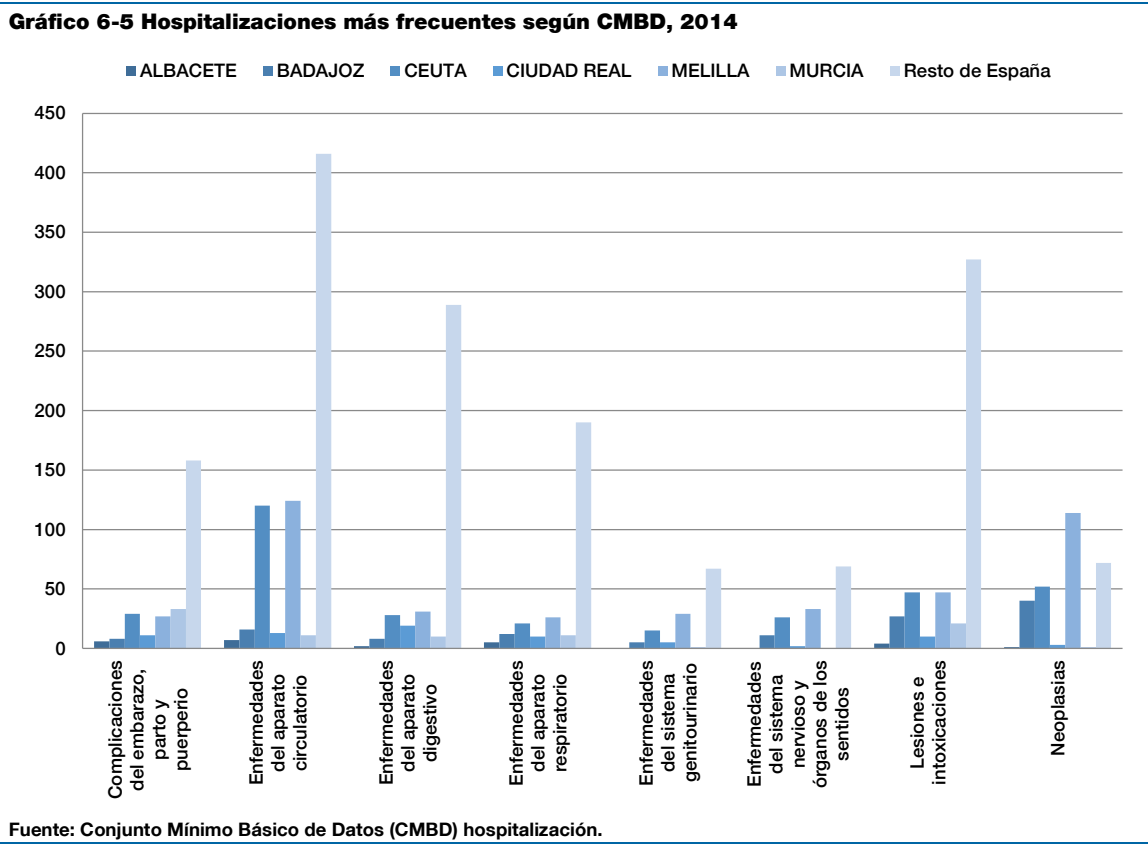


Tabla 6-5 Hospitalización según diagnóstico principal y lugar de procedencia, 2014

Diagnósticos CMBD	Albacete	Badajoz	Ceuta	Ciudad Real	Melilla	Murcia	Resto España	Total
Anomalías congénitas	0	8	24	1	39	2	4	78
Códigos residuales, no clasificados y todos los códigos E [259. y 260.]	0	0	3	0	8	0	4	15
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	6	8	29	11	27	33	158	272
Determinadas afecciones que se originan en el período perinatal	1	2	22	1	39	3	20	88
Enfermedad Infecciosa y parasitaria	0	1	4	2	5	1	36	49
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	0	0	1	0	5	0	19	25
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	0	2	3	1	8	0	15	29
Enfermedades del aparato circulatorio	7	16	120	13	124	11	416	707
Enfermedades del aparato digestivo	2	8	28	19	31	10	289	387
Enfermedades del aparato respiratorio	5	12	21	10	26	11	190	275
Enfermedades del sistema genitourinario	0	5	15	5	29	1	67	122
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	0	11	26	2	33	0	69	141
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	0	1	6	2	34	0	20	63
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad	0	4	6	3	12	3	20	48
Enfermedades mentales	2	5	5	1	4	3	57	77
Lesiones e intoxicaciones	4	27	47	10	47	21	327	483
Neoplasias	1	40	52	3	114	1	72	283
Síntomas, signos, condiciones mal definidas y factores que influyen en el estado de salud	0	3	11	2	15	4	39	74
Total	28	153	423	86	600	104	1822	3.216

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalización.

Índice de tablas

Tabla 6-1	Número de hospitalizaciones de pacientes atendidos en centros de Andalucía procedentes de fuera de su Comunidad, 2014	25
Tabla 6-2	Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2014	26
Tabla 6-3	Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2015	27
Tabla 6-4	Diagnósticos principales según requerimientos de atención compensados a la Comunidad de Andalucía a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, 2014	29
Tabla 6-5	Hospitalización según diagnóstico principal y lugar de procedencia, 2014	31

Índice de gráficos

Tabla 6-1	Número de hospitalizaciones de pacientes atendidos en centros de Andalucía procedentes de fuera de su Comunidad, 2014	25
Tabla 6-2	Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2014	26
Tabla 6-3	Diagnósticos principales por los que se solicita atención según lugar de procedencia, 2015	27
Tabla 6-4	Diagnósticos principales según requerimientos de atención compensados a la Comunidad de Andalucía a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, 2014	29
Tabla 6-5	Hospitalización según diagnóstico principal y lugar de procedencia, 2014	31

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ALBEGA	Sistema de Información que supone la integración de información y gestión de todos los procedimientos de protección de la salud
Al Lado	Coordinación entre servicios sanitarios y asociaciones ante un problema de gran adversidad de salud

C

CHRODIS	Acción Conjunta Europea para la Promoción de la Salud ante Enfermedades Crónicas
CGES	Centros de Atención Telefónica a incidencias informáticas
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
CTI	Centros de Tratamiento de la Información

E

EIS	Evaluación del Impacto en la Salud
EUREGENAS	European Regions Enforcing Actions Against Suicide

F

FEDER	Fondos Europeos de Desarrollo Regional
-------	--

G

GRUS	Grupos Socioeducativos.
------	-------------------------

M

MGF	Mutilación Genital Femenina
-----	-----------------------------

O

ONIFC	Otros No Incluidos en el Fondo de Cohesión
-------	--

P

PACS	Sistema de Gestión de Imágenes Corporativo
PIRASOA	Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos
PSLT	Promoción de la salud en el lugar de trabajo
PTS	Parque Tecnológico de la Salud
PUEF	Punto Único de Entrada de Facturas

R

RAVA	Formación en vacunas
RELAS	Red Local de Acción en Salud

S

SABIA	Promoción del buen trato a la infancia y atención al maltrato
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SICATA	Sistema Integral de la Coordinación Autonómica de Trasplantes
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía

T

TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
-----	---

U

UGC	Unidades de Gestión Clínica
-----	-----------------------------

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Aragón



Índice

Resumen	5
Introducción	7
1 Salud Pública	9
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Población cubierta	11
2.2 Estrategias y actuaciones relacionadas con la equidad	12
2.2.1 Universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria pública	12
2.2.2 Sistema para evitar que los pensionistas sin recursos tengan que adelantar el exceso de aportación en la prestación farmacéutica	13
2.2.3 Modelo y calidad de los servicios en atención primaria	15
2.2.4 Atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja	15
2.2.5 Trastornos relacionados con la salud mental	16
2.2.6 La atención a tiempo	17
2.2.7 Registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo	17
2.3 Estrategias y actuaciones relacionadas con la participación	18
2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con mejoras en la salud de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema	19
3 Infraestructuras sanitarias	21
4 Recursos humanos	23
4.1 Los profesionales sanitarios	23
4.2 Investigación e innovación	23
5 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes	25
5.1 Convenios de colaboración	25
5.1.1 Convenio de colaboración con Castilla-La Mancha	26
5.1.2 Convenio de colaboración con Navarra	26
5.1.3 Convenio de colaboración con Cataluña	26
5.1.4 Convenio de colaboración con la Comunidad Valenciana	27
5.1.5 Convenio de colaboración con Castilla y León	28
5.1.6 Convenio de colaboración con La Rioja	28

5.2	Volumen asistencial	29
5.3	Régimen económico	29
5.4	Tarjeta sanitaria	29
5.5	Acceso a la historia clínica	30
	Índice de tablas	31
	Índice de gráficos	33
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	35

Resumen

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas, con un perfil de gran envejecimiento y acusada dispersión en el territorio.

El conjunto de las estrategias y actuaciones, que a continuación se exponen, suponen la articulación de una política diferenciada que no sólo tienen como objetivo blindar o proteger lo ya conseguido, sino responder, en el conjunto de los servicios y derechos que configuran el estado de bienestar, a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

En el ámbito de la Salud Pública las actuaciones previstas se configuran alrededor de la elaboración de un nuevo Plan de Salud, del impulso de las estrategias de Salud en todas las políticas, de colaboración con otros departamentos y entidades en el impulso de la Promoción de la Salud y en la revisión del sistema de alertas ante los retos de las enfermedades emergentes.

Entre las estrategias relacionadas con la equidad, se destaca la universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas que perdieron el aseguramiento tras el RDL 16/2012, y medidas para limitar el impacto del copago farmacéutico en los pensionistas. También destacamos propuestas de impulso de la atención primaria y de rediseño de la atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja y a pacientes con problemas de salud mental. Otra área de impulso es la de la participación ciudadana, tanto en su papel de paciente como de sujeto político.

Otro grupo de actuaciones se dirigen a garantizar la sostenibilidad del sistema, adecuando la cartera de servicios a las necesidades de la población y a la evidencia científica.

En el ámbito de las infraestructuras, destacamos la elaboración de un Plan de Renovación tecnológica y la continuación de los proyectos de los hospitales de Alcañiz y Teruel.

Introducción

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el Sistema de Salud de Aragón como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

Entre sus objetivos está el de asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, y entre sus características el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

El Sistema de Salud de Aragón ha contribuido de forma esencial durante estos últimos años a soportar, aliviar y evitar que la crisis económica haya derivado en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho, pero además es un elemento de desarrollo, progreso, crecimiento, cohesión social y de protección de la salud que ha mostrado todo su valor en estos momentos.

La sanidad es en Aragón el servicio público más utilizado y valorado por los ciudadanos y por el que justifican en gran medida los impuestos que pagan. Además los ciudadanos, a la vez que identifican y defienden de forma activa el sistema público de sanidad, reclaman y exigen que se resuelvan problemas de accesibilidad, personalización, calidad y eficiencia. Ello es perfectamente explicable con las dificultades y problemas de adaptación a la sociedad actual, en la que la evolución demográfica, tecnológica, cultural... exige reformas importantes que garanticen su solvencia en los próximos años.

El contrato social establecido entre ciudadanos y sus representantes, entre profesionales y pacientes y entre generaciones es sólido y ha sido defendido por miles de ciudadanos y profesionales durante los últimos años, estableciendo sus elementos nucleares como líneas rojas que no deben sobrepasarse.

En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, el reto es lograr unos mejores servicios, una mejor atención con recursos limitados. Dar respuesta a este reto no será posible si se continúan aplicando exactamente los mismos criterios, son necesarias nuevas reglas y prácticas ante los problemas presentes y los retos del futuro para evitar una erosión en la calidad del sistema y en las condiciones de salud.

Para ello es necesario apostar por los puntos fuertes del sistema como la cobertura universal, la accesibilidad y la equidad, pero también eliminar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas aplicándolas con inteligencia y realismo en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la participación ciudadana, tomar decisiones informadas y asegurar la evaluación de las políticas, apostando por una oferta pública de servicios sanitarios suficiente y de calidad.

El conjunto de las estrategias y actuaciones, que a continuación se expone, suponen la articulación de una política diferenciada que no solo tienen como objetivo blindar o proteger lo ya conseguido, sino responder, en el conjunto de los servicios y derechos que configuran el estado de bienestar, a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

1 Salud Pública

Los factores determinantes de la salud individual y colectiva tienen mucho que ver con cómo vivimos y con el medio que nos rodea; la educación que se recibe, tener un trabajo y vivienda dignos, familia y/o amigos con los que poder compartir, una renta suficiente, y un sistema de salud equitativo, accesible y de calidad. Todo influye de manera poderosa en el mayor o menor nivel de bienestar de las personas.

Hablar de Salud Pública significa incorporar el objetivo de salud a la acción global de los gobiernos y las administraciones y especialmente a las políticas relacionadas con la alimentación, el medio ambiente y la vivienda. Hablar de Salud Pública significa también y de forma preferente incorporar valores, hábitos saludables y de responsabilidad en el conjunto del sistema educativo, así como articular programas específicos en el mundo de la salud laboral o respecto a grupos de riesgo y colectivos más vulnerables.

Las actuaciones que se proponen se inscriben en las siguientes estrategias:

- Elaboración de un nuevo Plan de Salud de Aragón para el próximo cuatrienio.
- Revisión del Plan Autonómico de control de la cadena alimentaria en colaboración con las áreas competenciales de producción primaria de alimentos y consumo.
- Puesta en marcha de una Estrategia de Salud Ambiental que incluya el control sobre nuevos riesgos generados por la exposición a agentes químicos y/o físicos.
- Evaluación del II Plan de drogodependencias y elaboración de un nuevo Plan de adicciones.
- Revisión del Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública.
- Refuerzo del trabajo de colaboración con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte para el desarrollo de los programas de salud de ámbito escolar.
- Elaboración de la Estrategia de salud laboral en el ámbito de coordinación del Consejo Asesor de Seguridad y Salud Laboral de Aragón.
- Mantenimiento de las líneas de colaboración con el Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales en las áreas de juventud, inmigración y servicios sociales comunitarios.
- Red de Universidades saludables: el campus como espacio de formación académica y desarrollo de hábitos saludables.
- Cooperación con municipios y comarcas en promoción y protección de la salud.

En el ámbito de la asistencia sanitaria se evaluarán las intervenciones poblacionales y de cribado que el Sistema de Salud de Aragón tiene puestas en marcha y en concreto:

- Se extenderá el cribado de cáncer de colon a toda la población entre 50 y 70 años.
- Se adecuará el cribado de cáncer de cérvix según las actuales recomendaciones.
- Se comenzarán proyectos pilotos para valorar el cribado de hepatitis C en población de riesgo.
- Se adaptará el calendario de la vacunación infantil y de adulto a las necesidades de salud de la población, dentro del marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Puesta en marcha de la *receta comunitaria* en colaboración con los recursos sociales de cada zona.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Población cubierta

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas, suponiendo alrededor del 3% de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El envejecimiento de la población es más acusado que en otras comunidades: a 31 de diciembre de 2015, las personas con 65 años o más en Aragón suponen el 21,0% (el 18,5% de los hombres y el 23,3% de las mujeres).

En el año 2015 el sector sanitario con mayor proporción de personas con 65 años o más es Calatayud (28,0%), seguido de Teruel y Alcañiz (24,0% cada uno). En Barbastro, Zaragoza II y Huesca un 22,0% de la población tenía 65 o más años. Los sectores con menos población mayor en el año 2015 fueron Zaragoza I (16,0%) y Zaragoza III (20,0%).

La proporción de la población de Aragón que tiene menos de 15 años (14,0%) no ha variado en los últimos años, siendo casi el 15% de los varones y el 14% de las mujeres los que se encuentran en este tramo en los últimos tres años. El sector con mayor porcentaje de menores de 15 años es Zaragoza I (17,0%), siendo a su vez el que menor proporción de mayores de 65 años tiene.

Sector	0-14 años	15-64 años	65 + años	Total
Huesca	14.569	69.139	23.026	106.734
Barbastro	14.856	68.271	23.891	107.018
Alcañiz	9.713	44.286	16.563	70.562
Teruel	9.494	47.175	17.459	74.128
Calatayud	5.430	28.054	12.872	46.356
Zaragoza I	50.679	252.191	85.253	388.123
Zaragoza II	45.379	196.005	58.998	300.382
Zaragoza III	32.749	131.809	31.799	196.357
Aragón	182.869	836.930	269.861	1.289.660

Fuente: Base de Datos de Usuarios de Aragón (BDU) a 31 de diciembre de 2015.

Según la Base de datos de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, la población extranjera descendió del 13,4% en 2011, al 11,3% en 2012 y 2013, volviendo a ascender ligeramente el año 2015, llegando a un 11,5%. Sin embargo, el porcentaje de población extranjera no comunitaria ha ido descendiendo en los últimos años, pasando del 7,7% en 2011 al 6,5% en 2012 y al 6,4% en 2013; en el 2014 y 2015 es de un 6,3% de la población registrada.

En Aragón el 17,0% de la población con derecho a asistencia vive en núcleos de población pequeños, donde es atendida a través de una extensa red de consultorios dependientes de los centros de salud.

2.2 Estrategias y actuaciones relacionadas con la equidad

En los servicios sanitarios públicos equidad y calidad están estrechamente relacionadas y son interdependientes, solo si todos los grupos sociales utilizan la sanidad pública se consigue una demanda y presión social para que se mantengan niveles óptimos de calidad y recursos.

La primera condición para la equidad es el reconocimiento del derecho ciudadano a la salud, de tal forma que en Aragón todas aquellas personas que viven en su territorio, independientemente de su cotización a la Seguridad Social, su país de procedencia o su permiso de residencia tengan derecho a la prestación de todos los servicios de la oferta sanitaria pública. Con este objetivo en 2015 se pusieron en marcha las siguientes acciones:

2.2.1 Universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria pública

Con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, quedaron expresamente excluidas del mismo las personas extranjeras sin autorización para residir en España.

En 2013 se creó en Aragón el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, dirigido a aquellos extranjeros empadronados en Aragón con una antigüedad igual o superior a 6 meses y sin recursos económicos.

Sin embargo, este programa dejaba fuera de la asistencia pública sanitaria a un número importante de personas extranjeras sin recursos económicos, e implicaba la creación de un Programa diferenciado que llevaba a desigualdades en el acceso a la prestación de la asistencia sanitaria.

Por todo lo anterior, y con el fin de homogeneizar los criterios y el procedimiento para garantizar temporalmente el acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, el Gobierno de Aragón aprobó en agosto de 2015 unas instrucciones para regular el acceso a la asistencia pública sanitaria de estas personas, con criterios de equidad y universalidad en el acceso.

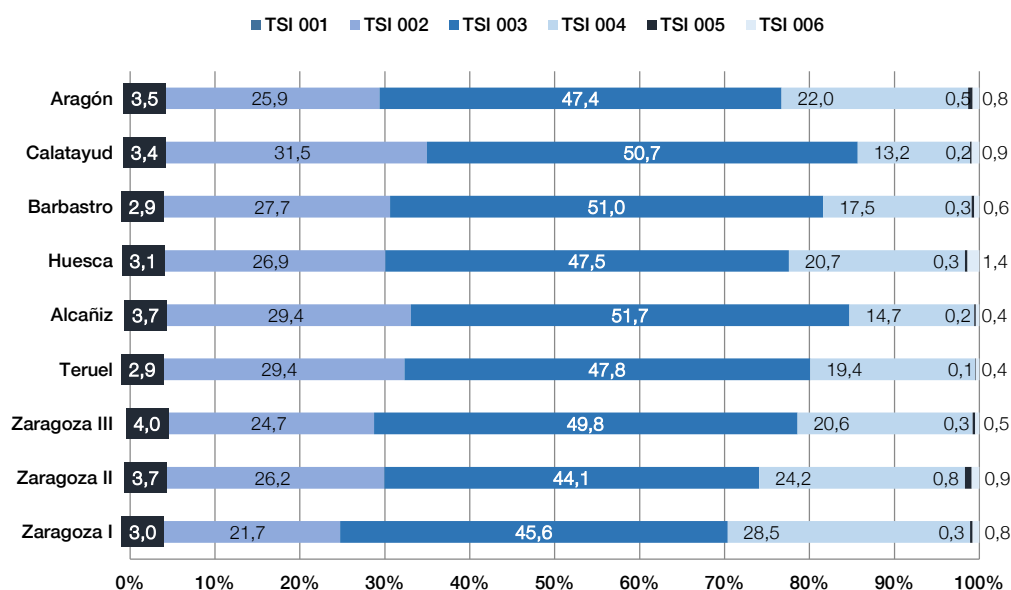
Se han registrado en la Base de Datos de Usuarios de Aragón (BDU) en el periodo desde la aprobación de las Instrucciones hasta el 31 de diciembre de 2015 un total de 1.736 extranjeros sin recursos como beneficiarios de la asistencia sanitaria.

2.2.2 Sistema para evitar que los pensionistas sin recursos tengan que adelantar el exceso de aportación en la prestación farmacéutica

Con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se modificó la aportación del usuario a la prestación farmacéutica pasando a ser proporcional al nivel de renta. Se establecen seis tipos de usuarios:

- TSI 001. A este tipo pertenecen los usuarios exentos de aportación (rentas de integración social, pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho al subsidio, síndrome tóxico y personas con discapacidad). Entre titulares y beneficiarios son el 3,5% de toda la comunidad.
- TSI 002. En este apartado se encuentran las personas con pensiones inferiores a los 100.000 euros anuales. Aportan solamente un 10% del precio del producto. Estos pensionistas y sus beneficiarios son el 26% de la población aragonesa; por sectores, este grupo oscila entre el 31,5% en Calatayud y el 21,7% en Zaragoza I.
- TSI 003. Este grupo está formado por los titulares activos con rentas anuales por debajo de los 18.000 euros y sus beneficiarios. Aportan el 40% de la prestación. Suponen el 47% de la población aragonesa (el 52% en Alcañiz y el 44% en Zaragoza II).
- TSI 004. Aquí se encuentran los titulares activos y sus beneficiarios con rentas inferiores a los 100.000 euros. Tienen una aportación del 50%. En Aragón son el 22% (del 29% en Zaragoza I al 13% en Calatayud)
- TSI 005. En este grupo se encuentran los activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.000 euros. Aportan el 60% con un límite de aportación mensual de 60 euros, en el caso de los pensionistas. No llegan al 0,5% de la población de Aragón (el 0,8% en el sector Zaragoza II)
- TSI 006. Grupo formado por personas ligadas a mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS). Este grupo tiene una aportación del 30% y supone alrededor del 1% de la población de Aragón.

Gráfico 2-1 Porcentaje de población asignada según tipo de aportación del usuario a la prestación de farmacia en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015



Observaciones: (TSI 001) usuarios exentos de aportación, (TSI 002) personas con pensiones inferiores a los 100.000 euros anuales, (TSI 003) titulares activos con rentas anuales por debajo de los 18.000 euros, (TSI 004), titulares activos y sus beneficiarios con rentas inferiores a los 100.000 euros, (TSI 005) activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.000 euros, y (TSI 006) personas ligadas a mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

Fuente: Base de Datos de Usuarios activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.00 euros de Aragón (BDU) a 31 de diciembre de 2015.

Desde el 1 de diciembre de 2015, la Comunidad de Aragón, con el respaldo de las Oficinas de Farmacia, ha implantado un nuevo sistema para evitar que los pensionistas tengan que adelantar el exceso de aportación a la prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos.

El sistema afecta a los usuarios que utilizan el sistema de receta electrónica (más del 93% de las recetas de pensionistas) y evita que estos importes sean reintegrados con posterioridad por la Comunidad Autónoma.

Analizados los datos de facturación del primer trimestre de aplicación, la medida se ha aplicado a 106.958 pensionistas aragoneses.

Tabla 2-2 Aportación evitada a los pensionistas en el primer trimestre de implantación del sistema de prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos, 2015

	Nivel de aportación máxima euros/ mes	Número de pensionistas distintos beneficiados	Aportación realizada en euros	Aportación que hubieran realizado en euros	Aportación evitada en euros
	8,2	95.376	1.530.586,0	2.913.379,4	1.382.793,4
	18,5	11.457	227.798,8	326.925,7	99.126,9
	61,8	125	10.114,4	19.857,8	9.743,4
Total		106.958	1.768.499,2	3.260.162,9	1.491.663,7

Fuente: Sistema de Información de Farmacia. Aragón

La aportación pendiente de reintegrar se ha reducido en cerca de un 92% en el último trimestre (108.185,9 euros frente a 1.337.701,7 euros del trimestre anterior).

2.2.3 Modelo y calidad de los servicios en atención primaria

El análisis de los sistemas sanitarios nos demuestra que la equidad de los mismos se relaciona con el modelo y la calidad de los servicios de atención primaria de salud, más en Aragón por las características demográficas y del territorio. La priorización real de los Equipos de Atención Primaria (EAP) conlleva dotarlos de los recursos humanos y clínicos necesarios para atender la creciente demanda de estos servicios, pero también cambios organizativos y de la oferta sanitaria para ejercer las funciones de garantes ante los ciudadanos de la globalidad de los servicios que el sistema sanitario les presta, de garantizar la continuidad de la asistencia y orientar e informar a los usuarios ante las diversas alternativas que se les ofrece. Para ello:

- En la nueva organización y gestión de los servicios sanitarios, los EAP disponen de una financiación y dirección asistencial propia, no integrada, independiente del hospital de referencia para cada territorio de Aragón.
- Se establecen nuevos criterios (dispersión, nivel socioeconómico, capacidad de resolución, edad...) para fijar el número de profesionales sanitarios en cada equipo.
- Se generaliza el acceso a tecnologías y procedimientos de diagnóstico en todo el territorio de Aragón.
- Se mejora la continuidad asistencial potenciando la interrelación clínica basada en procesos y criterios clínicos consensuados.
- Se incorpora una cartera de servicios propia para los profesionales de enfermería.
- Se incorpora una cartera de servicios de promoción comunitaria de salud.
- Se priorizan las actividades de formación continuada para la incorporación de nuevos procedimientos terapéuticos y de diagnóstico.
- Se potencian las funciones del personal administrativo como referentes para grupos de pacientes que requieren una mayor accesibilidad.

2.2.4 Atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja

La atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja debe ser una de las prioridades en el diseño de cualquier tipo de política sanitaria basada en la equidad. El aumento de la esperanza de vida de la población, el incremento de personas con múltiples patologías crónicas y, por consiguiente, su mayor utilización de los recursos sanitarios, hace que sea fundamental la planificación de este tipo de atención sanitaria. Se estima que, en el momento actual, estos enfermos suponen un 80% de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos, un 55% de las consultas en Atención Primaria y un 60% en Atención Hospitalaria.

Los objetivos en este tipo de atención sanitaria pasan por aumentar la supervivencia de los pacientes, la calidad de vida de enfermos y familiares, muchos de ellos a la vez cuidadores de estos pacientes, y disminuir los ingresos hospitalarios, el consumo de fármacos y el número de visitas a urgencias que realizan. Para ello:

- Se establece un circuito específico que, basándose en la oferta de atención primaria, asegure la continuidad de la asistencia en el domicilio, centro de salud y hospital.

- Se apuesta por un sistema de identificación de pacientes de alto riesgo (Grupo de Morbilidad Ajustada) desarrollado conjuntamente con otras comunidades autónomas, con información en la documentación clínica de todos los profesionales.
- Se crean vías de comunicación entre paciente/cuidador y profesionales de atención primaria con respuesta inmediata.
- La continuidad entre atención primaria y hospitales se garantiza durante las 24 horas sin necesidad de acudir a los servicios de urgencias hospitalarias.
- La continuidad de la atención sanitaria se basa en la atención y comunicación entre los profesionales de enfermería de los centros de salud y de hospitales.

2.2.5 Trastornos relacionados con la salud mental

Los datos sobre trastornos relacionados con la salud mental indican un aumento de los mismos y permiten afirmar, por el incremento de los factores que los motivan y mantienen, que deben ser priorizados en cualquier política de salud que tenga como objetivo la equidad de la asistencia sanitaria. Los factores ligados genéricamente a las condiciones de vida, al desarrollo político y social, a la interacción del alcoholismo y otras drogodependencias y a los recortes realizados en los servicios sanitarios, tienen un impacto decisivo sobre la aparición o el mantenimiento de la enfermedad mental. Ésta no se reduce a los grandes y socialmente alarmantes síndromes psiquiátricos, sino también a todas aquellas dificultades afectivas y emocionales, mantenidas en el tiempo, que resultan extraordinariamente limitantes para el desarrollo y disfrute básicos de la persona. Para ello en el nuevo Plan de Salud Mental que se está elaborando se priorizan las siguientes estrategias:

- La rehabilitación y reinserción de los pacientes con Trastornos de Salud Mental Grave (TMG), que debe combinar, en virtud de la situación clínica y social de cada paciente la atención sanitaria y la rehabilitación social y laboral, teniendo como objetivo siempre la ausencia de estigmatización, la no reclusión y la apuesta por una atención comunitaria que puede traducirse por el objetivo de mantener y atender a las personas en su medio habitual o en su defecto en recursos sociales y laborales normalizados. La base del modelo que se implantará es la organización de la asistencia a partir de los procesos de rehabilitación.
- Disponer de una oferta de servicios suficiente y de calidad para la asistencia sanitaria, basándose en la relación clínica entre los profesionales de atención primaria y de las Unidades de Salud Mental (USM) para evitar derivaciones innecesarias y mejorar la accesibilidad de pacientes con TMG. Entre otras medidas está prevista la inclusión en la cartera de servicios de atención primaria de procedimientos terapéuticos de relajación, control de la ansiedad, integración social... Y la incorporación a las USM de equipos de terapia asertiva comunitaria con el objetivo de atender a los pacientes de difícil o nula vinculación a los dispositivos sanitarios que con frecuencia son quienes sufren mayor deterioro y abandono en todas las áreas de la vida cotidiana.
- Disponer de una oferta de servicios adecuada a los trastornos de salud mental en la población infantil y juvenil, reforzando las USM ambulatoria, creando centros y hospitales de día para aquellos pacientes que requieran una mayor intensidad terapéutica y colaborando con las administraciones educativas y de protección de menores en la gestión de recursos compartidos.

2.2.6 La atención a tiempo

La atención a tiempo es una de los atributos consustanciales a la equidad de los servicios sanitarios. Como concluía el grupo de expertos creado en el seno del Consejo Interterritorial para el análisis de las listas de espera, *las Listas de Espera son en gran medida inherentes al modelo del Sistema Sanitario por el que hemos optado*, modelo que prioriza la universalidad y la equidad como derechos incuestionables de todos los ciudadanos. Sin embargo, para conseguir la equidad y además disponer de un sistema eficiente y de calidad hay que recordar, como también se señalaba en el citado informe, que los pacientes y los procedimientos que tradicionalmente vienen incluyéndose en las listas de espera no tienen las mismas implicaciones, razón por la cual es necesario no tratar los tiempos de espera en su conjunto, sino más bien discernir cada uno de los casos, procedimientos y pacientes para una gestión y solución específica de los mismos. Para ello se están desarrollando las siguientes actuaciones:

- Retomar la aplicación del Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. Como consecuencia de este hecho aquellos pacientes con procesos incluidos en el citado Decreto (neoplasias, cirugía cardíaca, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla), procesos que las sociedades científicas consideraron como prioritarios por su gravedad o por sus repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, se les garantizará su intervención en el plazo indicado como óptimo por los facultativos responsables.
- Implantación en los procesos más frecuentes de protocolos de inclusión en listas de espera, consensuados con los profesionales, al objeto de mejorar la equidad y homogeneizar la práctica clínica.
- Se incrementará la actividad que se realiza por Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Se integrará la oferta global de los hospitales públicos, facilitando la derivación entre centros para optimizar la utilización de recursos.
- Se aumentará la actividad quirúrgica en periodos de tiempo en los que tradicionalmente los porcentajes de actividad respecto al conjunto del año disminuye entre un 40 y 60%.
- Agrupación y realización de los procedimientos de diagnóstico que requiera cada paciente.
- Desarrollo del *anillo digital* en todas las unidades de radiología.
- Ampliación de la oferta horaria de procedimientos de diagnóstico.

2.2.7 Registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo

Los registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y de Patología Cerebrovascular (ECV), demuestran la importancia de una atención correcta y a tiempo en relación con la mortalidad y la calidad de vida posterior; para ello se están evaluando los resultados en la Comunidad Autónoma de Aragón, con especial hincapié, por las características del territorio, en la accesibilidad de todos los pacientes a los cuidados protocolizados. A partir de los resultados y de los puntos de mejora detectados se adaptarán las estrategias actuales de Código Ictus y Código Infarto, especialmente los de accesibilidad y atención a tiempo en todo el territorio.

2.3 Estrategias y actuaciones relacionadas con la participación

Como pone de manifiesto la Comisión de las Comunidades Europeas (2001), la participación colectiva e individual, como principio básico de la pluralidad democrática y del buen gobierno, fortalece la aceptabilidad social de la acción de gobierno y promueve la eficiencia de los servicios públicos.

Sin embargo, las declaraciones permanentes sobre la importancia de la participación y del paciente como centro del sistema no han sido plasmadas en actuaciones concretas y comprometidas con dichos enunciados. La información, la autonomía de decisión de los pacientes así como la participación institucional en órganos de asesoramiento y de gobierno no han sido prioridades reales.

Las actuaciones que se proponen contemplan, por una parte, al ciudadano como paciente, y por otra al ciudadano como sujeto político con influencia en las decisiones, organización y resultados de un sistema público que financia con sus impuestos. Asimismo, las obligaciones y responsabilidades del ciudadano aumentan en este nuevo paradigma, toda vez que se abandona la idea de ciudadano-paciente pasivo para subrayar los valores de participación y responsabilidad.

Respecto al ciudadano paciente las propuestas valoran:

- La posibilidad por parte del paciente de una amplia posibilidad de elección de profesional y centro. La libertad de elección de los pacientes es un valor consustancial con la autonomía y emancipación ciudadana.
- Incorporar como cultura de la organización la transmisión de toda la información de la que el paciente debe disponer. Sobre su propia enfermedad y sobre los resultados y características de la oferta sanitaria entre la que puede elegir.
- Favorecer la decisión compartida mediante la elaboración de herramientas de ayuda a la decisión.
- Incorporación de los pacientes a los grupos de expertos responsables de diseñar e implantar las estrategias de salud, las guías y protocolos de práctica clínica.
- Favorecer el entrenamiento en el tratamiento de su propia enfermedad y en la utilización responsable de los servicios sanitarios.
- Conocer en la totalidad de su proceso de atención qué profesionales son responsables de su asistencia y las funciones que les están asignadas.
- Acceso y la libre utilización por el paciente de toda la información de su historia clínica digital, a través de una *carpeta personal*.
- Impulsar la formación de *pacientes expertos* y otros sistemas similares de ayuda y apoyo mutuo entre pacientes.
- La colaboración, reconocimiento y apoyo institucional a las familias, que son los más importantes cuidadores de los enfermos, para que cuenten con todas las ayudas que precisan por parte tanto de la sanidad pública como de los servicios sociales.

Respecto al ciudadano como sujeto político:

- La garantía de que las políticas de salud actúan intersectorialmente para valorar la salud de los ciudadanos en materias relacionadas con el medio ambiente, la vivienda, la alimentación, la regulación laboral.
- La competencia mediante la educación reglada y la formación permanente de adultos para mantener hábitos y cuidados correctos respecto a su salud.
- Acceso a la información sobre el funcionamiento del sistema sanitario: recursos, servicios, resultados, actividad, inversiones, gasto, deuda.

- Establecer mecanismos abiertos de toma de decisiones y elaboración de políticas que se propongan, que incluyen –como ya existe en otros países – una fase de consulta pública en Internet
- Establecer de forma reglada instrumentos (encuestas, estudios, evaluaciones, etc.) que le permitan conocer las necesidades, demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general. Condición clave para la efectividad de estos instrumentos de conocimiento de la opinión de ciudadanos y pacientes es poner, con el mayor rigor técnico y transparencia, toda la información recabada a disposición de la sociedad, así como utilizarla internamente en las unidades y servicios para mejorar la calidad de su atención.
- La presencia, con voz y voto, en los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias.
- Facilitar la colaboración de las entidades sociales en la tramitación de las denuncias, quejas y sugerencias de pacientes y ciudadanos, así como impulsar su participación en los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias.
- El impulso para generar un voluntariado cívico en torno a la sanidad pública de Aragón y a sus centros y servicios; este voluntariado tiene una gran importancia por su contribución a la sostenibilidad de la sanidad pública, a que la población la sienta como propia, a la cohesión y solidaridad social y, a rodear de afecto popular al personal sanitario.

Situar a pacientes y ciudadanos en el centro de la sanidad pública, planificando, gobernando y gestionando esta para responder a sus necesidades, demandas y preferencias con la mayor calidad, eficiencia y equidad; supone cambiar la función gerencial de los centros por Consejos Colegiados de Gobierno, responsables máximos del funcionamiento de las unidades de un hospital o de los equipos de atención primaria de un determinado territorio.

2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con mejoras en la salud de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema

De forma reiterativa se ha acusado a los servicios sanitarios de gastar mucho, gastar mal y crear deuda de forma sistemática, en resumen de ser un modelo no sostenible. Sin embargo, como demuestra cualquier análisis objetivo, los problemas perennes de liquidez no son debido a un exceso de gasto sino a un problema de subfinanciación. El gasto público dedicado a los servicios sanitarios, tanto en el SNS como en Aragón, representa un porcentaje sobre el PIB inferior al que dedican otros países occidentales.

La suficiencia financiera y la sostenibilidad no deben abordarse desde una óptica contable ni de indicadores macroeconómicos. Representan, por el contrario, una opción de prioridad política respecto a la financiación y de objetivos y estrategias de salud respecto a la sostenibilidad.

El gasto sanitario por persona en Aragón ha disminuido de 1.419 euros/persona en 2010, a 1.198 euros/persona en el año 2015. Durante los próximos años es necesario alcanzar la suficiencia financiera de forma progresiva, iniciándose ya en el próximo ejercicio al dedicar una cantidad de 1271 euros/persona.

La sostenibilidad a medio plazo está condicionada por la Cartera de Servicios (prestaciones médicas, medicamentos y tecnologías) de la sanidad pública. No solo hay que prestar atención a que lo nuevo sea útil y asequible, sino a lo que se va a eliminar, por su escaso valor para la salud, para financiar las innovaciones. Se busca un balance responsable y equilibrado entre innovación, seguridad, y efectividad social.

La inmensa mayoría de innovaciones médicas, especialmente en el ámbito de los medicamentos, son incrementales, y muchas de ellas solo consiguen pequeñas mejoras en la cantidad-calidad de vida, a costa de grandes gastos adicionales y, con frecuencia, de someter a los pacientes a riesgos y molestias injustificadas.

Las actuaciones que se proponen en el ámbito de las competencias de la Comunidad Autónoma estarían basadas en los siguientes criterios:

- Conjuguar la accesibilidad territorial con el volumen necesario que garantice la calidad en su prestación.
- Establecer qué servicios deben considerarse de referencia para distintos territorios.
- Establecer qué servicios en virtud de su baja prevalencia deben acordarse con centros externos a la Comunidad Autónoma.
- Establecer las competencias, habilidades y organización clínica de las que deben disponer las unidades a las que se les autoricen los servicios.
- Establecer los recursos suficientes para que los servicios se presten con la calidad adecuada.

La revisión y evaluación de la Cartera de Servicios se realiza en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud estando previsto, entre otros, en el próximo año la evaluación de los siguientes servicios:

- El cribado de retinopatía diabética.
- El Tratamiento endovascular de accidentes cerebrovasculares.
- La radioterapia intraoperatoria en el cáncer de mama.
- La utilización de ADN fetal en el diagnóstico prenatal.
- Implantación de marcapasos transcáteter.
- Cierre percutáneo de comunicación interventricular mediante cateterismo cardiaco.

Las nuevas tecnologías, la formación de los médicos de atención primaria, la necesaria interdisciplinariedad para abordar muchas enfermedades y la prevalencia de pacientes crónicos y pluripatológicos, obliga a repensar y establecer nuevos criterios para rediseñar la oferta de servicios, tanto por la sostenibilidad del sistema como por la continuidad y satisfacción de los pacientes.

El papel del hospital de agudos es prestar atención efectiva, segura, eficiente y de complejidad acorde con su nivel, así como introducir y retirar tecnologías conforme a criterios de seguridad, efectividad, calidad y coste-efectividad. El hospital debe abrirse en un doble sentido: a redes hospitalarias sub-regionales, donde grandes hospitales hagan función nodriza sobre pequeños centros de proximidad y hagan viable técnicamente su función; a redes regionales de unidades de alta especialización, donde circulen pacientes y médicos para beneficiarse de la concentración de casos y procedimientos. En estas redes regionales pueden establecerse servicios compartidos (generales, centrales y clínicos), que aporten eficiencia sin mermar calidad o disponibilidad local de conocimiento experto.

El reto para un inmediato futuro es el de reorganizar todos los recursos existentes en una oferta en red según los siguientes criterios:

- Garantizar la accesibilidad territorial y de calidad para los servicios más demandados.
- Evitar la duplicidad de servicios centrales y de referencia.
- Priorizar la oferta ambulatoria respecto a los internamientos innecesarios.
- Modificar la arquitectura actual de unidades según las necesidades de cada proceso asistencial y la necesaria superespecialización de algunos procedimientos.
- Adecuar en los hospitales de agudos la atención a pacientes pluripatológicos complejos.

3 Infraestructuras sanitarias

En el ámbito sanitario, la infraestructura tecnológica es imprescindible para el desarrollo de la actividad, tanto en el área terapéutica como, sobre todo, en la diagnóstica. La demanda de salud exige un uso intensivo de los equipos que, unido a la obsolescencia técnica, de especial incidencia en este tipo de equipamiento, hace que sea necesario un nivel de inversión continuo para mantener un parque tecnológico operativo con niveles de eficacia óptimos.

Los últimos cuatro años (periodo 2012-2015) se han caracterizado por una pobre inversión en equipamiento tecnológico. Tan solo la elevada inversión en los ocho años precedentes ha permitido mantener la oferta sanitaria en un aceptable nivel de eficacia, si bien aquellos equipos que fueron adquiridos entre los años 2004 y 2008 muestran un nivel de obsolescencia y un estado general incompatible con una prestación de garantía, ofreciendo un riesgo de avería y parada inadmisibles en un servicio público de calidad, además de resultar ineficientes en términos de número de exploraciones/tratamientos por sesión de funcionamiento.

En consecuencia, es imprescindible acometer un plan de renovación que garantice la usabilidad del equipamiento, la oferta sanitaria y el empleo racional de los recursos humanos a la vez que permita el equilibrio presupuestario en un escenario de restricción de ingresos, consecuencia de una situación económica todavía muy alejada de los niveles de crecimiento deseables y con un elevado endeudamiento, fruto de un periodo de desequilibrio presupuestario permanente.

Al referirnos a infraestructura tecnológica distinguimos entre alta y media tecnología. Dentro del término alta tecnología encuadramos los equipos electromédicos de coste unitario elevado (claramente por encima de los 100.000 euros), con una vida útil igual o superior a 8 años. Por el contrario conceptuamos como media tecnología equipos cuyo coste no alcanza los 100.000 euros, caracterizados también por ciclos de vida menos predecibles y, de ordinario, inferiores a 8-10 años y con un elevado número por centro sanitario.

En atención a ambos parámetros, precio unitario y periodo medio de vida útil, la estrategia de compra debe orientarse hacia modelos que permitan equilibrar el esfuerzo presupuestario con la depreciación del bien, toda vez que el efecto previsor del concepto de amortización, desde un punto de vista financiero, es inexistente en la contabilidad pública. De esta forma proponemos la fórmula del arrendamiento con opción de compra para la adquisición de los equipos de alta tecnología, cuyo alto coste hace inviable la inversión en cuatro ejercicios presupuestarios, destinando el capítulo VI del presupuesto a la compra de equipos de media tecnología, mobiliario, equipos de oficina y, en general, elementos inmovilizados de menor coste unitario.

Por otro lado, se continúa con los procesos de contratación para los nuevos Hospitales de Alcañiz y Teruel, cuya licitación se prevé para el año 2016.

4 Recursos humanos

4.1 Los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios son la pieza más importante en la credibilidad del modelo sanitario público. En los barómetros sanitarios los ciudadanos valoran muy positivamente a los profesionales sanitarios. Es necesario mantener el estímulo, el prestigio social y el sentido positivo de pertenencia al Sistema Público de Salud de todos los profesionales. Estos deben participar de forma activa en la gestión de los centros, incentivando la consecución de objetivos asistenciales.

Para afrontar con éxito las reformas que requiere la oferta de servicios y la práctica clínica es necesario reforzar el contrato social del profesional sanitario con la sociedad, reconociendo que son los profesionales los que en realidad condicionan los resultados al tener competencia para fijar la oferta, la demanda y el precio de los servicios. Para ello, en conjunto con las profesiones sanitarias, se fomentará en las relaciones de gestión clínica un nuevo modelo de profesionalismo en el que se integre la experiencia y los conocimientos y se potencien los valores comunes, el desarrollo profesional y un compromiso que abarque los siguientes ámbitos:

- Compromiso con la competencia profesional.
- Compromiso de honestidad con los pacientes.
- Normas de transparencia y rendición de cuentas.
- Plan de seguridad con reconocimiento de los errores.
- Evitar la medicina defensiva: evitando cuidados innecesarios o con serias dudas sobre el balance riesgo/beneficio.
- Compromiso con la confidencialidad.
- Compromiso con el establecimiento de relaciones apropiadas con los pacientes.
- Compromiso con el trabajo en equipo, la colaboración interprofesional y la atención integrada.
- Compromiso con los valores y objetivos sociales de salud y con la atención centrada en el paciente.
- Compromiso con la mejora organizativa y la gestión adecuada de los recursos.
- Compromiso con el conocimiento científico.
- La gestión clínica como forma de trasladar la responsabilidad a los profesionales.

Por otro lado, en el ámbito de gestión de recursos humanos se está trabajando en mejorar la estabilidad de la plantilla, impulsando procesos de movilidad voluntaria de los profesionales y de oferta pública de empleo, y homogeneizando los sistemas de acceso de los profesionales a los puestos de trabajo.

4.2 Investigación e innovación

La investigación y la innovación deben estar al alcance de todos los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el núcleo de operaciones lo constituyen los profesionales y las unidades clínicas. Todos estos hechos deben responder a objetivos para mejorar la salud y deben facilitar la formación e investigación de los profesionales.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y la Fundación de Investigación Sanitaria de Aragón son las instituciones responsables, que ejercen las siguientes funciones:

- Transferencia de conocimiento para la toma de decisiones.
- Desarrollo de guías de práctica de carácter estratégico.
- Desarrollo de los planes de formación continuada de los profesionales sanitarios de carácter estratégico.
- Formación específica en salud pública y disciplinas afines, gestión y administración sanitaria, economía de la salud y metodología de la investigación.
- Formación de personal investigador.
- Creación y mantenimiento de un fondo de documentación en ciencias de la salud.
- Diseño de las líneas de investigación relacionadas con las prioridades de salud.
- Promoción y desarrollo de proyectos de investigación en ciencias de la salud.
- Soporte a grupos de investigación.
- Diseño y coordinación de estudios de evaluación de los servicios de salud y tecnologías sanitarias.

5 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes

Aragón se encuentra situada en la zona noreste de España y se encuentra limitada, además de por Francia en el norte, por otras 6 CCAA: Navarra, La Rioja, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Cataluña. Tiene una población dispersa, con una gran concentración de su población en las capitales provinciales, sobre todo en Zaragoza (56,91 % de la población vive en las capitales), y bajas densidades de población en el resto. Además, presenta algunas concentraciones de población en cabeceras comarcales situadas en zonas limítrofes, especialmente en la zona oriental (Fraga) y occidental (Tarazona). Por otro lado, en el Norte (Pirineos) y en el Sur (Ibérica) de la Comunidad, la orografía del terreno plantea en ocasiones dificultades de comunicación.

5.1 Convenios de colaboración

Tradicionalmente Aragón ha establecido convenios de colaboración con las diferentes comunidades autónomas limítrofes para facilitar la atención a los pacientes que viven en esas zonas, tanto en la atención urgente, como en la atención primaria y especializada.

Actualmente están vigentes los siguientes Convenios:

- Convenio de colaboración entre las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha en materia de asistencia sanitaria, firmado el 15 de enero de 2014 (publicado en BOA el 26 de febrero de 2014).
- Protocolo General de colaboración, entre la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma de Aragón, para promover la colaboración interautonómica y definir cauces formales de relación entre ambas Comunidades, firmado el 15 de junio de 2009 (publicado en BOA el 5 de marzo de 2010).
- Convenio marco de colaboración entre el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, firmado el 29 de abril de 2005 (publicado en BOA el 17 de junio de 2005).
- Convenio marco de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la coordinación en materia de asistencia sanitaria, firmado el 28 de abril de 2008 (publicado en BOA el 21 de mayo de 2008).
- Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias en la zona limítrofe entre las dos comunidades, firmado el 28 de abril de 2008.
- Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la atención primaria y especializada, firmado el 28 de abril de 2008.
- Protocolo general de colaboración, entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Autónoma de Aragón, firmado el 22 de junio de 2009 (publicado en BOA el 19 de febrero de 2010).
- Protocolo entre la Generalitat de la Comunitat Valenciana y el Gobierno de Aragón en materia de turismo, sanidad y gestión del medio natural, firmado el 31 de mayo de 2013.

5.1.1 Convenio de colaboración con Castilla-La Mancha

El convenio regula la asistencia urgente, atención primaria y especializada y transporte sanitario para la población de una serie de municipios situados en zonas limítrofes, en las provincias de Guadalajara (Zonas básicas de salud de Checa, Molina de Aragón, El Pobo y Maranchón) en Castilla-La Mancha, y en las de Teruel y Zaragoza en Aragón.

Según se estipula en el Convenio, la atención especializada de los pacientes de los municipios afectados en las zonas de salud de Checa y El Pobo se realizará por el Hospital Obispo Polanco de Teruel, y la de los pacientes de los municipios afectados en las zonas de Maranchón y Molina de Aragón, en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

Cuando el paciente precise una derivación a un centro de referencia, esta deberá ser aprobada por el servicio de salud correspondiente.

La atención sanitaria urgente se realizará en el Punto de Atención Continuada más cercano al domicilio del paciente, o llamando a los teléfonos de atención de urgencias y emergencias 061-112 de las dos comunidades, que se coordinarán entre ellos.

Respecto a la farmacia hospitalaria para pacientes externos, se facilitará la dispensación por el hospital de referencia de la Comunidad de residencia del ciudadano, independientemente de que se haya prescrito por un profesional de ese hospital.

El transporte sanitario no urgente será prestado de forma preferente por la comunidad de residencia del paciente. En casos de dificultad (meteorológica etc.) este servicio quedará garantizado por cualquiera de las comunidades firmantes.

Se crea una Comisión de Seguimiento del Convenio, la cual se reunirá cuando sea necesario y obligatoriamente al menos una vez al año.

La vigencia es de cinco años, renovándose automáticamente por periodos anuales.

5.1.2 Convenio de colaboración con Navarra

El protocolo de colaboración de 2009 establece cauces de colaboración general en materia sanitaria entre ambas comunidades, incluida la coordinación en materia de atención a urgencias y emergencias entre los servicios 061-112.

En materia más específica de atención sanitaria, Aragón se subrogó en un convenio previo del año 2001, firmado entre el Gobierno de Navarra, el de Aragón y el Instituto Nacional de la Salud, donde se establecía que la población residente en la zona básica de Tarazona pueda recibir asistencia urgente en el hospital Reina Sofía de Tudela.

Por otro lado, los pacientes de la zona de salud de Sos del Rey Católico, en la zona norte de la provincia de Zaragoza, utilizan algunos servicios complementarios (rehabilitación) en centros de Sangüesa (Navarra), y reciben la atención especializada en hospitales de Pamplona (Complejo Hospitalario).

5.1.3 Convenio de colaboración con Cataluña

El convenio general de colaboración establece que *las partes podrán establecer acuerdos específicos para cada área de salud o región sanitaria limítrofe así como para desarrollar las materias enumeradas en el pacto tercero*. Las materias sobre las que pueden establecerse anexos de colaboración son: atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención primaria de salud, atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), atención en salud mental,

atención sociosanitaria, tarjeta sanitaria, cartera de servicios, formación del personal, investigación en ciencias de la salud y cualesquiera otras que consideren oportuno ambas partes. Estos acuerdos específicos se incorporarán como anexos o como convenios adicionales y se atenderán, en todo caso, a los principios de este convenio marco general.

Actualmente hay dos Anexos al Convenio de colaboración que regulan las relaciones entre ambos:

- El Anexo I: regula la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias, estableciendo los mecanismos de colaboración correspondientes entre la gerencia del 061 de Aragón y el Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña, indicando los municipios de Aragón y Cataluña incluidos en este ámbito de colaboración, y los recursos para la atención urgente (incluidos ambulancias y helicópteros asistenciales) de ambas comunidades.
- El Anexo II: es un convenio específico de colaboración para la zona de Pirineos, y afecta a las zonas básicas de salud de Castejón de Sos y Benabarre en Huesca y de Alta Ribagorza y Tremp en Lérida. Regula el acceso a la atención urgente, atención primaria, atención especializada y salud mental para esta población en los diferentes recursos de ambas comunidades. En la práctica implica que los habitantes de algunos de estos municipios son atendidos en la atención primaria y continuada en centros de salud de la comunidad limítrofe. La atención especializada para la población aragonesa de estos municipios es derivada a los centros de Lérida.

Por otro lado, los pacientes de algunos municipios de zonas básicas de salud de la parte oriental de Aragón (Fraga, y Tamarite de Litera en Huesca, Mequinenza y Maella en Zaragoza) acuden a urgencias hospitalarias y a atención especializada a centros de Lérida (Hospital Arnau de Villanova) y de Tarragona (Hospital de Mora de Ebro).

Se crea una comisión de coordinación y otra de seguimiento del convenio que se reúne periódicamente.

5.1.4 Convenio de colaboración con la Comunidad Valenciana

Existe un Anexo I al Convenio de colaboración que regula las relaciones entre ambos Departamentos.

Estas colaboraciones son de aplicación en las zonas básicas de salud de Sarrión, Mora de Rubielos y Mosqueruela del sector de Teruel, en las de Cantavieja, Mas de las Matas y Valderrobres del sector de Alcañiz. En las zonas básicas de salud de Ademuz, Titaguas, Forcall y Morella de la Agencia Valenciana de salud.

- *Atención primaria*: el centro de salud de Forcall (Castellón) presta atención primaria a los habitantes de La Cuba (Teruel), el centro de salud de Titaguas a los de Abejuela (Teruel) y el centro de salud de Cantavieja (Teruel) presta atención primaria a los habitantes de Herbes (Castellón).
- *Atención especializada*: los pacientes de la zona de salud del Rincón de Ademuz (Valencia) reciben atención especializada en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Los usuarios de las Zonas de Salud de Sarrión, Mora de Rubielos, Mosqueruela, Cantavieja, Mas de las Matas y Valderrobres recibirán *radioterapia* en centros de Castellón y Valencia. Para algunos de los municipios de estas zonas de salud, la *rehabilitación* se presta en Centros de Salud de Castellón (Morella, Segorbe y Vall d'Alba)
- El *transporte sanitario no urgente* será prestado preferentemente por la comunidad donde resida el paciente (salvo circunstancias meteorológicas, etc).

- La *prestación de farmacia hospitalaria* a pacientes ambulatorios podrá dispensarse en el hospital que haya realizado la prescripción. En esos casos se facturará el importe de dichos fármacos a la comunidad de residencia del paciente.
- Para la *atención sanitaria en urgencias*, emergencias y transporte sanitario urgentes se establecen mecanismos de coordinación y colaboración.

Se establece una Comisión de seguimiento con reuniones periódicas.

5.1.5 Convenio de colaboración con Castilla y León

El convenio marco contempla la formalización de convenios específicos para desarrollar las materias enumeradas (atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención primaria de salud, atención especializada, salud mental, atención sociosanitaria, tarjeta sanitaria, cartera de servicios, formación del personal, desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación e investigación en ciencias de la salud). Contempla también la existencia de una Comisión de coordinación y seguimiento.

Además se han formalizado convenios específicos para la atención primaria y especializada y para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias:

- *Atención primaria y especializada*: el centro de salud de Ólvega y Arcos de Jalón (Soria) prestan atención primaria a los pacientes de Pomer y Pozuel de Ariza (Zaragoza). La atención especializada urgente de los pacientes de la zona de salud de Arcos de Jalón (Soria) se presta en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Además se establecen algunos servicios de referencia de los Hospitales Universitarios Miguel Servet y Clínico Lozano Blesa de Zaragoza para la población de la provincia de Soria, y especialmente para las zonas de salud de Ágreda, Ólvega y Arcos de Jalón.
- *Asistencia en urgencias y emergencias*: se establece que la Gerencia del 061 de Aragón y la Gerencia de Emergencias de Castilla y León colaborarán en la resolución de las urgencias y emergencias sanitarias de las poblaciones que configuran la franja territorial limítrofe entre ellas y aportarán los recursos que tienen situados en la zona con el dispositivo más óptimo en cada caso, pero manteniendo la autoridad de cada comunidad sobre aquellos que les sean propicios. En Aragón el ámbito territorial es el de algunos municipios de las zonas de salud de Alhama de Aragón, Ariza, Illueca, Villarroya de la Sierra y Tarazona. En Castilla y León afecta a municipios de las zonas de salud de Ágreda, Arcos de Jalón, Gómara y Ólvega.

5.1.6 Convenio de colaboración con La Rioja

La colaboración con La Rioja se especifica en la Adenda al Protocolo general. Esta adenda incluye varias materias objeto de colaboración:

- Atención especializada con mención específica de la salud mental infanto-juvenil y trastornos alimentarios, neurocirugía, traumatología, cirugía maxilo facial, pediatría, neurorradiología y cribado neonatal.
- Tarjeta sanitaria.
- Cartera de servicios.
- Formación del personal.
- Desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Investigación en Ciencias de la Salud.

Se han desarrollado actuaciones conjuntas específicas en temas de cribado neonatal. Por otro lado, el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza actúa como servicio de referencia para algunas especialidades, especialmente grandes quemados, neurocirugía y cirugía pediátrica.

Existe una Comisión de coordinación y otra de seguimiento.

5.2 Volumen asistencial

En los hospitales públicos de Aragón se atendieron en el año 2015 un total de 1.376 ingresos hospitalarios procedentes de las comunidades autónomas limítrofes.

Tabla 5-1 Episodios hospitalarios y ambulatorios atendidos en los distintos convenios firmados entre la Comunidad de Aragón y otras comunidades autónomas, 2015

CC.AA	Episodios atendidos	
	Hospitalización	Ambulatorios
Castilla-La Mancha	165	31
Castilla y León	74	17
Cataluña	298	10
Comunidad Valenciana	409	53
Navarra	74	6
La Rioja	356	8
Total	1.376	125

Fuente: Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) Aragón. Consulta 6 de abril 2016.

5.3 Régimen económico

Los diferentes convenios suscritos no incluyen mecanismos específicos de compensación económica por la atención sanitaria, excepto la posibilidad de facturación de la dispensación de la farmacia hospitalaria a pacientes externos. Los mecanismos de compensación son los generales para la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas: Fondo de Cohesión y Fondo de Garantía de Asistencia Sanitaria.

5.4 Tarjeta sanitaria

Los pacientes de las zonas limítrofes mantienen su tarjeta sanitaria de la comunidad de residencia, que es la que garantiza la asistencia. En Aragón, los pacientes de las zonas limítrofes de otras comunidades que tienen la atención primaria asignada a centros de salud de Aragón son registrados en la Base de Datos de Usuarios como usuarios de zonas limítrofes.

5.5 Acceso a la historia clínica

El acceso por parte de los profesionales sanitarios a la historia clínica corporativa del servicio de salud originario del paciente no está resuelto, aunque hay grupos de trabajo en algunos casos que están estudiando cómo facilitar ese acceso sin comprometer la seguridad.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Población por sectores y grupos de edad en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015	11
Tabla 2-2	Aportación evitada a los pensionistas en el primer trimestre de implantación del sistema de prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos, 2015	14
Tabla 5-1	Episodios hospitalarios y ambulatorios atendidos en los distintos convenios firmados entre la Comunidad de Aragón y otras comunidades autónomas, 2015	29

Índice de gráficos

Gráfico 2-1 Porcentaje de población asignada según tipo de aportación del usuario a la prestación de farmacia en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015

14

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ADN Ácido Desoxirribonucleico

B

BDU Base de Datos de Usuarios

BOA Boletín Oficial de Aragón

C

CCAA Comunidades Autónomas

E

EAP Equipo de Atención Primaria

ECV Enfermedad cerebrovascular

P

PIB Producto Interior Bruto

R

RAE-CMBD Registro de Atención Especializada- Conjunto Mínimo Básico de Datos

S

SCA Síndrome Coronario Agudo

SNS Sistema nacional de Salud

T

TMG Trastorno Mental Grave

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

USM Unidades de Salud Mental

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma del
Principado de Asturias



Índice

Resumen	7
1 Salud Pública	9
1.1 Observatorio de Salud Pública en Asturias-OBSA	9
1.1.1 Objetivos del proyecto	9
1.1.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	9
1.1.3 Resultados alcanzados después de la evaluación	10
1.1.4 Informe de situación de salud en Asturias 2012-2015	10
1.1.5 Asturias Actúa en Salud: buscador y mapa de actividades	10
1.1.6 Mapa de resultados y determinantes de salud por municipios	11
1.1.7 Evaluación del pilotaje de la puesta en marcha del proyecto de <i>Recomendación de activos para la salud</i> - Prescripción social y de Sistemas de Gobernanza	11
1.1.8 Actualización de Estrategia de Salud Oral	11
1.2 Atención a la salud oral en Asturias. Programa de Salud Bucodental-PSBD. <i>La Conquista de la Boca Sana</i> - LCBS	11
1.2.1 Objetivos del proyecto	11
1.2.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	12
1.2.3 Resultados alcanzados después de la evaluación	12
1.3 Nuevo calendario de vacunaciones infantiles en Asturias 2015	12
1.3.1 Objetivos del proyecto	12
1.3.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	13
1.3.3 Resultados alcanzados después de la evaluación	13
1.4 Programa Paciente Activo Asturias - PACAS	13
1.4.1 Objetivos del proyecto	13
1.4.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	14
1.4.3 Resultados alcanzados después de la evaluación	14
1.5 Observatorio sobre drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias	15
1.5.1 Objetivos del proyecto	15
1.5.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	15
1.5.3 Resultados alcanzados después de la evaluación	16
1.6 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire en Asturias	16
1.6.1 Objetivos del proyecto	16
1.6.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	17

1.6.3	Resultados alcanzados	17
2	Asistencia sanitaria	19
2.1	Pacto de cooperación entre áreas sanitarias	19
2.1.1	Objetivos del proyecto	19
2.1.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	19
2.1.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	19
2.2	Gestión para la seguridad del paciente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias- SESPA	20
2.2.1	Objetivos del proyecto	20
2.2.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	20
2.2.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	21
2.3	Mejora de la historia clínica electrónica de Atención Primaria	21
2.3.1	Objetivos del proyecto	21
2.3.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	21
2.3.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	22
2.4	Coordinación asistencial entre ámbitos de atención	22
2.4.1	Objetivos del proyecto:	22
2.4.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	23
2.4.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	23
2.5	Normalización de cuidados	25
2.5.1	Objetivos del proyecto	25
2.5.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	25
2.5.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	26
2.6	Grupo regional de Salud Mental-Educación	26
2.6.1	Objetivos del proyecto:	26
2.6.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	27
2.6.3	Resultados alcanzados	27
3	Infraestructuras sanitarias	29
3.1	Hospital Universitario Central de Asturias-HUCA, hospital del futuro	29
3.1.1	Objetivos del proyecto	29
3.1.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	29
3.1.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	29
3.2	HUCA-Hospital sin papeles. Acreditación HIMSS	30
3.2.1	Objetivos del proyecto	30
3.2.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	30
3.2.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	30

3.3	Estación clínica de SELENE en el hospital de Cabueñes y sus centros dependientes	31
3.3.1	Objetivos del proyecto	31
3.3.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	31
3.3.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	31
3.4	Sistema de información del cribado de cáncer colorrectal en el Principado de Asturias	32
3.4.1	Objetivos del proyecto	32
3.4.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	32
3.4.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	33
4	Recursos humanos	35
4.1	Paneles propios de auditores en calidad	35
4.1.1	Desarrollo resumido del proyecto	35
4.1.2	Objetivos del proyecto	35
4.1.3	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	35
4.1.4	Resultados alcanzados después de la evaluación	35
4.2	Plan de formación <i>online</i> 2015 en gestión clínica y calidad	36
4.2.1	Objetivos del proyecto:	36
4.2.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	36
4.2.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	36
5	La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	37
5.1	Protocolo general de colaboración del gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León	37
5.1.1	Objetivos del proyecto	37
5.1.2	Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos	37
5.1.3	Resultados alcanzados después de la evaluación	37
	Índice de tablas	39
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	41

Resumen

El año 2015 ha sido, para el Sistema de Salud del Principado de Asturias, un año de consolidación de las grandes infraestructuras físicas puestas en marcha en el año anterior, pero que han desarrollado su potencial a lo largo del año: el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y el Hospital Vital Álvarez Buylla (HVAB) se conciben como centros con un moderno diseño funcional pensado en las necesidades de los usuarios y los profesionales y dotados con la mejor tecnología.

Esta consolidación alcanza también a proyectos, que aun naciendo en años anteriores, desarrollan su potencial en 2015; se destacan: el Observatorio de Salud para Asturias (OBSA), el Programa Paciente Activo Asturias (PACAS) y la Normalización de Cuidados.

El Observatorio de Salud en Asturias es un proyecto iniciado en mayo de 2011 con el objetivo de generar un espacio de conocimiento sobre la información en salud en Asturias; en 2015 ha alcanzado un volumen de datos considerable sobre el estado de salud de nuestra Comunidad Autónoma.

El Programa Paciente Activo Asturias pretende mejorar la calidad de vida de personas afectadas por patologías crónicas a través de mecanismos de apoyo y formación entre iguales que faciliten una mayor autonomía del paciente y sus familias, y mayor efectividad en los cuidados. En 2015 se ha alcanzado un volumen de 1.000 personas con patología crónica y/o cuidadores que han completado la formación presencial con el programa *Tomando Control de su Salud*.

El proyecto de Normalización de Cuidados tiene como objetivo normalizar los procesos de cuidados en las unidades de hospitalización, utilizando metodología enfermera y los lenguajes estandarizados *NANDA* y *NIC*. En 2015, el 91,9% de los pacientes ingresados en los hospitales públicos del Principado de Asturias tenían un plan de cuidados normalizado.

En el ámbito de la salud pública se señalan el Programa de Salud Bucodental *La Conquista de la Boca Sana*; la puesta en marcha del nuevo calendario de vacunación infantil; el Observatorio sobre Drogas y Adicción a las bebidas alcohólicas y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire en Asturias.

Entre los proyectos asistenciales se destacan los Pactos de Cooperación entre Áreas Sanitarias; la gestión para la seguridad del paciente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias; la mejora de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria; la coordinación asistencial entre ámbitos de atención y el establecimiento del Grupo Regional Salud Mental-Educación.

En el apartado de infraestructuras sanitarias, se ha avanzado en constituir el HUCA como *hospital sin papeles*, con la acreditación *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS); se ha puesto en marcha la estación clínica de SELENE en el Hospital de Cabueñes y sus centros dependientes y se ha instaurado el Sistema de Información del Cribado de Cáncer Colorrectal.

Los proyectos de Recursos Humanos se han centrado en el área de la calidad, con la constitución de paneles de auditores en calidad y el desarrollo de un plan de formación online 2015 en gestión clínica y calidad.

Para finalizar hay que destacar en el área de proyectos de organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, el Protocolo General de colaboración del Gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León, con un apartado dedicado a la atención sanitaria.

1 Salud Pública

1.1 Observatorio de Salud Pública en Asturias-OBSA

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma

1.1.1 Objetivos del proyecto

El Observatorio de Salud en Asturias es un proyecto iniciado en mayo de 2011 con el objetivo de desarrollar tres líneas:

1. Generar un espacio de conocimiento sobre la información en salud en Asturias a través de una serie de informes periódicos.
2. Garantizar que esta información llegue de la forma más comprensible al mayor número de agentes de salud posibles, destacando la importancia de un abordaje integral de los determinantes de la salud.
3. Vincular la información en salud de los indicadores a las diferentes actuaciones comunitarias en salud que se están desarrollando en Asturias, realizando una localización geográfica de las mismas y difundiéndolas y conectándolas entre sí.

1.1.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

1. Mejorar el espacio web para agrupar la información de los diferentes sistemas de información sobre resultados y determinantes de salud en Asturias.
2. Elaboración de una serie de monografías para difundir en la población general diferente información sobre la situación de salud y sobre las actuaciones comunitarias.
3. Mejorar el proceso para la difusión y traslado de los informes de salud a los distintos organismos políticos, técnicos, municipales y asociativos en el ámbito regional.
4. Mejorar el desarrollo de la red de actuaciones comunitarias en salud denominada *Asturias Actúa en Salud* y vincularlas al desarrollo de la ordenación de estrategias de salud y de atención a la población con enfermedad crónica en Asturias.
5. Presentación del informe de rankings geográficos para Asturias.
6. Mantener las diferentes alianzas con agentes de salud pública/comunitaria en el terreno nacional, difundiendo la estrategia del Observatorio de Salud y del modelo de determinantes en salud y de activos de salud en diferentes entidades. Creación de la Alianza de Salud Comunitaria.
7. Consolidar la difusión de la información del OBSA a través de la utilización de nuevas tecnologías y de las redes sociales.
8. Formación de diferentes agentes de salud del ámbito del sistema sanitario o del ámbito comunitario sobre la orientación de los determinantes de salud, las desigualdades y la importancia de las intervenciones comunitarias.
9. Formación en determinantes de la salud y en el uso del OBSA en las rotaciones de residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria.
10. Investigación sobre el uso y el impacto de la utilización del Observatorio de Salud en Asturias y sobre las metodologías empleadas en su implantación. Desarrollo del proyecto del Fondo de Investigación en Salud FIS de la Universidad de Alicante.
11. Presentación del Análisis de Situación de Salud para Asturias.
12. Atención de peticiones de información y consultas.
13. Desarrollo del Proyecto de ordenación de estrategias de salud y de la ordenación de la atención al paciente crónico en Asturias. Presentación del documento final.

14. Presentación del nuevo apartado de la web del Observatorio *Indicadores de Estrategias de Salud* en Asturias.

1.1.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Los resultados alcanzados, desarrollados en documentos técnicos, se pueden visibilizar a través de los siguientes enlaces:

- Informe de los rankings por concejos
http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Informe%20de%20los%20rankings%20por%20concejos_2016.pdf
- Informe de los rankings por variables
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Informe%20de%20los%20rankings%20por%20variables%202016.pdf>
- Dimensiones e indicadores utilizados en Proyecto de Rankings
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Dimensiones%20de%20los%20indicadores%20utilizados%20en%20el%20Proyecto%20de%20Rankings%202016.pdf>
- Tabla resumen de los rankings por concejos
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Tabla%20resumen%20de%20los%20rankings%20por%20concejos%202016.pdf>
- Preguntas frecuentes sobre el OBSA
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/FAQ1.pdf>
- Tríptico informativo sobre el OBSA
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/triptico-obsa-web-.pdf>

1.1.4 Informe de situación de salud en Asturias 2012-2015

- Informe de situación de salud en Asturias
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/ASSA2015-VFinal.pdf>
- ¿Cuáles son nuestros resultados en salud?
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Cuales-son-nuestros-resultados-de-salud.pdf>
- ¿Cuál es nuestro contexto?
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Cual-es-nuestro-contexto.pdf>
- ¿Cómo son nuestras conductas?
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Como-son-nuestras-conductas.pdf>
- ¿Cómo es nuestro sistema sanitario?
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Como-es-nuestro-sistema-sanitario.pdf>
- Documento de indicadores ampliado
http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Indicadores-ampliados_2013_FINAL.pdf

1.1.5 Asturias Actúa en Salud: buscador y mapa de actividades

<http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/>

1.1.6 Mapa de resultados y determinantes de salud por municipios

<http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/?anio=2016>

1.1.7 Evaluación del pilotaje de la puesta en marcha del proyecto de *Recomendación de activos para la salud* - Prescripción social y de Sistemas de Gobernanza

http://www.slideshare.net/Observatorio_Salud_Asturias

1.1.8 Actualización de Estrategia de Salud Oral

<http://www.obsaludasturias.com/obsani/web/salud-oral>

<http://goo.gl/QVUuhb>

1.2 Atención a la salud oral en Asturias. Programa de Salud Bucodental - PSBD. *La Conquista de la Boca Sana* - LCBS

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma

1.2.1 Objetivos del proyecto

- Desarrollo, en colaboración con los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), del Área de Gestión Clínica de Salud Oral.
- Puesta en marcha de estudios de investigación que respondan a las cuestiones prioritarias para la mejora de la atención:
 - Evaluación del PSBD.
 - Encuesta / informe de necesidades familiares en salud oral infantil y satisfacción de las familias con el PSBD.
 - Perfil de la población que no utiliza los recursos.
 - Encuesta entre los profesionales de las Unidades de Salud Bucodental (USBBD) sobre sus condiciones de trabajo, sus expectativas y propuestas de mejora.
- Diseño y publicación de un programa de atención integral a la salud oral que incluya:
 - La globalidad del actual PSBD.
 - Atención a la salud oral de la embarazada.
 - Atención a la población con discapacidad.
 - Programa de detección precoz del cáncer oral en Atención Primaria.
- Difusión de los protocolos de la comisión clínica Atención Primaria-Atención Especializada (AP-AE).
- Formación para las USBBD.
- La Conquista de la Boca Sana -LCBS:
 - Adquisición de los kits de cepillado y cepillos del programa.
 - Gestión de las inscripciones y envío de materiales a los colegios participantes.

- Memoria de actividad 2014-15.
- Participación y seguimiento de la clínica odontológica Cáritas y del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (CODES) para personas sin recursos.
- Apoyo, seguimiento y evaluación de la actividad de la unidad de salud oral para pacientes especiales del Hospital Monte Naranco (HMN).
- Renovación de la Guía para la atención a la salud bucodental, estrategias de implementación.
- Encuesta de salud oral en escolares.
- Creación de la comunidad virtual en salud oral.
- Elaboración y envío de un documento de difusión de las actuaciones públicas en salud oral a: gerencias, AP, prensa, etc.

1.2.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Base documental para el área de gestión clínica de salud oral.
- Presentación de los protocolos clínicos elaborados por la comisión mixta AP-AE en el congreso anual del Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO-Madrid).
- Cursos de OMI-AP para las USBD.
- Seguimiento de la actividad de la clínica odontológica Cáritas y Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (CODES).
- Memoria de actividad de las USBD en 2014.
- Memoria de LCBS, curso 2014-15.
- Gestión de inscripciones y adquisición de materiales para LCBS.
- Protocolos de atención y derivación a los pacientes de la Unidad de Salud Oral de Pacientes Especiales (USOPE) del Hospital Monte Naranco (HMN).
- Martes de Salud Pública.
- Participación en la evaluación de la promoción de la salud escolar.
- Integración de la guía de salud oral para la embarazada en la guía de embarazo, parto y lactancia 2015.
- Creación de la comunidad virtual *estrategia de salud oral*.
- Mejora y ampliación del contenido de SBD en OMI-AP.

1.2.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Acceso a los indicadores de evaluación de la estrategia de salud oral en:
<http://www.obsaludasturias.com/obsani/web/salud-oral>

1.3 Nuevo calendario de vacunaciones infantiles en Asturias 2015

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

1.3.1 Objetivos del proyecto

Implementar en Asturias los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 14 de enero de 2015, incluyendo la vacunación infantil sistemática frente al neumococo, a los 2, 4 y 12 meses de edad, y la simplificación de la vacunación en el primer año de vida, eliminando

la dosis de vacuna frente a hepatitis B al nacimiento y pasando a usar vacunas hexavalentes a los 2, 4 y 6 meses de edad.

1.3.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

Se elaboró una propuesta técnica para el nuevo calendario y se presentó, para debate y valoración, al Comité Asesor de Vacunaciones del Principado de Asturias.

Por Resolución del 2 de marzo de 2015 de la Consejería de Sanidad, se estableció el nuevo calendario oficial de vacunaciones del Principado de Asturias, que entró en vigor el 1 de abril de 2015.

Se elaboraron los materiales gráficos del nuevo calendario de vacunación (carteles, pegatinas para el Documento de Salud Infantil) y la guía técnica en formato de libro. Los materiales se distribuyeron entre finales de marzo y principios de abril de 2016.

Se realizaron presentaciones y charlas sobre el nuevo calendario durante el mes de abril en todas las Áreas Sanitarias.

1.3.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Elaborada y presentada la propuesta técnica para el nuevo calendario.

Publicada la Resolución con el nuevo calendario oficial de vacunaciones del Principado de Asturias.

Elaborados los materiales gráficos del nuevo calendario de vacunación (carteles, pegatinas para el Documento de Salud Infantil), así como la Guía Técnica en formato de libro.

1.4 Programa Paciente Activo Asturias - PACAS

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma

1.4.1 Objetivos del proyecto

- **Objetivos principal:**
 - Mejorar la calidad de vida de personas afectadas por patologías crónicas a través de mecanismos de apoyo y formación entre iguales que faciliten una mayor autonomía del paciente y sus familias, y mayor efectividad en los cuidados.
- **Objetivos secundarios son:**
 - Introducir herramientas de autogestión de la enfermedad, en personas que padecen procesos crónicos de enfermedad, para su abordaje.
 - Priorizar la activación del paciente, como proceso de aumento de la autoeficacia, y de autoresponsabilidad en su problema de salud.
 - Empoderar al paciente y a sus cuidadores, dotarles de formación y recursos para capacitarles como transmisores de conocimientos a sus iguales.
 - Integrar las escuelas municipales existentes e impulsar su creación en todas las áreas sanitarias de Asturias.
 - Crear una plataforma virtual que sea un espacio de encuentro e intercambio de pacientes y cuidadores formados, y que contenga información científicamente válida para el control de patologías crónicas.
 - Mejorar los indicadores de control de enfermedad, de autoeficacia y de calidad de vida de los pacientes que acuden a la formación de la Escuela de Pacientes.

- Disminuir los valores de reingresos hospitalarios y aumentar los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes formados.

1.4.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Documentación escrita:
 - Desarrollo de la memoria del proyecto y sus anexos. http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/PACAS%20Paciente%20Activo/ESCUELA%20PACIENTES%20tripas%20AF%20v.%20Astursalud%20completo.pdf
 - Desarrollo del proyecto Escuelas Municipales de Salud. Trabajo intersectorial en lo local.
 - Documentación para el alumno. Libro *Tomando Control de su Salud* en el Programa Paciente Activo Asturias.
 - Desarrollo y adaptación del material formativo de los talleres. Dossier del alumno y CDs ejercicio y relajación.
- Formación:
 - Formación de *Master Trainers*: son formadores de líderes o monitores. Han de ser formados por *T-Trainers* de la Universidad de Stanford.
 - Formación de líderes o monitores, de los que al menos uno ha de ser una persona que posea una enfermedad crónica o su cuidador.

El programa formativo es el *ChronicDiseaseSelf-Management Programme (Tomando Control de su Salud)* y el *Diabetes Self-Management Programme (Manejo personal de la Diabetes)* de la Universidad de Stanford.

- Diseminación:
 - Jornada Anual Autonómica
 - Presentación en centros de salud, y entornos comunitarios, asociativos y municipales autonómicos.
 - Presencia en foros autonómicos y nacionales
- Coordinación:
 - Pertenencia en la Red de Escuelas para la Salud de la Ciudadanía del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - Trabajo colaborativo con otras secciones de la Dirección general de Salud Pública (trabajo intersectorial en lo local...).
 - Colaboración con los Centros de Formación para el Consumidor (CFC) de Asturias en temáticas de etiquetado y alimentación.
- Docencia e investigación:
 - Ensayo clínico aleatorio con Diabetes tipo II.
 - Comunicaciones orales a congresos y jornadas científicas.
 - Investigación Europea en fase de propuesta: Horizon 2020 y Dirección General de Salud y Consumidores de la Unión Europea (DG Santé).
 - Encuesta de satisfacción
 - Plan de auditoría y calidad

1.4.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Indicadores de proceso:

- Formación
 - Formación Master
 - En Julio de 2014, se realiza la formación teórica de 6 *Máster Trainers*:
 - 6 Formadores Máster en el programa: Tomando Control de su Salud (TCS)
 - 5 Formadores Máster en Manejo Personal de la Diabetes (MPD)

- Diciembre 2014: 5 de los 6 Master están acreditados en el doble programa TCS y MPD
- Formación Líder
 - Se realiza formación a Monitores de las 8 Áreas Sanitarias de Asturias:
 - 10 cursos de formación de Líderes o Monitores del programa Tomando Control de su Salud
 - 140 monitores formados
- Talleres en la Comunidad
 - Número total de talleres:
 - 42 Talleres de Tomando Control de su Salud
 - 7 Talleres de Manejo Personal de la Diabetes
- Asistentes a los talleres (pacientes/cuidadores)
 - 1000 personas con patología crónica y/o cuidadores han completado la formación presencial con el programa Tomando Control de su Salud.
 - 150 personas con Diabetes Mellitus han completado la formación con el programa Manejo Personal.

1.5 Observatorio sobre drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

1.5.1 Objetivos del proyecto

- Disponer de los datos contrastados, para la formulación y la ejecución de políticas, programas y proyectos relacionados con las drogas y las bebidas alcohólicas.
- Servir de barómetro permanente de la situación de los consumos de drogas y bebidas alcohólicas existentes en nuestra región, de su evolución o tendencias en el tiempo y de las consecuencias que de los mismos se deriven.
- Establecer la comunicación y coordinación con otras instancias de ámbito internacional, europeo, estatal o autonómico en materia de información sobre adicción a sustancias psicoactivas.
- Elaborar y mantener indicadores fiables y sensibles, así como criterios de evaluación de las políticas, planes y programas implementados en el marco del Plan sobre Drogas para Asturias.
- Proporcionar a la comunidad una visión de conjunto del fenómeno de las drogodependencias y la dependencia del alcohol, recopilando de todos los agentes implicados la información que éstos posean.

1.5.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Análisis estadístico de datos provenientes de encuestas.
- Elaboración de informes de resultados, conclusiones y propuestas de intervención en base a diferentes variables, de las cuales las fundamentales son:
 - Tipologías de consumo: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días, a diario.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Evolución temporal.
- Elaboración de informes específicos.

- Recogida de información de las memorias anuales de las entidades que llevan a cabo actividades asistenciales:
 - Elaboración de la Memoria Anual Autonómica de Actividades.
 - Recogida de indicadores.

Difusión de la información a través del blog <https://asturiasplandrogas.wordpress.com/>, de la web [astursalud http://www.asturias.es/portal/site/astursalud](http://www.asturias.es/portal/site/astursalud), charlas, conferencias, entrevistas, ruedas de prensa, ponencias, cursos, etc.

1.5.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Redacción de la memoria regional anual para el Plan Nacional sobre Drogas. Año 2015.
- Publicación de la memoria regional anual para el Plan Nacional sobre Drogas. Año 2015.
- Redacción del informe Encuesta sobre drogas en la población escolar de 14 a 18 años, Asturias 2013.
- Análisis estadístico de la Encuesta sobre drogas en la población escolar de 14 a 18 años, Asturias 2014-2015.
- Redacción del informe *Consumo de drogas en la población de Asturias* -Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES- 2013/14.
- Ponencia *Aspectos más destacados del consumo de drogas en Asturias* en la Jornada sobre Medios de comunicación y dependencias organizada por el Plan Municipal sobre Drogas del Ayto. de Oviedo el 5 de noviembre.
- Redacción y edición de la publicación *Situación del consumo de drogas y bebidas alcohólicas en el Principado de Asturias: Ley del Principado de Asturias de Atención Integral en materia de Drogas y Bebidas alcohólicas* de 20 de marzo de 2015.
- Colaboración con la publicación: Situación de Salud Asturias 2015. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Cumplimentación del formulario para el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 Proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones y su adecuación a la Cartera de Servicios del SNS, para el diseño e implantación de una base de datos sobre la red asistencial de las drogodependencias y otras adicciones.
- Cumplimentación del cuestionario *Adicciones sin Sustancia*, Plan Nacional sobre Drogas.
- Elaboración del cuestionario para encuesta en la Red de Bibliotecas de Asturias sobre consultas sobre temas de salud.

1.6 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire en Asturias

Ámbito de intervención: El sistema de vigilancia epidemiológica abarca a las Áreas Sanitarias III (Avilés), IV (Oviedo) y V (Gijón) de la Comunidad Autónoma.

1.6.1 Objetivos del proyecto

- Detectar precozmente los efectos para la salud debidos a variaciones de la contaminación a corto plazo.
- Generar conocimiento acerca del impacto de la contaminación sobre la salud a largo plazo.
- Producir informes que orienten la toma de decisiones en salud pública (no sólo del ámbito sanitario) para proteger la salud y prevenir las enfermedades de los residentes en Asturias debido a la contaminación del aire.

1.6.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Obtención de los datos diarios de partículas en suspensión -PM10, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y ozono de las estaciones del Principado de Asturias.
- Obtención de datos de salud (consultas en atención primaria codificadas como CIAP: R96, asma); datos de urgencias hospitalarias de 2015; datos de ingresos hospitalarios (4 hospitales de las tres áreas de salud) entre 2003-2015.
- Análisis descriptivos y búsqueda de asociación (modelos multivariantes) entre los indicadores de salud y los valores medios diarios de los contaminantes.

1.6.3 Resultados alcanzados

Asociación estadísticamente significativa entre los días de mayor contaminación (especialmente con el NO₂) y los datos de salud (consultas en atención primaria, consultas en urgencias hospitalarias, ingresos hospitalarios). Tendencia dosis-respuesta.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Pacto de cooperación entre áreas sanitarias

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

2.1.1 Objetivos del proyecto

- Acercar servicios a la población a través de la cooperación entre las áreas sanitarias.
- Prestar apoyo mutuo en la reducción de demoras asistenciales.
- Generar espacios compartidos para la gestión del conocimiento y la innovación.
- Mejorar la economía de escala, mediante la compra conjunta.

2.1.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

El Principado de Asturias tiene 8 Áreas Sanitarias y este proyecto se ha planteado para la cooperación entre pares de Áreas Sanitarias. El inicio del proyecto se sitúa en el año 2014 y se continúa desarrollando durante el año 2015.

Las actividades abarcan distintas áreas de actuación:

- Cooperación asistencial.
- Cooperación tecnológica y de recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Cooperación en el marco de la función directiva.
- Cooperación en formación, docencia e investigación.

2.1.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Proyectos de colaboración entre las Áreas Sanitarias de Jarrío (I) y Avilés (III):
 - Ámbito asistencial: oncología y cribado de cáncer de colon.
 - Disminución de demoras: biopsias renales y actividad quirúrgica (traumatología, cirugía general y urología).
 - Actividad en consultas externas: dermatología.
 - Planes de contingencia: hemodiálisis, TAC, mamografía y obras de la cocina del Área I (Jarrío).
 - Compras conjuntas: lavandería.
 - Procesos compartidos: bioseguridad ambiental.
- Proyectos de colaboración de las Áreas Sanitarias de Cangas de Narcea (II) y Oviedo (IV):
 - Cooperación en el marco de la función directiva: realización de Comisiones de Dirección conjuntas del Área II y el Área IV.
 - Cooperación en formación, docencia e investigación: formación continuada y reciclaje de profesionales de enfermería del Área II en el Área IV.
 - Cooperación tecnológica y de recursos diagnósticos y terapéuticos: préstamo temporal de aparataje del Área IV al Área II.
 - Cooperación asistencial en el momento actual:
 - Apoyo del Área IV al Área II en los servicios de anestesia, de oftalmología y de nefrología.
 - Apoyo del Área II al Área IV: en los servicios de urología, de digestivo y de prevención de riesgos laborales.

- Proyectos de colaboración de las Áreas Sanitarias de Gijón (V) y Arriondas (VI):
 - Cooperación asistencial, que se desarrolla en diversas vertientes:
 - Área Sanitaria V es el centro de referencia del Área Sanitaria VI para las distintas especialidades.
 - Se han desarrollado equipos asistenciales integrados con proyectos de gestión clínica para las especialidades de dermatología y urología.
 - Existe colaboración presencial de profesionales de apoyo del Área Sanitaria V al Área Sanitaria VI en los servicios de anatomía patológica y farmacia.
 - Traslado de pacientes del Área Sanitaria VI a la V por diversas derivaciones e interconsultas.
 - Cooperación tecnológica y de recursos diagnósticos y terapéuticos: servicios de informática y mantenimiento.
 - Cooperación de la función directiva, se celebran sesiones conjuntas que abarcan asimismo los ámbitos de la calidad, la medicina preventiva y la farmacia.
 - Cooperación en formación, docencia e investigación: incorporación de profesionales del Área Sanitaria VI a las sesiones del Área Sanitaria V.
- Proyectos de colaboración de las Áreas Sanitarias de Mieres (VII) y Langreo (VIII):
 - Área de gestión clínica de nefrología de las Áreas VII y VIII.
 - Acuerdo de colaboración en la colecistopancreatografía retrograda endoscópica.
 - El Hospital Valle del Nalón es centro de referencia para el Área VII de pacientes candidatos a ingreso en UCI.
 - Se ha incrementado la cartera de servicios quirúrgica del Hospital Vital Álvarez Buylla, mediante el acuerdo de colaboración entre ambos servicios de urología.
 - Colaboración en periodos de alta ocupación hospitalaria, mediante la derivación de pacientes pendientes de ingreso.
 - Centro de referencia entre ambos hospitales en situaciones de especial complejidad, como por ejemplo, traslado de hospital, cierre de quirófano.

2.2 Gestión para la seguridad del paciente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias-SESPA

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma

2.2.1 Objetivos del proyecto

Desarrollar un sistema de gestión que permita operativizar las estrategias de seguridad del paciente de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, garantizando la implantación de las acciones priorizadas por la autoridad sanitaria, de tal manera que se apliquen correctamente y de manera sistemática por todos los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

2.2.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Revisión de iniciativas internacionales, nacionales, autonómicas y locales en el ámbito de la seguridad del paciente.
- Normalización conceptual de las distintas iniciativas transformándolos en líneas de actuación, objetivos y acciones concretas para cada uno de ellos.

- Selección de indicadores.
- Selección de herramientas para convertir en realidad las acciones.
- Diseño de novo de herramientas no existentes.
- Revisión en dos niveles de profundidad por informadores clave y cierre documental.
- Aprobación el 23 de febrero de 2015 por el Consejo de Dirección del SESPA.
- Validación frente a la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020, presentada en diciembre de 2015.
- Formación presencial y formación online.

2.2.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Se ha desarrollado un Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente (SGSP), explícito y documentado, consultable en <http://seguriddelpaciente.sespa.es>.
- Se ha validado la capacidad del SGSP para dar respuesta a la estrategia de seguridad, realizándose las modificaciones oportunas para que esta respuesta sea íntegra.
- Se han iniciado los primeros pasos en su aplicación con formación presencial a líderes de la organización y formación online abierta a los catorce mil profesionales del SESPA.

2.3 Mejora de la historia clínica electrónica de atención primaria

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

2.3.1 Objetivos del proyecto

- Promover el seguimiento, por parte del personal sanitario de atención primaria, de las estrategias, nacionales y regionales, de salud y las recomendaciones contenidas en ellas.
- Mejorar el registro en la historia clínica.
- Mejorar la evaluación de las estrategias de salud.
- Implementar y evaluar la utilización de nuevas tecnologías sanitarias en Atención Primaria.
- Adaptar OMI-AP al RD 625/2014 para gestión y control de la incapacidad temporal.

2.3.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Se constituyeron grupos de trabajo interdisciplinares, coordinados desde el Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, para revisar la bibliografía y documentación y para diseñar y desarrollar los distintos protocolos y Planes Personales Jerárquicos (PPJ).
- Se documentaron de forma sistemática y editaron los manuales de trabajo de cada protocolo y PPJ.
- Se organizó la estrategia de formación e implementación para promover y asegurar la utilización de los mismos.
- Se diseñaron e implementaron procedimientos, circuitos y registros para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias en Atención Primaria: cribado de retinografía diabética, tele dermatología, ecografía y cribado de cáncer de colon.
- Se publicaron en el portal Astursalud los documentos elaborados.

2.3.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Protocolos y PPJ: elaborados e implantados en todas las áreas sanitarias:
 - PPJ de atención de pacientes con enfermedades cardiometabólicas.
 - PPJ de atención de pacientes con EPOC.
 - PPJ de atención de pacientes con asma.
 - PPJ de atención de pacientes inmovilizados.
 - PPJ de control y seguimiento del embarazo y postparto.
 - Protocolo correspondiente al Plan de Salud Infantil (en pilotaje).
 - Protocolo OMI-AP para la identificación de pacientes crónicos complejos (en pilotaje).
- Procedimientos y circuitos elaborados e implementados:
 - Protocolo en OMI-AP para ecografía.
 - Protocolo en OMI-AP y circuito de interconexión entre historias clínicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria OMI-AP-HC hospital para retinografía diabética.
 - Protocolo de interconexión entre historias clínicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria OMI-AP-HC hospital para teledermatología.
 - Protocolo de interconexión entre historias clínicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria OMI-AP-HC hospital para el cribado del Programa Poblacional de Prevención de Cáncer de Colon.
 - Adaptada la aplicación OMI al Real Decreto 625/2014 para gestión y control de la Incapacidad Temporal (IT).
- Cursos de formación y sesiones clínicas:
 - Realizadas las sesiones clínicas en todas las áreas sanitarias para el uso de los PPJ.
 - Realizados tres cursos de *Ecografía Clínica Abdominal y Músculo-esquelética para atención primaria* para el personal de medicina de los centros de salud con ecógrafo. Participaron 49 personas.
 - Se realizaron, en cada centro de salud, talleres de interpretación de fondo de ojo y retinopatía diabética y manejo del retinógrafo, de seis horas de duración para el personal de medicina y enfermería.
 - Se realizaron charlas informativas y materiales para difundir el cambio normativo de la gestión y control de la IT y las modificaciones producidas en la aplicación OMI para tal fin.

2.4 Coordinación asistencial entre ámbitos de atención

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma

2.4.1 Objetivos del proyecto:

- Implementar y gestionar las estrategias y programas de salud pública.
- Elaborar y actualizar un plan de cuidados con el fin de homogeneizar los cuidados para problemas específicos de salud, sin que esto suponga ninguna limitación a la individualización de la atención a cada persona.
- Desarrollar la continuidad de cuidados entre distintos ámbitos de atención.
- Favorecer la continuidad de la información clínica entre AP y AH.

2.4.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Estrategias y programas de salud pública:
 - Se identificaron carencias y mejoras en cada estrategia de salud y posteriormente se priorizó su abordaje.
 - Se constituyeron grupos de trabajo interdisciplinares, coordinados desde el Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, para revisar la bibliografía y documentación encontrada, se diseñaron y desarrollaron las acciones, proyectos y programas relacionados con las carencias detectadas y priorizadas en cada estrategia de salud.
- Plan de Acción de Atención Primaria:
 - Se constituyó un grupo de trabajo con amplia participación de profesionales de la atención primaria, representantes de sus sociedades científicas y equipos directivos para establecer las necesidades de la atención primaria de salud y priorizar las acciones de mejora.
- Continuidad de cuidados y plan de cuidados:
 - Se creó la Comisión Regional de Continuidad de Cuidados incorporando representantes de los hospitales con convenios singulares y de los Establecimientos Residenciales de Asturias (ERA) dependientes de la Consejería de Bienestar Social.
 - Se elaboraron y normalizaron planes de cuidados para diferentes condiciones de salud.
 - Se diseñaron y acreditaron cursos, talleres para cada uno de los programas o proyectos desarrollados en las áreas sanitarias.
 - Se impartieron cursos y sesiones clínicas para dar a conocer al personal de salud responsable de la atención directa a pacientes los PPJ, circuitos y plan de cuidados.
 - Para identificar las enfermedades relacionadas con el trabajo y las enfermedades profesionales se elaboraron protocolos para utilizar en atención primaria.
- Continuidad de la información en AP y AH:
 - Se desarrollaron las herramientas informáticas necesarias para facilitar la visualización de la historia clínica de AP desde el hospital y desde otros centros de salud distintos al de la persona.

2.4.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Estrategias y programas de salud pública:
 - Unificados e implementados los protocolos e informes de ecografía obstétrica realizada por el Comité Regional de Buenas Prácticas de Ecografía Obstétrica.
 - Desarrollo del Proyecto 12: atención a las personas cuidadoras de la Estrategia de Cronicidad. Formar a profesionales de salud para impartir talleres en los centros sanitarios.
 - Iniciado el desarrollo del Proyecto estratégico 14: continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos de la Estrategia de Cronicidad. Identificación de estos pacientes. Se definió un procedimiento de identificación de pacientes y de adecuación terapéutica con sus correspondientes ayudas para la valoración de la medicación. Este procedimiento se concretó en un protocolo de OMI-AP.
 - Desarrollo del Proyecto 17: fomentar iniciativas de educación y promoción de la salud de la Estrategia de Cronicidad. Se elaboró un listado conjunto con todas las recomendaciones de promoción y educación para la salud incluidas en los diferentes Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) y se estableció un modelo metodológico común para la implementación de las actividades en todas las áreas sanitarias.
 - Se creó el Comité Regional de Buenas Prácticas de Embarazo, Parto y Lactancia y los comités de cada una de las áreas sanitarias.
 - Se realizó, conjuntamente con la Consejería, la primera evaluación del Programa de Cribado Neonatal implantado con la incorporación de seis enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, Deficiencia de acil-coenzima A-

deshidrogenasa de cadena media (MCADD), Deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), Acidemiaglutárica tipo I (GA-I), anemia falciforme.

- Se coordinó la elaboración de la guía profesional para educación maternal y paternal del embarazo y parto.
- Se editó y distribuyó el informe anual del Registro de atención sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA).
- Elaboración de un documento de consenso para el abordaje de la salud oral del paciente médicamente comprometido. Comprende los siguientes problemas clínicos: profilaxis de la endocarditis bacteriana, alteraciones de la antiagregación-anticoagulación en pacientes que se someten a una intervención de cirugía menor, bisfosfonatos y osteonecrosis de los maxilares y abordaje de la salud oral del paciente que va a ser sometido a trasplante, radioterapia o quimioterapia.
- Elaborados e implementados en OMI- AP, tres protocolos que permiten recoger: la historia laboral, las enfermedades y accidentes relacionados con la actividad laboral y la comunicación de sospecha de enfermedad profesional.
- Impartido un curso de uso de la Guía para la Atención a Personas Cuidadoras: dirigido a profesionales de la salud. Participaron 28 personas.
- Impartido dos cursos de Violencia de Género dirigido a profesionales de trabajo social. Participaron 57 personas.
- Impartidos dos cursos de utilización de la Historia Laboral dirigido a profesionales de la atención primaria.
- Plan de acción de Atención Primaria:
 - Se implantó el cribado de retinografía para pacientes con diabetes en AP en todas las áreas sanitarias.
 - Se implantó la ecografía en AP en los centros de salud dotados de ecógrafos: los Centros de Salud de Vegadeo, Tineo, Llano Ponte, Teatinos, Pola de Siero, La Calzada II, Contrueces, El Llano, El Coto, Arriondas, Mieres Sur y Pola de Laviana.
 - Se implantó el programa de teledermatología en los hospitales con historia clínica de SELENE y en los centros de salud dotados de cámaras digitales.
- Continuidad de cuidados y Plan de Cuidados:
 - Se elaboró un Plan de Cuidados Estandarizado de atención a personas con dependencia, ancianas frágiles, personas cuidadoras, personas en el final de la vida, personas ancianas, personas con diabetes, personas con problemas de peso, personas con deterioro de la integridad cutánea, pediatría y personas con EPOC.
 - Se elaboraron dos documentos de ayuda para elaborar un plan de cuidados: manual de elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería en OMI-AP y la Valoración Enfermera OMI planes.
 - Se realizaron dos ediciones de metodología enfermera y elaboración de planes de cuidados en atención primaria, dirigido a personal de enfermería. Participaron 50 personas.
 - Se implementó el informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria; este informe se cumplimenta en el hospital, está normalizado y cumple con la legislación vigente. A la enfermería de AP le llega un aviso de mensajería de que un/una paciente ha sido dado de alta y tiene informe, que se visualiza en la Historia Resumida de Salud (HRS).
 - Se implementó el Protocolo de alta en AP: una vez leída la información de la HRS entrará en la HC de OMI-AP, en el Protocolo de Alta, para organizar y registrar los cuidados que deberá realizar con ese/a paciente. Este protocolo ya está implantado en todas las áreas.
 - Se publicaron en web Astursalud.
 - Se diseñó el informe de continuidad de cuidados de AP: quedó normalizado y cumpliendo la legislación vigente. La incorporación del mismo en la HRS está pendiente. Este informe no solo se utilizará para enviar al hospital, sino que debe ser la conexión informativa con los centros residenciales, con Salud Mental (SM), con Servicios Sociales, etc.

- Continuidad de la información en AP y AH:
 - Se instaló la herramienta informática WOMI que permite consultar la historia clínica de AP, tanto desde un centro de salud distinto al de residencia de la persona (si se encuentra de visita o vacaciones) como desde el hospital de referencia.
 - Se difundieron las normas para la correcta utilización del visor WOMI.
 - Se realizó la evaluación de la implementación del informe de enfermería al alta hospitalaria y de los protocolos que se cumplimentan en los centros de salud al recibir los listados de altas hospitalarias.

2.5 Normalización de cuidados

Ámbito de intervención: todos los hospitales de la red sanitaria de utilización pública del Principado de Asturias.

2.5.1 Objetivos del proyecto

Normalizar los procesos de cuidados en las unidades de hospitalización, utilizando metodología enfermera y los lenguajes estandarizados NANDA y NIC.

2.5.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Revisión por expertos de la definición de los procesos de cuidados siguientes: hospitalización general de adultos, pacientes quirúrgicos, mujeres en proceso de parto, niño de 0 a 2 años, niño de 2 a 14 años, y Salud Mental.
- Revisión de los formularios para la recogida de información, valoración enfermera, diagnósticos de enfermería prevalentes para cada grupo de pacientes, resultados e intervenciones derivados de ellos, para cada grupo de pacientes.
- Trabajo conjunto con la empresa Cerner, proveedora de la aplicación para la informatización de la Historia Clínica, para la definición de la funcionalidad necesaria para optimizar el registro de los planes de cuidados.
- Formación en todos los hospitales sobre metodología enfermera y registro en la Historia Clínica Electrónica.

2.5.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Tabla 2-1 Porcentaje de pacientes ingresados en hospitales públicos del Principado de Asturias con planes de cuidados, 2015

	%
Enero	90,1
Febrero	91,8
Marzo	91,4
Abril	92,2
Mayo	94,7
Junio	93,0
Julio	91,3
Agosto	93,3
Septiembre	91,3
Octubre	92,8
Noviembre	91,6
Diciembre	89,6
Total general	91,9

Fuente: Historia clínica hospitales Principado de Asturias.

2.6 Grupo regional de Salud Mental-Educación

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma del Principado de Asturias

2.6.1 Objetivos del proyecto:

- Mejorar y facilitar la coordinación entre los profesionales de los servicios de salud mental del SESPA y de educación.
- Elaborar, difundir e implementar un protocolo de coordinación Salud Mental-Educación en el territorio.
- Organizar una jornada de colaboración infanto- juvenil a nivel autonómico y otras en cada área sanitaria con la participación de personal de bienestar social, salud mental y educación.
- Finalizar el proyecto para la creación del Centro Terapéutico Educativo en cumplimiento del punto 4 del artículo primero de la Resolución de 22 de mayo de 2015 de las Consejerías de Sanidad, Educación, Cultura y Deporte por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar.
- Aprobar y difundir el documento con orientaciones para el alumnado con trastornos del espectro autista elaborado por la Comisión Infanto- juvenil de Salud Mental del SESPA.
- Consensuar intervenciones en casos complejos que desbordan las competencias de los profesionales en el territorio.
- Incorporar a profesionales de la Sección de Infancia de la Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias en el Grupo regional Salud Mental-Educación.
- Elaborar recomendaciones en materia de salud mental encaminadas al programa de protección de la salud en la escuela al que se refiere la Resolución de 22 de mayo de 2015 de las Consejerías de Sanidad, Educación, Cultura y Deporte por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar.
- Elaborar un documento de recomendaciones básicas para los profesionales del sistema educativo sobre las necesidades del alumnado con problemas de salud mental.

2.6.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

Reuniones mensuales de tres profesionales de los Servicios de Salud Mental del SESPA y otros tres de Servicios Centrales de la Consejería de Educación del Principado de Asturias.

2.6.3 Resultados alcanzados

- Elaboración, difusión y análisis de dos cuestionarios, uno para el personal de sanidad y otro para el personal de educación de los que se extrae la visión de la coordinación actual.
- Elaboración de un directorio de profesionales de los Servicios de Salud Mental Infantojuvenil del SESPA y otro de profesionales de los dispositivos de Orientación Psicopedagógica de la Consejería de Educación del Principado de Asturias.
- Elaboración del protocolo de coordinación entre Salud Mental y Educación en el territorio.
- Organización de las jornadas de colaboración entre los subsistemas de Educación, Bienestar Social y Sanidad realizadas en Oviedo el 13 de mayo de 2015 (actividad acreditada por el Instituto Asturiano de Administraciones Públicas *Adolfo Posada*).
- Elaboración de un documento con las conclusiones de la Jornada Educación-Servicios Sociales-Salud Mental en mayo de 2015 para su difusión entre los profesionales del territorio.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Hospital Universitario Central de Asturias-HUCA, hospital del futuro

Ámbito de intervención: Hospital Universitario Central de Asturias.

3.1.1 Objetivos del proyecto

- Dotar al Principado de Asturias de un nuevo hospital para toda la Comunidad Autónoma.
- Realizar un diseño arquitectónico moderno y funcional del nuevo HUCA.
- Establecer el nuevo HUCA como hospital referente en cartera de servicios y en tecnologías de la información y comunicación.

3.1.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

El nuevo Hospital Universitario Central de Asturias se inaugura en el año 2014 y durante todo el año 2015 ha estado implicado en un proceso de consolidación de estructuras y actividad.

El nuevo HUCA se concibe como hospital con un moderno diseño funcional pensado en las necesidades de los usuarios y los profesionales, dotado con la mejor tecnología, capaz de hacer un uso intensivo de las TIC, concebido para ofrecer consultas de alta resolución, ideado para disminuir los ingresos y las estancias medias de los pacientes mediante el uso intensivo de la cirugía ambulatoria, dotado de quirófanos híbridos que combinan las posibilidades de las salas convencionales y las de hemodinámica, con los equipos integrados, manejo digital de la información y conectividad con el exterior. Integra además un espacio universitario para la impartición de los cursos clínicos de las facultades relacionadas con las ciencias de la salud de la Universidad de Oviedo que tiene en su entorno funcional un centro puntero de investigación biomédica como es la Fundación para la Investigación y la Innovación en Asturias (FINBA) y que está llamado a ser un verdadero motor de desarrollo, de crecimiento económico y de especialización inteligente para el progreso de Asturias.

3.1.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Proyección social del hospital hacia la comunidad.
- Excelente arquitectura, reconocida unánimemente por todas las personas que lo visitan.
- Amplia cartera de servicios basada en la profesionalidad y en la calidad.
- Equipamientos tecnológicos punteros en todas las áreas asistenciales.
- Tecnologías de la información y comunicación integradas, constituyendo un *Hospital sin papeles*.
- Área docente amplia y moderna, para profesionales y alumnos de la Universidad de Oviedo.

3.2 HUCA-Hospital sin papeles. Acreditación HIMSS

Ámbito de intervención: Hospital Universitario Central de Asturias

3.2.1 Objetivos del proyecto

- Digitalizar la historia clínica, para dar respuesta al proceso asistencial en cualquier ámbito.
- Organizar y visualizar la información asistencial global del paciente en formato electrónico.
- Integrar aplicaciones para permitir el intercambio de información entre la aplicación nuclear con el resto de aplicaciones existentes.
- Interoperar, incorporando clasificaciones y terminologías clínicas estandarizadas.

3.2.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

El HUCA comenzó a operar con el programa de historia clínica electrónica Millennium en junio de 2014. Millennium es una historia clínica electrónica centrada en la persona y que comparte toda la información de forma transversal en cualquier punto del hospital. Permite incorporar el conocimiento a la toma de decisiones y así aplicar los últimos avances en la práctica clínica. Además, asocia los episodios clínicos de cada paciente con todo tipo de pruebas, intervenciones quirúrgicas, medicación, altas, exploraciones, etc. y facilita la transformación de la práctica clínica para un mejor cuidado de la salud de las personas.

La Sociedad de Sistemas de Información y Gestión en Sanidad (*Healthcare Information and Management Systems Society-HIMSS-Analytics Europe*) es una organización profesional sin ánimo de lucro destinada exclusivamente a formar a líderes a nivel mundial para el uso óptimo de las tecnologías de la información y los sistemas de gestión con el fin de mejorar la sanidad.

Para poder optar a la acreditación, HIMSS compila y analiza la información sanitaria relacionada con los procesos asistenciales y los clasifica según el método *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM), que clasifica los hospitales según 8 niveles en función del grado de implantación de las historias médicas electrónicas y que van desde los sistemas departamentales limitados hasta un entorno de historiales clínicos totalmente digitalizados. La validación de los logros del nivel 6 se ha completado con una visita de auditores internacionales a las instalaciones del HUCA.

3.2.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) ha obtenido la acreditación HIMSS de nivel 6, un prestigioso reconocimiento a los hospitales que cuentan con una historia clínica electrónica interoperable y que es un importante indicador de la alta calidad en su atención a los pacientes. Esta acreditación se consiguió en abril de 2015, cuando apenas se habían cumplido diez meses del traslado del centro a las nuevas instalaciones de La Cadellada.

Este reconocimiento del HUCA como *hospital sin papeles* certifica que ha alcanzado el nivel 6 por los siguientes motivos: tener digitalizadas todas las historias clínicas; porque los resultados de las pruebas diagnósticas están asociadas a ellas; porque el ciclo de administración de los medicamentos al paciente está cerrado; por la posibilidad de consultar la historia clínica electrónica del paciente desde dispositivos portátiles, tanto en la visita médica como en los cuidados de enfermería y en la administración de medicación a pie de cama; por la integración de la imagen electrónica y los laboratorios en el sistema de información electrónico; por la toma de constantes vitales a pie de cama por parte de enfermería, y por un plan de cuidados automático para el paciente, realizado a través de unos parámetros que introduce la enfermera y que genera automáticamente el sistema.

3.3 Estación clínica de SELENE en el hospital de Cabueñes y sus centros dependientes

Ámbito de intervención: Hospital de Cabueñes, centros de especialidades dependientes del hospital, así como los dispositivos de salud mental y centros de atención primaria.

3.3.1 Objetivos del proyecto

Servicios de puesta en marcha de la estación clínica de SELENE en el Hospital de Cabueñes y sus centros dependientes, así como el soporte post-arranque a dicha puesta en marcha. También incluyó los servicios necesarios para la implementación del Gestor de peticiones en el distrito 2 del Área Sanitaria V (Gijón), que posibilitara las funcionalidades de envío de peticiones de interconsulta y radiología desde OMI-AP a SELENE, así como la recepción de resultados en OMI-AP de interconsultas y radiología.

3.3.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- En el desarrollo del proyecto fue necesario implementar el siguiente catálogo de módulos o subsistemas:
 - Soporte asistencial.
 - Estación de trabajo.
 - Procesos clínicos.
 - Procesos comunitarios.
 - Procesos de apoyo a la asistencia.
 - Procesos de soporte.
 - Salud mental.
 - Otros sistemas específicos.
 - Herramientas de ayuda a la toma de decisiones.
 - Integraciones con otros sistemas departamentales y/o centrales.
 - Aportar a la Historia Resumida de Salud la información más relevante de los pacientes.
 - Migración de datos desde los sistemas antiguos al sistema nuevo.
 - Formación para todos los usuarios implicados en el proyecto (funcional y técnica).
 - Documentación completa del producto destinada a los ámbitos funcional y técnico.
 - Mantenimiento y soporte del sistema una vez implantado: correctivo, evolutivo, adaptativo y perfectivo.
- El proyecto se desarrolló en seis fases:
 - Recogida de información en el centro.
 - Trabajo con los servicios/unidades.
 - Diseño de los circuitos funcionales en SELENE.
 - Validación de los escenarios.
 - Formación en los escenarios.
 - Puesta en marcha y soporte.

3.3.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

Totalmente satisfactorios. La estación clínica de SELENE se utiliza en todos los ámbitos del hospital, y sus centros dependientes, desde su puesta en marcha.

El número total de usuarios directos es de 3.661 personas, con picos de hasta 726 usuarios concurrentes en horario de mañana.

3.4 Sistema de información del cribado de cáncer colorrectal en el Principado de Asturias

Ámbito de intervención: la totalidad de los dispositivos del Servicio de Salud del Principado de Asturias en funcionamiento, incluyendo:

- Consultas de medicina de atención primaria.
- Consultas de enfermería de atención primaria.
- Servicios de laboratorios clínicos de los hospitales de utilización de la red pública.
- Servicios de anatomía patológica de los hospitales de utilización de la red pública.
- Salas de endoscopia dependientes de los servicios de aparato digestivo o cirugía general que serán encargados de la realización de las colonoscopias.
- Servicios centrales del SESPA y Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

3.4.1 Objetivos del proyecto

Diseño, construcción y puesta en marcha del Sistema de Información de los aspectos no clínicos del proceso de cribado poblacional de cáncer de colon y recto a la población del Principado de Asturias comprendida en un rango de edad determinada, así como el soporte post-arranque a dicha puesta en marcha.

El Sistema de Información contiene el registro de los datos necesarios para la evaluación del proceso, para servir de fuente a los indicadores de calidad que definen las guías de ámbito nacional e internacional y permite la trazabilidad de cada participante a lo largo de todo el proceso.

- Dentro del proceso se contemplan tres escenarios diferentes:
 - La coordinación central, compartida entre los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.
 - Los dispositivos de la red de atención primaria del SESPA.
 - Los servicios de laboratorio, de anatomía patológica y de aparato digestivo o cirugía que se encargan de la realización de las colonoscopias, como dispositivos de atención especializada.

3.4.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Las actividades desarrolladas responden a los siguientes requerimientos:
 - Desarrollo del aplicativo basado en una plataforma Web.
 - Garantizar la seguridad de la información almacenada en el sistema y el control de todas las actuaciones realizadas por los usuarios sobre el mismo, de tal forma que la trazabilidad esté garantizada.
 - Desarrollo de los mecanismos de integración que permite la interoperabilidad entre los diferentes sistemas involucrados mediante estándares.
 - El aplicativo desarrollado no es intrusivo en relación a los sistemas actuales, conservando los interfaces existentes para minimizar el esfuerzo de desarrollo de los mismos.
 - El Sistema desarrollado es modular, flexible y escalable.
 - Visor de informes (sin posibilidad de edición ni impresión) en cuanto a los resultados de las diferentes integraciones con otros sistemas.
 - Diseño y construcción de la plataforma de integración Mirth, que cubre los aspectos de integración de distintas aplicaciones informáticas.
 - Aplicativo integrado, en cuanto a los usuarios, con el Sistema de Gestión de Identidades del ámbito sanitario asturiano.

- Las integraciones con otros sistemas, mediante los mensajes/ficheros.

3.4.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- Invitaciones: 6.912
- Aceptan: 2.885
- Excluidos: 580
- Colonoscopia ofertada: 170
- Colonoscopia realizada: 142
- Riesgo alto: 11
- Riesgo intermedio: 29
- Riesgo bajo: 29
- Negativo: 67
- Cáncer Colorrectal: 6

4 Recursos humanos

4.1 Paneles propios de auditores en calidad

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

4.1.1 Desarrollo resumido del proyecto

El Servicio de Salud del Principado de Asturias cuenta con 44 dispositivos certificados / acreditados según la Norma ISO 9001 y 42 dispositivos certificados con el esquema propio de calidad Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad-Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado (SINOC-DAIME). Los costes derivados de los procesos de certificación pueden resultar un elemento disuasorio. Por este motivo el SESPA, convencido de la necesidad de la evaluación periódica de la calidad, ha venido desarrollando estrategias de eficiencia a este respecto, como han sido la creación de una Unidad de Certificación en calidad propia y el desarrollo de paneles de auditores, en la consideración de que la organización dispone de profesionales expertos en calidad capaces de asumir la realización de auditorías de calidad.

4.1.2 Objetivos del proyecto

Dotar a la organización de un cuerpo de auditores en calidad mejorando la autonomía del SESPA en la evaluación de los sistemas de gestión implantados.

4.1.3 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos:

- Creación, desarrollo y mantenimiento del Panel de Auditores para el esquema de calidad propio del SESPA, (SINOC DAIME).
- Creación, desarrollo y mantenimiento del Panel de Auditores Internos para la Norma ISO 9001.
- Formación continuada de los integrantes de ambos paneles.

4.1.4 Resultados alcanzados después de la evaluación

- En la actualidad hay 46 auditores expertos para auditorías internas según la ISO 9001.
- En la actualidad hay 30 auditores para el esquema SINOC-DAIME
- Más de trescientas auditorías se han realizado desde el año 2009, 66 de ellas en el año 2015.

4.2 Plan de formación *online* 2015 en gestión clínica y calidad

Ámbito de intervención: Comunidad Autónoma.

4.2.1 Objetivos del proyecto:

El Servicio de Calidad y Gestión Clínica (SCGC) pone en marcha el Plan de Formación online anual para desarrollar una de las funciones que se le atribuyen, la promoción de la formación continuada en materia de calidad asistencial, seguridad del paciente y gestión clínica (BOPA, Decreto 14/2014).

- Objetivo general: favorecer la adquisición de conocimientos en materia de calidad asistencial, seguridad del paciente y gestión clínica a los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Objetivos específicos:
 - Formar a los profesionales del SESPA sobre el modelo de gestión clínica en Asturias.
 - Mejorar los conocimientos de los profesionales del SESPA en calidad en la asistencia sanitaria y en el Sistema de Gestión de la Calidad basado en Norma ISO 9001:2008.
 - Dotar a los profesionales del SESPA de conocimientos y herramientas que faciliten el abordaje de la seguridad del paciente en el entorno sanitario.

4.2.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

Se realizaron en 2015 ediciones de varios cursos de formación a distancia (online) acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Principado de Asturias:

- Fundamentos de la gestión clínica en el SESPA (3ª edición) (50 horas).
- Fundamentos de la gestión de la calidad basada en Norma ISO 9001:2008 (2ª edición) (50 horas).
- Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (2ª edición) (50 horas).
- Higiene de manos durante la atención sanitaria (1ª edición) (30 horas).

4.2.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

En el período de 2015 se formaron un total de 4.203 profesionales, con la siguiente distribución:

- 976 en gestión clínica.
- 806 en ISO.
- 945 en seguridad del paciente.
- 1.476 en higiene de manos.

5 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

5.1 Protocolo general de colaboración del gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León

Ámbito de intervención: Comunidades Autónomas del Principado de Asturias y de Castilla y León.

5.1.1 Objetivos del proyecto

- Establecer un acuerdo de colaboración entre las Comunidades Autónomas del Principado de Asturias y Castilla y León, para la realización de programas y proyectos comunes, en beneficio de sus ciudadanos en el ámbito de la asistencia sanitaria. Este acuerdo está establecido desde el año 2008.

5.1.2 Actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos

- Atención sanitaria urgente y ordinaria a poblaciones limítrofes. La asistencia sanitaria urgente en poblaciones limítrofes (Oseja de Sajambre y Posada de Valdeón, ambas de la provincia de León) se está prestando con normalidad, según los acuerdos en esta materia del Protocolo General de Colaboración firmado en 2008.
- Colaboración en materia de detección precoz de supuestos de violencia de género, profundizándose en el intercambio de documentación y la puesta a disposición de personal para la formación, actividades de colaboración ya iniciadas por el SESPA y el Sacyl.
- Transporte sanitario y de atención a las urgencias y emergencias.

5.1.3 Resultados alcanzados después de la evaluación

- En asistencia sanitaria:
La asistencia sanitaria en poblaciones limítrofes (Oseja de Sajambre y Posada de Valdeón) se está prestando con normalidad, según los acuerdos en esta materia del Protocolo General de Colaboración firmado en 2008.

Tabla 5-1 Atención sanitaria prestada por el SESPAS en poblaciones limítrofes de Castilla y León, 2008-2015

	Oseja de Sajambre (León)	Posada de Valdeón (León)	Totales
Hospitalización	61	-	61
Urgencias	211	14	225
Consultas Externas	1.106	84	1.190

Fuente: Elaboración propia.

- En violencia de género:

Desde el año 2008, el personal técnico del Sacyl y el SESPA comparte espacios de trabajo y colaboración en el ámbito de los grupos de trabajo de la Comisión de Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. También comparten algunos materiales de formación como son:

 - La traducción al español del TOOLKIT Formación en Violencia de Género: herramientas de ayuda para el aprendizaje y su transferencia a la práctica clínica (Sacyl).
 - La Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. (SESPA)
- En incidentes con múltiples víctimas:
 - Reuniones periódicas (anuales), para establecer un procedimiento de coordinación y colaboración en Incidentes con Múltiples Víctimas (IMV). Estas reuniones han dado lugar a la constitución de un grupo de trabajo integrado por representantes de los respectivos Sistemas de Emergencias de las comunidades denominado Grupo de IMV y catástrofes de las comunidades autónomas de la zona Norte.
 - Organización del transporte sanitario urgente de los pacientes de las localidades de Oseja de Sajambre y Posada de Valdeón que son atendidos en el Hospital de Arriondas, en coordinación con las empresas concesionarias de dicho transporte de Asturias y León, así como de las altas hospitalarias de dichos pacientes. En concreto, el traslado en ambulancia de las urgencias al Hospital de Arriondas lo realiza la empresa concesionaria de Castilla y León, al igual que el transporte programado; las altas hospitalarias las asume la empresa de transporte concesionaria de Asturias. Durante el año 2015, el número de traslados realizados fue de:
 - Tres transportes de urgencias (ambulancia) desde Oseja de Sajambre al Hospital de Arriondas.
 - Un alta (ambulancia) desde el Hospital de Arriondas a Oseja de Sajambre.

En la actualidad están en fase de convenio protocolos con Galicia y Cantabria.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Porcentaje de pacientes ingresados en hospitales públicos del Principado de Asturias con planes de cuidados, 2015	26
Tabla 5-1	Atención sanitaria prestada por el SESPAS en poblaciones limítrofes de Castilla y León, 2008-2015	37

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria

B

BOPA	Boletín Oficial del Principado de Asturias
------	--

C

CFC	Asturias: Centros de Formación para el Consumidor
CODES	Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias

E

EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EMRAM	<i>Electronic Medical Record Adoption Model</i> (Modelo Adaptado de la Historia Clínica Electrónica)
EPOC	Enfermedad Obstructiva Crónica
ERA	Establecimientos Residenciales de Asturias

F

FINBA	Fundación para la Investigación y la Innovación en Asturias
FIS	Fondo de Investigación en Salud

H

HIMSS	<i>Healthcare Information and Management Systems Society</i> (La Sociedad de Sistemas de Información y Gestión de la Sanidad)
HMN	Hospital Monte Naranco
HRS	Historia Resumida de Salud
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
HVAB	Hospital Vital Álvarez Buylla

I

IAAP	Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada
IMV	Incidente con Múltiples Víctimas
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organización Internacional para la Estandarización)
IT	Incapacidad Temporal

L

LCBS	La Conquista de la Boca Sana
------	------------------------------

M

MPD	Manejo Personal de la Diabetes
-----	--------------------------------

N

NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (Asociación de Diagnóstico Enfermero en Norte América)
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería)
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

O

OBSA	Observatorio de Salud en Asturias
OMI –AP	Oficina Médica Informatizada-Atención Primaria. Nombre propio de la Historia Clínica de Atención Primaria

P

PACAS	Programa Paciente Activo Asturias
PCAI	Programa Clave de Atención Interdisciplinar
PPJ	Protocolos y Planes Personales Jerárquicos
PSBD - USBD	Programa de Salud Bucodental - Unidad de Salud Bucodental

S

SACY	Sanidad de Castilla y León
SCGC	Servicio de Calidad y Gestión Clínica
SELENE	Nombre propio de la Historia Clínica Hospitalaria

SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SGSP	Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente
SINOC	Sistema de Información Normalizado para Objetivos en Calidad
SINOC-DAIME	Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad. Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado
SIPRES	Sistema de Información Poblacional y de Recursos Sanitarios del Principado de Asturias
SM	Salud Mental

T

TCS	Tomando Control de su Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
USBD	Unidad de Salud Bucodental
USOP	Unidad de Salud Oral de Pacientes Especiales

V

VIMPA	Registro de atención sanitaria en violencia contra las mujeres del Principado de Asturias
-------	---

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de las
Illes Balears



Índice

Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 Aprendiendo a participar: rutas saludables alrededor de los centros de salud	7
1.2 Programa de cribado poblacional de cáncer de colon y recto	7
1.3 Programas de vacunación	7
1.4 Plan de adicciones y drogodependencias de las Illes Balears	7
1.5 Coordinación de VIH/Sida	8
1.6 Salud ambiental	8
1.7 Seguridad alimentaria	8
1.8 Investigación en Salud Pública	8
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Devolución de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes	9
2.2 Apertura de los centros de salud en horario de tarde	9
2.3 Radioterapia en Eivissa-Formentera y Menorca	10
2.4 Planes de choque en las listas de espera	10
3 Infraestructuras sanitarias	11
4 Recursos humanos	13
4.1 Medidas para la evaluación y la mejora de la calidad y seguridad asistencial	13
4.1.1 Acreditación de centros	13
4.1.2 Formación sanitaria continuada	13
4.1.3 Formación sanitaria especializada	13
4.1.4 Investigación en salud	13
5 La organización de la asistencia sanitaria en las islas: la accesibilidad de la población residente	15
Índice de tablas	23
Abreviaturas, acrónimos y siglas	25

Resumen

En el ámbito de la salud pública se han implementado acciones para la promoción de la salud entre las que destaca el proyecto de Rutas Saludables. En relación a la prevención primaria se ha implementado el cribado poblacional de cáncer de colon y recto y la vacunación de las embarazadas en el tercer trimestre contra la tosferina. También se ha implementado la vacunación a las mujeres a las que se les ha practicado una conización cervical contra el virus del papiloma como estrategia de prevención secundaria. Otras acciones han sido desarrolladas en la lucha contra el consumo de sustancias adictivas en la juventud, la lucha contra el Sida y en los ámbitos de salud ambiental, seguridad alimentaria e investigación en Salud Pública.

En cuanto a la asistencia sanitaria, se ha conseguido la devolución de la tarjeta sanitaria a 1.670 inmigrantes que la habían perdido, se ha ampliado el horario de apertura de los centros de salud, se ha implementado el servicio de radioterapia en el Hospital Can Misses de Eivissa y se han destinado recursos a la mejora de las listas de espera.

Durante el año 2015 se han iniciados los trabajos para la elaboración del Plan de Infraestructuras Sanitarias de las Illes Balears con el objetivo de dotar a la Comunidad de las infraestructuras necesarias para la adecuada atención sanitaria de la población. Entre los objetivos fundamentales de este Plan se encuentran la remodelación y ampliación de algunos hospitales, la reconversión del antiguo Hospital de Son Dureta, y también inversiones en centros de salud de Atención Primaria.

En el ámbito de la evaluación y mejora de la calidad asistencial y la seguridad se han iniciado trámites de acreditación de varios centros y unidades docentes, se han acreditado más de 11.000 actividades de formación continuada, desde el Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa) se han puesto en marcha distintas plataformas científico-técnicas y se han iniciado los trámites para disponer de una facultad de medicina en la Comunidad.

La organización de la asistencia sanitaria para neutralizar el efecto de la insularidad se ha considerado fundamental. Entre las medidas adoptadas en este sentido destaca el aumento de desplazamientos de los profesionales, la implementación de teleasistencia, así como el aumento de oferta de prestaciones de alojamiento, desplazamiento y dietas para los usuarios que así lo precisen. Finalmente se describe la problemática peculiar de Formentera en cuanto a la planificación de la asistencia sanitaria.

1 Salud Pública

1.1 Aprendiendo a participar: rutas saludables alrededor de los centros de salud

La Dirección General de Salud Pública y Participación, en colaboración con Atención Primaria, en el marco de la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa, ha puesto en marcha el proyecto de Rutas Saludables, entendido como un proyecto de participación comunitaria, para crear rutas urbanas que cumplan con los criterios de caminabilidad segura y saludable. De este modo se pretende empoderar en salud a la comunidad a partir de proyectos cercanos a su entorno y que la propia comunidad se sienta protagonista. Hasta el momento se han adherido 35 centros de salud y han participado en el diseño y la evaluación de las rutas un total de 286 entidades. Más de 3.000 personas han cumplimentado el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y más de 2.000 han participado en los grupos de caminantes.

Este proyecto ha obtenido por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) el reconocimiento de Buena Práctica en el Sistema Nacional de Salud y el premio NAOS 2014 en el ámbito sanitario de la Estrategia NAOS por parte de la Agencia Española de Consumo y Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

1.2 Programa de cribado poblacional de cáncer de colon y recto

Durante el primer trimestre de 2015 se ha iniciado en las Illes Balears el programa de cribado poblacional de cáncer de colon y recto, basado en la realización de un test inmunológico de sangre oculta en heces a las personas entre 50 y 69 años y colonoscopia a los casos positivos. En esta primera fase se ha cubierto aproximadamente el 30% de la población de las Illes Balears.

1.3 Programas de vacunación

En el año 2014 se inició la vacunación contra el virus del papiloma humano en mujeres a las que se les ha practicado una conización de cérvix uterino y en 2015 se implementó la vacunación de tosferina a las mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación.

1.4 Plan de adicciones y drogodependencias de las Illes Balears

Se ha incorporado al Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Illes Balears (PADIB), el programa educativo de prevención selectiva *THC, supera el reto* dirigido a institutos de educación secundaria, donde se ha detectado un problema de consumo de cannabis por parte del alumnado.

En el ámbito universitario se han realizado actividades de formación a un grupo reducido de estudiantes como agentes de salud.

La Plataforma por un Ocio Recreativo de Calidad, que comenzó en 2011 y en la que participan representantes de la administración pública, la industria hotelera y recreativa y entidades/agentes comunitarios, ha priorizado las actuaciones de concienciación sobre el acceso al alcohol por parte de los menores y la implicación de las entidades participantes en la protección del menor frente al consumo de alcohol.

1.5 Coordinación de VIH/Sida

Se han incorporado oficinas de farmacia al Programa de detección del VIH mediante una prueba rápida. Paralelamente, se ha participado en el estudio piloto “Implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en Atención Primaria” (estudio VIHAP), coordinado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del MSSSI.

1.6 Salud ambiental

Se han actualizado las normativas sobre zoonosis y sanidad mortuoria y se ha implantado la nueva normativa estatal de condiciones sanitarias de las piscinas.

Se han puesto en marcha los sistemas de información nacional de censo de piscinas y de accidentes en las mismas, así como un sistema de información sobre zoonosis.

1.7 Seguridad alimentaria

Se ha creado un sistema de información integral de gestión de trámites de autorizaciones y registro sanitario, de gestión del riesgo relacionado con la seguridad alimentaria y de control oficial.

Se ha realizado una campaña de control oficial y toma de muestras de alérgenos no declarados en alimentos listos para consumir. Además, se han realizado unas jornadas sobre la información alimentaria proporcionada al consumidor respecto a los alérgenos, dirigidas al sector hotelero, al sector minorista y al sector de alimentos no envasados.

Se ha implantado una nueva norma de etiquetado de productos cárnicos.

1.8 Investigación en Salud Pública

El 2015 se ha constituido el Grupo de Investigación en Salud Pública de las Illes Balears (GISPIB), que ha sido aprobado como grupo consolidado por el Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), compuesto por investigadores de la Dirección General de Salud Pública y Participación, de Atención Primaria y de la Universidad de las Illes Balears.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Devolución de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes

El Servicio de Salud restableció el derecho a la asistencia sanitaria universal y gratuita a las personas extranjeras que residen irregularmente y sin recursos en las Illes Balears. Tras publicación en el BOIB el 18 julio de 2015 de una Instrucción, este colectivo puede acceder a la totalidad de la cartera de servicios y tener los mismos derechos que cualquier residente en el territorio de las Illes Balears. Se volvió así a la situación que existía antes de la aprobación del Real Decreto 1192/2012, que excluyó a este colectivo y limitó su acceso a la sanidad.

Con el reconocimiento de este derecho, los nuevos usuarios tienen garantizado el acceso a la atención primaria, la atención hospitalaria y la prestación farmacéutica.

Hasta 31 de diciembre de 2015 se devolvieron 1.670 tarjetas, con el desglose siguiente por islas:

Tabla 2-1 Devolución de tarjetas a los inmigrantes irregulares y sin recursos en las Illes Balears, 2015	
Islas	Nº de tarjetas
Mallorca	1.319
Menorca	75
Eivissa	240
Formentera	36
Total	1.670

Observaciones: Tarjetas sanitarias devueltas hasta el 31 de diciembre de 2015.
Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (ib-salut).

2.2 Apertura de los centros de salud en horario de tarde

Con una atención primaria reforzada, la atención a las necesidades de la población es más eficiente y se contribuye a la sostenibilidad del sistema.

Por este motivo, desde el pasado 1 de diciembre de 2015, los centros de salud de nuestra Comunidad pasaron de permanecer abiertos entre las 8:00 y las 17:30h de lunes a jueves y de 8:00 a 15:00 los viernes a hacerlo entre las 8:00 y las 20:00h de lunes a jueves y de 8:00 a 15:00 los viernes.

El incremento de la atención en horario de tarde junto con una mayor dotación presupuestaria para aumentar el número de días sustituidos por profesional, permite a los centros de salud y las unidades básicas tener los recursos necesarios para favorecer la accesibilidad de la población trabajadora a la consulta de demanda y facilitar las actividades de prevención, promoción, educación para la salud o actividades comunitarias.

2.3 Radioterapia en Eivissa-Formentera y Menorca

Los territorios insulares tienen que desarrollar medidas que permitan la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios. Esta línea de trabajo se ha concretado a lo largo del año 2015 con la implementación del servicio de radioterapia en Eivissa. Se han resuelto todos los requisitos arquitectónicos del bunker y se ha incorporado por parte de la empresa concesionaria el acelerador lineal, el Tomógrafo Axial Computarizado (TAC) simulador y el resto de elementos de mobiliario tramitándose también los permisos correspondientes para iniciar la prestación del servicio en enero de 2016.

2.4 Planes de choque en las listas de espera

Uno de los principales objetivos del nuevo gobierno es la mejora de las listas de espera. Desde septiembre de 2015 se ha puesto en marcha el plan extraordinario de demora para las listas de espera de consultas externas y quirúrgicas. El objetivo de este plan es mejorar la accesibilidad de los usuarios y establecer tiempos de espera inferiores a 60 días en Consultas Externas (CCEE) y a 180 días en procesos quirúrgicos. Este plan tendrá continuidad en el ejercicio 2016, siendo un objetivo a corto plazo la reinstauración de la ley de garantías de demora, derogada en la anterior legislatura.

También se han destinado más recursos para aumentar los desplazamientos periódicos de especialistas de los hospitales de Mallorca a Menorca y a Eivissa, con el objetivo de reducir los desplazamientos por motivos de salud de la población de esas islas. En esta misma línea de trabajo, se han aumentado los desplazamientos periódicos de los especialistas del Hospital Can Misses de Eivissa al Hospital de Formentera, intentando neutralizar en la medida de lo posible el efecto de la triple insularidad que afecta a esta isla.

3 Infraestructuras sanitarias

Durante el año 2015 se han iniciados los trabajos para la elaboración del Plan de Infraestructuras Sanitarias de las Illes Balears. Uno de los principales objetivos del Govern de las Illes Balears es disponer de las dotaciones suficientes en materia de infraestructuras sanitarias con el fin de dar respuesta a las necesidades en salud de los ciudadanos de las Illes Balears.

El Plan se está elaborando a partir de la recogida de propuestas, fruto de un proceso de participación de los distintos estamentos del colectivo sanitario y de las administraciones implicadas en la atención a la salud de los ciudadanos; estableciendo prioridades, aplicando los principios de racionalidad y de eficiencia; llevando a la práctica las inversiones previstas, siendo conscientes de la situación de limitación de recursos existente. El Plan priorizará las inversiones necesarias a corto y medio plazo y establecerá también los criterios para diseñar la futura red asistencial pública de la Comunidad.

Con el Plan de Infraestructuras Sanitarias de las Illes Balears se establecerán las inversiones a aplicar sobre la estructura física de sus centros y servicios en el período comprendido entre los años 2016 y 2021.

Para llevar a cabo esta tarea se ha constituido una comisión de infraestructuras participada por la Consejería y por el Servicio de Salud, que tiene como primer objetivo la elaboración de dicho Plan.

La previsión de nuevas infraestructuras contempla la remodelación y ampliación de algunos hospitales, la reconversión del antiguo Hospital de Son Dureta, y también inversiones en centros de salud de Atención Primaria.

4 Recursos humanos

4.1 Medidas para la evaluación y la mejora de la calidad y seguridad asistencial

4.1.1 Acreditación de centros

Durante los años 2014 y 2015 se iniciaron y finalizaron los procedimientos de acreditación del Hospital de Manacor, del Hospital Universitario Son Espases y de la Clínica Mutua Balear. Además se inició el procedimiento de acreditación del Hospital Comarcal de Inca. Dichos procedimientos suponen la evaluación de los sistemas de calidad y seguridad de los pacientes en los hospitales y recogen fundamentalmente aspectos de estrategia, gestión de recursos humanos, continuidad asistencial, prevención de infecciones, cirugía segura, uso de práctica basada en la evidencia, sistemas de notificación y gestión de riesgos, uso seguro de medicamentos, etc.

4.1.2 Formación sanitaria continuada

En el período 2014-2015, la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de las Illes Balears ha acreditado un total de 11.882 actividades formativas.

Tabla 4-1 Actividad formativa acreditada, 2014 y 2015

Actividades	Año 2014	Año 2015
Número de solicitudes	6.434	5.535
Número de acreditaciones	6.402	5.480
Actividades acreditadas (%)	99,5	99,0
Total actividades acreditadas	11.882	

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (ib-Salut).

4.1.3 Formación sanitaria especializada

Durante el año 2015 se ha acreditado la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría de las Illes Balears por parte del MSSSI. Además en el período 2014-2015 se ha presentado la solicitud de acreditación de las siguientes unidades docentes: Unidad Docente de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Son Espases, Unidad Docente de Oftalmología del Hospital Son Llàtzer, Unidad Docente de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Son Espases y Unidad Docente de Anatomía Patológica del Hospital Son Llàtzer.

4.1.4 Investigación en salud

El Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa) se creó el 23 de diciembre de 2013 mediante la firma de un convenio de colaboración entre la Fundación de Investigación Sanitaria

de las Illes Balears Ramón Llull (FISIB), la Consejería de Salud de las Illes Balears, el Servicio de Salud de las Illes Balears y la Universidad de las Illes Balears.

El núcleo de referencia del IdISPa está formado por el Hospital Universitario Son Espases y el Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS). A este grupo principal se integra la FISIB como entidad gestora de la investigación y el ámbito de Atención Primaria de Mallorca. Además, se han incorporado como entidades asociadas otros hospitales y centros de salud del territorio balear pertenecientes al Servicio de Salud de las Illes Balears y la Fundación Banco de Sangre y Tejidos (FBSIT) de las Illes Balears, hecho que ha permitido aumentar la masa crítica investigadora y fomentar las colaboraciones para el desarrollo de proyectos de investigación entre servicios y profesionales del sector salud.

El Instituto se constituye como una institución multidisciplinar destinada a fomentar, desarrollar e integrar la investigación de excelencia en ciencias de la salud y biomedicina en el marco de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con especial atención a aquella de carácter cooperativo, transversal y multidisciplinar y con objetivo marcadamente traslacional.

El Instituto de Investigación Sanitaria de Palma ha identificado 7 áreas científicas de interés que engloban a los 45 grupos de investigación de las diferentes entidades constituyentes; grupos que incluyen investigación básica, clínica, traslacional o aplicada e investigación epidemiológica.

Durante el período 2014-2015 se pusieron en marcha las plataformas científico-técnicas del IdISPa: Plataforma de Microscopía; Plataforma de Proteómica; Plataforma de Genómica; Plataforma de Citometría y Cultivos Celulares; Plataforma de Ensayos Clínicos y Apoyo Metodológico; Plataforma Biobanco; y Plataforma de Cirugía Experimental y Estabulario.

En los últimos meses se han iniciado los trámites para disponer de una Facultad de Medicina en la Comunidad Autónoma, con vistas a que en el curso 2016-2017 puedan iniciarse estos estudios.

5 La organización de la asistencia sanitaria en las islas: la accesibilidad de la población residente

Por las características de insularidad de las Illes Balears se describe la organización de la asistencia sanitaria para neutralizar el efecto de dicha insularidad.

La Comunidad Autónoma cuenta con un hospital terciario en la isla de Mallorca, el Hospital Son Espases, que es el hospital de referencia para muchos servicios para toda la Comunidad. Además, cuenta con un hospital para cada uno de los otros tres sectores sanitarios de la isla (Hospital de Son Llàtzer, Hospital de Manacor y Hospital de Inca) y con hospitales comarcales en las islas de Menorca y de Eivissa, así como un hospital en la isla de Formentera.

Las características geográficas singulares de las Illes Balears, en especial la doble y triple insularidad, hacen que en ocasiones los pacientes deban trasladarse de una isla a otra para recibir la asistencia sanitaria que precisan. Estos desplazamientos originan una serie de costes (transporte, alojamiento, dietas etc.) a los usuarios afectados.

Un tema prioritario de la política y de la gestión sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma es garantizar la accesibilidad de la población residente a los servicios sanitarios y a los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, salvando el condicionante que supone la insularidad. Se trata de articular las medidas necesarias para limitar el impacto que el territorio insular tiene en el acceso a la atención sanitaria de la población.

Las Illes Balears presentan los rasgos característicos de los territorios insulares, entre los que destacan:

- Escasez de recursos naturales y energéticos.
- Problemas asociados al transporte y comunicación.
- Sobreutilización de bienes comunes estratégicos (medioambiente).
- Dificultades para aprovechar economías de escala.
- Sobrecostes derivados de la insularidad.
- Déficit de profesionales en algunas islas.
- Dificultad para captar profesionales interesados en trasladarse a las islas para desarrollar su labor profesional con la consecuente necesidad de estrategias de fidelización de los mismos.
- Problemas originados a los pacientes y sus acompañantes como consecuencia de la necesidad de desplazamiento por motivos de salud.
- Sobreesfuerzo para garantizar la equidad

A nivel sanitario, la insularidad condiciona desigualdades de acceso a los diferentes servicios y propicia la inequidad en relación al sector sanitario en el que reside el ciudadano. Así, los usuarios que residen en las islas menores (y en menor medida en el medio rural de la isla de Mallorca), con una dotación inferior en recursos sanitarios precisan estrategias que garanticen su acceso en condiciones de equidad a los servicios sanitarios y medidas que eliminen o compensen las dificultades y gastos derivados de los traslados que han de realizar para recibir la asistencia que precisen en cada caso.

Las cifras de traslados por motivos de salud son muy importantes en nuestra Comunidad. Alrededor de 6.000 pacientes al año deben desplazarse entre islas o a la península. Estos pacientes generan aproximadamente unos 11.000 traslados anuales. Además, el traslado en muchas ocasiones no lo puede realizar el paciente solo, sino que debe de ir acompañado. Esto eleva el número de traslados al año en cifras próximas a los 26.000.

Tabla 5-1 Traslados de pacientes y acompañantes entre islas y a la península por motivos de salud, 2014

Trayectos	Pacientes (*)	Número de traslados		
		Pacientes	Acompañantes	Paciente y acompañante
Eivissa a Mallorca	2.090	5.451	4.044	9.495
Menorca a Mallorca	2.155	4.851	3.941	8.792
Menorca a Eivissa	1	4	4	8
Formentera a Mallorca	128	298	237	535
Formentera a Eivissa	23	207	41	248
Total entre islas	4.387	10.811	8.267	19.078
Eivissa a la Península	273	795	525	1.320
Menorca a la Península	194	496	399	895
Formentera a la Península	9	17	17	34
Mallorca a la Península	851	2.378	2.002	4.380
Total a la península	1.310	3.686	2.943	6.629
Total	5.603	14.497	11.210	25.707

Observaciones: (*) El número de pacientes no coincide con la suma debido a que algún paciente ha frecuentado más de un hospital. Este número incluye el total de pacientes trasladado independientemente de que alguno haya sido trasladado a más de un hospital.

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut). Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos (SAP/SP).

Tabla 5-2 Traslados de pacientes y acompañantes entre islas y a la península por motivos de salud, 2015

Trayectos	Pacientes (*)	Número de traslados		
		Pacientes	Acompañantes	Paciente y acompañante
Eivissa a Mallorca	1.941	4.905	3.759	8.664
Menorca a Mallorca	2.195	5.279	4.216	9.495
Menorca a Eivissa	1	2	2	4
Formentera a Mallorca	120	324	232	556
Formentera a Eivissa	17	59	28	87
Total entre islas	4.266	10.569	8.237	18.806
Eivissa a la Península	254	710	523	1.233
Menorca a la Península	193	550	426	976
Formentera a la Península	13	29	18	47
Mallorca a la Península	833	2.341	1.940	4.281
Total a la península	1.284	3.630	2.907	6.537
Total	5.467	14.199	11.144	25.343

Observaciones: (*) El número de pacientes no coincide con la suma debido a que ha frecuentado más de un hospital. Este número incluye el total de pacientes trasladado independientemente de que alguno haya sido trasladado a más de un hospital.

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut). Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos (SAP/SP).

Tabla 5-3 Traslados de pacientes desde las islas a la península según la asistencia requerida, 2014

Tipo de asistencia	Procedencia Islas								
	Total	H. Son Espases	H. Son Llatzer	H. de Manacor	H. de Inca	Total Mallorca	H. Can Misses (Eivissa)	H. Mateu Orfila (Menorca)	H. Formentera
Consultas Península	3.372	1.595	342	181	38	2.156	749	451	16
Primeras visitas	176	70	31	18	1	120	32	23	1
Visitas Sucesivas	3.196	1.525	311	163	37	2.036	717	428	15
Pacientes (*)	1.222	603	142	79	11	785	263	182	8
Ingresos Península	403	184	63	34	1	282	62	57	2
Primeras visitas	84	37	17	10		64	10	9	1
Sucesivas	319	147	46	24	1	218	52	48	1
Pacientes*	309	156	46	29	1	224	46	37	2

Observaciones: (*) El total del número de pacientes no coincide con la suma debido a que ha frecuentado más de un hospital. Este número incluye el total de pacientes trasladado independientemente de que alguno haya sido trasladado a más de un hospital.

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut). Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos (SAP/SP).

Tabla 5-4 Traslados de pacientes desde las islas a la península según la asistencia requerida, 2015

Tipo de asistencia	Procedencia Islas								
	Total	H. Son Espases	H. Son Llatzer	H. de Manacor	H. de Inca	Total Mallorca	H. Can Misses (Eivissa)	H. Mateu Orfila (Menorca)	H. Formentera
Consultas Península	3.319	1.610	306	190	21	2.127	659	506	27
Primeras visitas	174	78	23	27	2	130	26	18	0
Visitas Sucesivas	3.145	1.532	283	163	19	1.997	633	488	27
Pacientes (*)	1.209	599	131	106	10	778	244	181	12
Ingresos Península	384	187	47	27	0	261	64	55	4
Primeras visitas	65	32	13	6	0	51	4	9	1
Sucesivas	319	155	34	21	0	210	60	46	3
Pacientes*	299	148	42	25	0	206	50	41	4

Observaciones: (*) El total del número de pacientes no coincide con la suma debido a que ha frecuentado más de un hospital. Este número incluye el total de pacientes trasladado independientemente de que alguno haya sido trasladado a más de un hospital.

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut). Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos (SAP/SP).

Los gastos derivados de estos traslados en 2014 ascendieron a un total de 4.056.313,5 euros con el siguiente desglose: transporte: 3.205.676 euros; dietas: 681.303,0 euros y pernoctación 169.334,4 euros; correspondiendo 2.081.087 euros a gastos del paciente y 1.975.225 euros a gastos de los acompañantes. En 2015 estas cifras han sido algo inferiores en general con un gasto total de 3.368.885 euros. Esta disminución del gasto ha sido motivada por la disminución del número de traslados (como consecuencia del aumento en los desplazamientos de los profesionales entre las islas para la prestación de asistencia en los distintos hospitales) y por el menor coste unitario de los medios de transporte.

Tabla 5-5 Gasto por traslados por motivos de salud en la Comunidad Autónoma de Illes Balears, 2014 y 2015

	Gasto en euros	
	2014	2015
Transporte		
Pacientes	1.772.291	1.366.450,5
Acompañantes	1.433.384	1.120.131,0
Total transporte	3.205.676	2.486.581,5
Dietas		
Pacientes	265.426	293.256,8
Acompañantes	415.877	250.622,2
Total dietas	681.303	543.879,0
Pernoctación		
Pacientes	43.370	112.429,5
Acompañantes	125.963	225.995,3
Total pernoctaciones	169.334	338.424,8
Total pacientes	2.081.087	1.772.136,8
Total acompañantes	1.975.225	1.596.748,4
Total	4.056.313	3.368.885,3

Observaciones: En el año 2014, incluye los traslados con fecha de cita entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014. Para el año 2015, incluye las solicitudes de prestaciones hasta el 20 de diciembre de 2015.

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut). Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos (SAP/SP).

Frente a esta realidad, se está trabajando para establecer medidas que contribuyan a disminuir el número de traslados de pacientes y reducir los costes derivados de estos traslados así como para proporcionar a los usuarios prestaciones que contribuyan a paliar los inconvenientes que estos traslados les puedan ocasionar.

Una de las medidas que se han tomado ha sido incrementar el número de desplazamientos de profesionales entre las islas. Se trata de una estrategia para garantizar una asistencia equitativa en todo el territorio. Profesionales del Hospital de Son Espases se desplazan a las islas de Menorca y de Eivissa-Formentera para realizar interconsultas o intervenciones programadas. El desplazamiento de los facultativos del hospital de referencia supone un aumento de la calidad asistencial, proporciona confortabilidad a los pacientes de dichas islas y consigue reducir el gasto en desplazamientos aéreos. En 2015, esta medida evitó que más de 1.500 pacientes de Menorca, Eivissa y Formentera se desplazaran a Mallorca por motivos de salud. En esta línea, se ha incrementado la frecuencia de los desplazamientos de los especialistas de Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía y Traumatología Infantil y se han incorporado a esta prestación Cardiología Infantil y Traumatología de adultos para realizar intervenciones quirúrgicas de columna en Menorca y consultas externas específicas de esta patología.

Tabla 5-6 Actividad asistencial en consultas externas de los profesionales desplazados a Eivissa, 2011-2015

Consultas externas Eivissa	Primeras visitas				
	2011	2012	2013	2014	2015
Angiología y Cirugía Vascular	0	0	0	115	376
Cirugía Pediátrica	28	44	142	128	97
Cirugía Plástica	0	47	95	88	93
Inmunología	0	0	52	0	
Neurocirugía	0	0	105	97	138
Traumatología Infantil	19	67	23	27	40
Total	47	158	417	455	744
Consultas externas Eivissa	Visitas sucesivas				
Angiología y Cirugía Vascular	0	0	0	10	225
Cirugía Pediátrica	18	2	99	117	107
Cirugía Plástica	0	48	136	230	230
Inmunología	0	0	89	0	
Neurocirugía	0	122	218	255	267
Traumatología Infantil	143	0	129	144	139
Total	161	172	671	756	968

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Tabla 5-7 Actividad asistencial en consultas externas de los profesionales desplazados a Menorca, 2011-2015

Consultas externas Menorca	Primeras visitas				
	2011	2012	2013	2014	2015
Neurocirugía	0	67	95	130	120
Pediatría	0	67	114	178	100
Traumatología adultos	0	0	24	159	95
Total	0	134	233	467	315
Consultas externas Menorca	Visitas sucesivas				
Neurocirugía	0	123	258	243	273
Pediatría	0	123	0	75	53
Traumatología adultos	0	0	0	0	0
Total	0	246	258	318	326

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Tabla 5-8 Actividad asistencial en intervenciones quirúrgicas de los profesionales desplazados a Eivissa, 2011-2015

Intervenciones quirúrgicas Eivissa	2011	2012	2013	2014	2015
Angiología y Cirugía Vascular	0	0	0	0	33
Cirugía Maxilofacial	0	0	0	21	--
Cirugía Pediátrica	0	25	37	44	53
Traumatología adultos	0	0	0	0	--
Traumatología Infantil	0	0	0	0	--
Total	0	25	37	65	86

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Tabla 5-9 Actividad asistencial en intervenciones quirúrgicas de los profesionales desplazados a Menorca 2011-2015

Intervenciones quirúrgicas Menorca	2011	2012	2013	2014	2015
Cirugía Maxilofacial	0	0	15	66	58
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	--
Traumatología adultos	0	0	8	22	8
Traumatología Infantil	0	0	0	0	--
Total	0	0	23	88	66

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Estos desplazamientos de profesionales suponen un coste adicional menor que el derivado de desplazar a los pacientes entre islas.

Tabla 5-10 Evolución del coste de desplazamiento de los profesionales a Menorca y Eivissa, 2011-2015

Servicio	Coste de desplazamiento en miles de euros				
	2011	2012	2013	2014	2015
Angiología y cirugía vascular	16.205,3	4.363	--	--	--
Cirugía maxilo-facial	13.712,2	21.191,5	17.290,1	11.838,0	8.000,0
Cirugía pediátrica	8.725,9	12.465,6	11.219,0	6.922,7	--
Cirugía plástica	8.102,6	8.725,9	6.856,1	3.692,2	--
Neurocirugía	23.061,4	26.177,7	24.769,4	12.076,4	14.172,0
Pediatría	11.348,4	14.335,4	5.609,5	0,0	--
Traumatología y cirugía ortoprotésica de adultos	5.609,5	13.089,4	2.493,1	0,0	--
Traumatología y cirugía ortoprotésica infantil	4.986,2	4.986,2	4.039,4	3.230,6	3.692,2
Total	91.751,5	105.334,8	72.276,7	37.759,9	25.864,2

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Otra de las medidas implementadas es ampliar la oferta de alojamiento para pacientes y acompañantes que lo precisen. Para proporcionar alojamiento a los usuarios desplazados que precisan asistencia en el Hospital Son Espases, se estableció un concierto con una residencia de apartamentos privada (Can Granada) situada muy próxima al Hospital de Son Espases. La prestación incluye además del alojamiento la manutención. Recientemente se ha ampliado a treinta el número de apartamentos concertados con esta residencia y se ha iniciado la construcción de una hospedería con 16 habitaciones para familiares de pacientes hospitalizados. No obstante, por el momento esta oferta es insuficiente para la demanda de este tipo de prestación (algunos días hay más de 60 pacientes de Menorca, Eivissa y Formentera ingresados en el hospital de Son Espases), si bien es previsible que una vez puesto en marcha el Servicio de

Radioterapia en Eivissa esta situación se equilibre y se pueda dar cobertura a prácticamente todos los usuarios que lo precisen con los recursos disponibles.

También se ha trabajado en facilitar el acceso ágil a pruebas diagnósticas: mediante la implementación de un número mayor de pruebas en los hospitales de Menorca y Eivissa, el fomento de la coordinación entre profesionales y la potenciación de la Historia de Salud para evitar en la medida de lo posible el desplazamiento de los usuarios por este motivo.

Otro aspecto fundamental a la hora de reducir los costes derivados de los traslados por motivos de salud es la implementación de un billete único de transporte aéreo entre las islas de la Comunidad con un coste aproximado de 30 euros. Con esta medida se reduciría el gasto público en estas prestaciones, y además se facilitaría el traslado a aquellos familiares que así lo deseen para acompañar al paciente en cualquier momento de su proceso asistencial y que no puedan acogerse a la prestación de reembolso.

Las nuevas tecnologías han permitido el desarrollo de diferentes aplicaciones orientadas a favorecer la comunicación y cooperación entre los profesionales y proporcionar asistencia sanitaria a distancia en los casos en los que no se encontraba disponible el recurso necesario en el sector de residencia del paciente. De esta manera, se ha conseguido evitar el desplazamiento de pacientes y profesionales en muchos casos. Esto ha supuesto una mayor confortabilidad para los pacientes y un importante ahorro económico para el sistema. Con este propósito, se han implementado las siguientes aplicaciones de tele-asistencia:

- a. TeleDermatología
- b. TeleIctus
- c. TeleRadiología
- d. TeleRehabilitación
- e. TeleNeumología
- f. TeleEspirometría
- g. TeleTratamiento anticoagulante oral
- h. Síndrome Coronario Agudo – Código SCA para 061-Emergencias
- i. TeleNefrología
- j. TeleElectrocardiograma
- k. TeleReumatología

Las infraestructuras con las que se tiene que contar debido a la insularidad para garantizar el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios públicos es una de las prioridades también reconocida. Tanto el hospital de Menorca como el de Eivissa son edificios de reciente construcción dimensionados de forma adecuada para dar respuestas a las necesidades de la población residente y flotante de la isla. Esto ha permitido que se pueda plantear incorporar nuevos servicios en estos hospitales como es el caso de la radioterapia, que permitirá evitar los desplazamientos de aquellos pacientes que requieran esta prestación. También se utiliza la fórmula de la concertación con clínicas privadas de algunos de los servicios que los hospitales de Menorca y Eivissa no pueden ofrecer.

Otro tema relacionado y con un importante impacto presupuestario es garantizar el servicio de transporte aéreo urgente de pacientes entre las islas, incluidas las incubadoras móviles para el transporte de recién nacidos que lo precisen.

Finalmente, las medidas que afectan directamente a las ayudas y reembolsos que tienen que hacer los pacientes cuando tienen que desplazarse por motivos de salud es otro de los temas en los que se está trabajando. La cuantía de las compensaciones por transporte aéreo, marítimo y terrestre, dietas y pernocta está regulada por el Decreto 41/2004, de 23 de abril, que ha sido revisado por última vez el 1 de febrero del año 2011. Estas cuantías están actualmente en revisión con el objetivo de incrementar los importes a reembolsar, dado que los actuales no se ajustan a los precios reales de los servicios que pretenden cubrir y además no se contemplan situaciones especiales, como puede ser reembolsar a más de un acompañante en caso de pacientes en edad pediátrica. Otra dificultad a resolver es la demora de varios meses que existe actualmente desde que el usuario aporta toda la documentación necesaria para solicitar el reembolso de los gastos por desplazamiento de paciente y familiares y el reembolso efectivo de las cantidades a devolver por parte de la Consejería de Hacienda.

La isla de Formentera, por sus características especiales, supone un desafío a la hora de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a sus residentes. Se trata de una isla pequeña

(83,24 Km²) cuya población no alcanza los 12.000 habitantes, pero que en los meses de temporada alta en la campaña estival puede sobrepasar las 35.000 personas, triplicando prácticamente su población residente.

Tanto los condicionantes derivados de la triple insularidad de la isla con respecto al acceso a los servicios sanitarios, como la importante variabilidad de la población de la isla en función de la temporada turística, hizo recomendable plantear la construcción de un hospital de especiales características. En el año 2007 se inauguró el Hospital de Formentera en el que se presta tanto atención hospitalaria como atención primaria (puesto que incluye en el mismo edificio el Centro de Salud de Formentera) a la población residente, pero también a la población flotante y turística. De esta manera se consigue:

- Optimizar los recursos.
- Mejorar la comunicación entre atención primaria y hospitalaria.
- Proporcionar una atención integrada a los pacientes.

El hospital cuenta con facultativos especialistas residentes en la isla, y otros que acuden desde el Hospital de Eivissa para complementar la atención especializada del centro. Estos profesionales acuden al Hospital de Formentera con una frecuencia variable (2 días a la semana, cada semana, cada 15 días, cada mes....) en función de las necesidades de la población. El número de profesionales que se desplaza desde Eivissa ha aumentado de forma progresiva.

Servicios propios del Hospital de Formentera	Servicios desplazados desde el Hospital de Eivissa
Urgencias	Otorrinolaringología
Cirugía general	Salud Mental (Psiquiatría y Psicología) – adultos y niños
Traumatología	Endocrinología (2016)
Ginecología	Neurología (2016)
Pediatría	Odontología
Anestesia	Dermatología
Farmacia	Gastroenterología (2015)
Hematología	Reumatología (2015)
	Cardiología
	Oncología
	Urología

Fuente: Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut).

Organizativamente, los servicios del hospital de Formentera dependen del Hospital Can Misses del área de salud de Eivissa.

Uno de los problemas que hay que afrontar es la dificultad de dotar de recursos humanos de forma adecuada a los servicios sanitarios de la isla. Algunos de los principales factores condicionantes a los que hay que enfrentarse son:

- El alto coste de la vida.
- Las dificultades en las comunicaciones.
- Las pequeñas dimensiones y población reducida.
- La reducida disponibilidad de almacenaje de material sanitario.
- La necesidad de la polivalencia de los recursos, teniendo que asumir un mismo profesional distintas tareas o responsabilidades.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Devolución de tarjetas a los inmigrantes irregulares y sin recursos en las Illes Balears, 2015	9
Tabla 4-1	Actividad formativa acreditada, 2014 y 2015	13
Tabla 5-1	Traslados de pacientes y acompañantes entre islas y a la península por motivos de salud, 2014	16
Tabla 5-2	Traslados de pacientes y acompañantes entre islas y a la península por motivos de salud, 2015	16
Tabla 5-3	Traslados de pacientes desde las islas a la península según la asistencia requerida, 2014	17
Tabla 5-4	Traslados de pacientes desde las islas a la península según la asistencia requerida, 2015	17
Tabla 5-5	Gasto por traslados por motivos de salud en la Comunidad Autónoma de Illes Balears, 2014 y 2015	18
Tabla 5-6	Actividad asistencial en consultas externas de los profesionales desplazados a Eivissa, 2011-2015	19
Tabla 5-7	Actividad asistencial en consultas externas de los profesionales desplazados a Menorca, 2011-2015	19
Tabla 5-8	Actividad asistencial en intervenciones quirúrgicas de los profesionales desplazados a Eivissa, 2011-2015	20
Tabla 5-9	Actividad asistencial en intervenciones quirúrgicas de los profesionales desplazados a Menorca 2011-2015	20
Tabla 5-10	Evolución del coste de desplazamiento de los profesionales a Menorca y Eivissa, 2011-2015	20
Tabla 5-11	Servicios que se ofrecen en el hospital de Formentera, 2015	22

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AECOSAN Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

B

BOIB Boletín Oficial de las Illes Balears

C

CAIB Comunidad Autónoma de las Illes Balears

CCAA Comunidad Autónoma

CCEE Consultas externas

CIR Cirugía

D

DG Dirección General

F

FBSIT Fundación Banco de Sangre y Tejidos

FISIB Fundación de Investigación Sanitaria de las Illes Balears Ramón Llull

G

GISPIB Grupo de investigación en Salud Pública de Baleares

H

HCM Hospital Can Misses

I

IBSALUT Servicio de Salud de las Illes Balears

IdISPa Instituto de Investigación Sanitaria de Palma

IPAQ Cuestionario Internacional de Actividad Física

IUNICS Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud

N

NAOS Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

O

OPE Oferta Pública de Empleo

P

PADIB Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Illes Balears

S

SCA Síndrome Coronario Agudo

SAP/SP Sistema de Aplicaciones y Productos para el procesamiento de datos para la gestión económica y financiera/ Sistema de Proyectos

T

THC Tetrahidrocannabinol

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UGE Unidad de Gestión Económica

V

VIH Virus de la inmunodeficiencia humana

VIHAP Implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en Atención Primaria

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Canarias



Índice

Resumen	3
Introducción	5
1 Salud Pública	7
1.1 Vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública	7
1.2 Programa de vacunaciones	7
1.3 Programas de detección precoz del VIH/VHC	8
1.4 Creación de la Unidad Funcional para la Equidad en Promoción de la Salud	8
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Implantación de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud	11
2.2 Consulta telefónica en Atención Primaria	11
2.3 La Teleconsulta	12
3 Infraestructuras sanitarias	15
4 Recursos humanos	17
5 Gestión económico-financiera: Sistema SefLogic	19
6 La organización de la asistencia sanitaria en las islas: la accesibilidad de la población residente	21
6.1 El mapa sanitario de las Islas Canarias y su dispersión poblacional	21
6.2 La distribución poblacional	22
6.3 El coste de la doble insularidad	22
6.3.1 Los traslados a los centros de referencia	23
6.3.2 La accesibilidad en urgencias y emergencias	26
6.3.3 La accesibilidad de las telecomunicaciones	26
Índice de tablas	29
Índice de gráficos	31
Abreviaturas, acrónimos y siglas	33

Resumen

Se describen estrategias y actuaciones llevadas a cabo por el Servicio Canario de la Salud (SCS) en 2015 para la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y, en términos globales, la sostenibilidad del sistema sanitario.

En el ámbito de la gestión económico financiera, destaca la creación del Sistema SefLogic, que integra el aplicativo Económico-Financiero del SCS y el de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Canarias, incorporando las funcionalidades de ambos aplicativos, homogeneizando procedimientos y optimizando procesos.

La implantación de la Receta Electrónica Interoperable del SNS destaca en el año 2015 en el ámbito de la actividad asistencial. En este proyecto, Canarias era, hasta el 2016, la única comunidad autorizada por el MSSSI para *emitir y dispensar* recetas interoperables, es decir, con el doble perfil emisor y receptor. Otra de las iniciativas puestas en marcha ha sido la implantación de la consulta telefónica en Atención Primaria, como un nuevo servicio, complementario a la atención presencial, mediante la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Entre las estrategias dirigidas a la Salud Pública, se incluyen la modificación de los calendarios vacunales, infantil y el sistemático del adulto, la implantación del Programa de detección precoz del VIH/VHC mediante pruebas rápidas en entornos no clínicos, mejorando la accesibilidad a la prueba de la población más vulnerable, y la puesta en marcha de la Unidad Funcional para la Equidad en Promoción de la Salud, dirigida especialmente a aquel sector excluido o en riesgo de exclusión del sistema de salud por diferentes circunstancias.

En el año 2015 se han realizado los nombramientos como personal estatutario fijo a un total de 1.275 aspirantes y se han retomado actuaciones inicialmente previstas en el Plan de Infraestructuras Sanitarias y no ejecutadas debido a la limitada disposición presupuestaria de estos últimos años, a causa de la crisis financiera. Además, se están abordando algunos proyectos de obras que pudieran ser retomados en los próximos años cuando la situación financiera lo permita.

Respecto a la accesibilidad a la atención sanitaria, se describen aquellas características diferenciales que producen dificultades a la hora de garantizar la accesibilidad a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos residentes en una comunidad autónoma fragmentada y ultraperiférica, como es Canarias, el mayor coste que supone la doble, e incluso, la triple insularidad, en los inevitables desplazamientos y en las comunicaciones, así como algunas de las soluciones organizativas que se han desarrollado para dar respuesta a estos retos.

Introducción

Debido a la persistente situación de crisis económica, el Servicio Canario de la Salud ha debido enfrentarse a un desafío de enorme complejidad: continuar prestando asistencia sanitaria a la ciudadanía canaria, con la calidad y seguridad que permiten los conocimientos y la tecnología actuales, sin que el coste que comporta acabe con la prestación pública, la lleve a su deterioro o la haga inaccesible.

De esta forma, se han adoptado medidas orientadas a mejorar la eficiencia y el control del gasto, sin menoscabo de su capacidad instalada, de la equidad en el acceso y de los resultados, como han sido: aumento de la facturación a terceros, centralización de la adquisición de medicamentos, materiales y productos sanitarios, puesta en marcha de medidas de ahorro en la actividad administrativa, puesta en marcha del Plan de eficiencia energética o programas para la mejora de la prescripción farmacéutica.

De entre las estrategias y actuaciones llevadas a cabo por el Servicio Canario de la Salud en 2015 para la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y, en términos globales, la sostenibilidad del sistema sanitario, son de destacar las que a continuación presentamos.

1 Salud Pública

1.1 Vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública

Durante el año 2015 continuaron las actividades de preparación y respuesta ante la posible introducción de casos de enfermedad por el virus Ébola en España, que habían sido iniciadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en coordinación con las comunidades autónomas, a partir de la primera notificación internacional del brote de esta enfermedad en África Occidental el 23 de marzo de 2014.

Como consecuencia del esfuerzo realizado en este tema, el Servicio de Epidemiología y Prevención, de la Dirección General de Salud Pública, fue galardonado en este año 2015 con la Medalla de Oro de Canarias, como reconocimiento a la labor profesional de este Servicio y como ejemplo de la calidad y la eficacia de la sanidad pública canaria, y por haberse constituido como un departamento clave para la gestión en el Archipiélago de incidencias relacionadas con las grandes crisis de salud pública de los últimos años: la Gripe A y el Ébola.

Asimismo, durante el 2015, mediante la Orden de 17 de agosto de 2015 (BOC nº 166, de 26 de agosto de 2015. <http://www.gobcan.es/boc/2015/166/001.html>), se consolida la adaptación en Canarias del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) a los cambios en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Estos cambios, que incrementan el número de enfermedades bajo vigilancia de 37 a 63, se introdujeron en la red de Atención Primaria (AP) a principios de 2014, con la puesta en funcionamiento de la aplicación informática de vigilancia epidemiológica REVECa que a nivel de AP funciona de forma integrada con Drago AP¹, por lo que la notificación de la EDO en este nivel asistencial tiene un alto grado de automatización.

1.2 Programa de vacunaciones

Publicación de la Orden de 20 de febrero de 2015, por la que se aprueba el Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. Mediante esta Orden se introduce la vacuna antineumocócica conjugada a los niños nacidos a partir del 1 de enero de ese año. Además, se adelantó la edad de administrar la vacuna VPH (Virus del Papiloma Humano) a niñas a los 12 años (ver web <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2015/040/002.html>).

En la misma Orden se aprueba el Calendario Vacunal Sistemático del Adulto, de la Comunidad Autónoma Canaria. Se incorpora la vacunación con dTpa (Vacuna combinada contra Difteria-Tétanos-Tosferina) a la mujer embarazada (entre la semana 28 y la 36). También se implementa la vacunación con vacuna antineumocócica conjugada 13v a adultos de edades iguales o superiores a los 18 años, con determinado perfil de riesgo, junto a la vacunación frente al VPH a las mujeres que hayan sufrido un tratamiento escisional del cuello del útero.

A finales del 2015 se iniciaron los trabajos necesarios para la inclusión de la vacuna frente a la varicela a los 15 meses de edad (nacidos a partir del 1 de enero de 2015), con una dosis de recuerdo a los tres años, y se procedió a su adjudicación. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2015/040/003.html>.

¹ Drago AP: aplicación informática desarrollada a medida para el SCS que incluye, por un lado, la Historia de Salud electrónica, centralizada y única por paciente en Atención Primaria, con un registro estructurado de todos los apartados de una historia, y, por otro, un Gestor administrativo de agendas y citas de atención primaria, conectado con los sistemas de cita telefónica centralizada, cita web y cita app; y de citas de atención hospitalaria, integrado con los aplicativos de AE.

1.3 Programas de detección precoz del VIH/VHC

- Mediante pruebas rápidas en entornos no clínicos (ONG y otras entidades) el Programa de detección precoz pretende facilitar la detección de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en grupos de población especialmente vulnerables. Entre sus objetivos destacan: mejorar la accesibilidad de la población más vulnerable a la prueba; determinar la prevalencia de la infección por VIH en la población diana y mejorar las condiciones de salud de la población del estudio. En 2015 se realizaron 577 pruebas rápidas y se detectaron 29 personas infectadas por VIH (5,0%).
- Mediante la Red Canaria de Laboratorios (RCL), el Programa también pretende fomentar las pruebas para la detección precoz del VIH en los/as usuarios/as de la RCL e incrementar el número de detecciones de VIH. En 2015 se realizaron 4.000 pruebas y se detectaron 19 personas infectadas (0,5%).
- En la Semana Europea de la prueba del VIH y Hepatitis B y C, celebrada del 20 al 27 de noviembre de 2015, se realizaron 50 pruebas rápidas de VIH y Hepatitis C en entornos no clínicos (ONG y entidades colaboradoras) a población vulnerable. No se registró ningún resultado positivo para ambas infecciones durante la citada semana.

1.4 Creación de la Unidad Funcional para la Equidad en Promoción de la Salud

El objetivo general de la nueva Unidad Funcional para la Equidad en Promoción de la Salud (UFPS) es fomentar la salud y el bienestar de la población, especialmente en aquel sector excluido o en riesgo de exclusión del Sistema de Salud por diferentes circunstancias, promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las condiciones vitales que puedan determinar la aparición de enfermedades.

Sus objetivos específicos son:

- Estudio de los principales determinantes de salud y su distribución en la población. Detección de inequidad en la distribución de los determinantes de salud.
- Diseño de estrategias específicas para abordar las inequidades detectadas en la distribución de los determinantes de salud.
- Movilización de recursos de diversa índole para afrontar los casos de inequidad en el terreno de la promoción de salud.
- Asesoramiento y supervisión, desde el enfoque de equidad, de los diferentes planes, programas y campañas desarrollados en la propia Dirección General de Salud Pública y en otras administraciones.
- Detección, captación activa, recopilación y análisis de casos de inequidad en el terreno de la promoción de salud. Colaboración con ONGs, asociaciones y población, con metodología participativa.
- Generación y difusión de directrices para evitar casos de inequidad en el terreno de la promoción de salud.
- Difusión y formación en la Guía Metodológica para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades en Salud, del MSSSI.
- Revisión, análisis, difusión y formación en toda aquella publicación o legislación que se relaciona directa o indirectamente con el abordaje desde la equidad en salud.

Para ello, se establecerán líneas de trabajo en red con técnicos relacionados de una u otra forma con la Salud Pública en las diferentes Islas, así como con otras fuerzas comunitarias tales como colectivos sociales, asociaciones de ciudadanos y ONGs.

Los diferentes casos reportados serán analizados y abordados de manera interdepartamental y se creará una base de datos con los casos de inequidad en el terreno de la promoción de Salud que hayan sido reportados.

También será función de la Unidad el diseño, emisión y promoción de directrices para prevenir casos de inequidad en el terreno de la promoción de salud, así como la difusión y formación en la Guía Metodológica para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades en Salud, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (exclusioncero@gobiernodecanarias.org).

2 Asistencia sanitaria

2.1 Implantación de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud

En abril de 2013 se inicia el Proyecto de Interoperabilidad de Receta Electrónica en el Sistema Nacional de Salud (RESNS), al cual se adhiere la Comunidad Autónoma Canaria.

Durante 2013 y 2014 se realizan los trabajos necesarios para el cumplimiento de los estándares de interoperabilidad establecidos en RESNS, tanto para el perfil emisor como receptor, en nuestra Receta Electrónica Continua (REC), en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para el desarrollo del perfil emisor fue necesaria la participación de las oficinas de farmacia, contando en todo momento con la colaboración inestimable de los colegios profesionales de farmacéuticos.

El Servicio Canario de la Salud pasó en junio de 2015 exitosamente las pruebas de certificación del MSSSI que lo acreditan para comenzar con la interoperabilidad en receta electrónica con otras comunidades autónomas, de manera que Canarias es la primera Comunidad Autónoma que puede dispensar toda la medicación que tenga disponible un paciente que provenga de otro servicio de salud; así mismo, está preparada para que la medicación prescrita a un paciente de las Islas pueda ser dispensada en otra Comunidad Autónoma en cuanto éstas estén certificadas para hacerlo. La primera comunidad autónoma con la que se puede hacer es con Extremadura, que es con la que se ha estado pilotando el proyecto.

El 7 de julio de 2015 se realizó la primera dispensación a una paciente extremeña en una oficina de farmacia de Canarias mediante la receta electrónica interoperable, siendo Canarias, hasta el 31 de diciembre de 2015, la única comunidad autorizada por el MSSSI para *emitir* y *dispensar* recetas interoperables, es decir, con el doble perfil emisor y receptor.

Del 7 de julio hasta final del año 2015 se han dispensado un total de 113 recetas: 17 en julio; 24 en agosto; 7 en septiembre; 13 en octubre; 13 en noviembre y 39 en diciembre.

2.2 Consulta telefónica en Atención Primaria

En el marco general de la Estrategia del abordaje de la Cronicidad del Servicio Canario de la Salud existen varias líneas de trabajo para desplegar un nuevo modelo de atención sanitaria que mejore la relación entre los ciudadanos y los profesionales del ámbito sanitario. Una de estas líneas es la de crear un nuevo servicio, complementario a la atención presencial, mediante la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Su fin es resolver problemas de salud y situaciones administrativas o de seguimiento mediante las consultas telefónicas. Así, los ciudadanos dispondrán de un espacio alternativo para llevar a término aquellas gestiones en que no es necesaria la visita a los centros sanitarios. Hasta el momento está implantado en 120 consultas médicas de atención primaria (10% de la Comunidad Autónoma) con un alto grado de valoración y aceptación por médicos y usuarios, considerándolo un avance en el acceso de los usuarios al sistema sanitario y como respuesta a determinados tipos de demanda. Se observa, además, que la influencia sobre la presión asistencial es positiva, al compararla con aquellas consultas que no ofertan el servicio, siendo también muy resolutiva: en diciembre de 2015, un 86,3% de los pacientes no solicitaron nueva cita con su médico de familia en los siguientes tres días a la consulta telefónica. El servicio se irá extendiendo progresivamente a lo largo del 2016 a todos los médicos de los centros de salud y, en una última fase, a otros profesionales de Atención Primaria como pediatría, matronas, enfermería y trabajo social.

Tabla 2-1 Motivos de consulta, 2015

	Enfermedad	Pruebas Diagnósticas	Trámites administrativos	Dudas medicación	Renovación tratamiento
Noviembre	358	334	161	102	67
Diciembre	435	475	203	117	112
Total	793	809	364	219	179

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud.

2.3 La Teleconsulta

Cuando un territorio está geográficamente tan fragmentado como Canarias, desde el transporte de pasajeros hasta las comunicaciones se plantean como una dificultad que no se sufre en otras regiones del país. La obligada descentralización garantiza la accesibilidad, pero a un alto coste.

Es evidente que la Comunidad Canaria ha tenido que desarrollar soluciones propias que no tienen correlación con ninguna otra región española (salvo Baleares) y que pueden servir de modelo para otros territorios archipelágicos.

Algunas de estas soluciones, puestas en marcha o consolidadas en el año 2015, están directamente relacionadas con la Telemedicina.

Proyecto de Teleconsulta entre un hospital general y su hospital de referencia.

En el año 2015 se contabilizaron unos 10.000 traslados al Hospital Universitario de Canarias (HUC) en Tenerife desde el Área de Salud de La Palma, para acceder a determinadas Especialidades no disponibles en el Hospital General de la Palma (HGLP). Cada uno de estos traslados conlleva innumerables molestias para los pacientes y, en algunos casos, acompañantes, además de un alto coste económico. El Área de Salud de La Palma destinó alrededor de 1 millón de euros, sólo en gastos de desplazamientos de sus pacientes y acompañantes.

En este contexto, las gerencias de ambos hospitales y la dirección del Área de Salud de la Palma han mostrado un interés específico de colaboración en la búsqueda de soluciones que mejorarán la calidad de los servicios de atención sanitaria, su integración y la reducción de los altos costes de las derivaciones.

La isla de la Palma ha pilotado importantes experiencias en materia de sistemas de información, algunas galardonadas con premios nacionales e innovadoras en su ámbito, como han sido la Receta Electrónica y el Visado Electrónico, desarrollados en la isla de La Palma y actualmente operativos en el 100% de centros y farmacias de la Comunidad Canaria, o el desarrollo y pilotaje de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria y Especializada.

Con este Proyecto se integran las pruebas departamentales que ambos centros poseen, radiodiagnósticas y resultados de laboratorio, la integración de procesos de gestión de admisiones así como el desplazamiento de algunas de las consultas ofrecidas por los profesionales del HUC al centro del HGLP.

La iniciativa forma parte de un acuerdo de colaboración entre Cisco, el Cabildo Insular de La Palma (Proyecto Antares) y el Servicio Canario de la Salud en la isla de la Palma, a través del uso y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Los especialistas del servicio de neurocirugía y de la unidad del dolor del Hospital Universitario de Canarias, que aglutinan cerca del 20% de los desplazamientos, han sido los primeros en utilizar el sistema, aunque está previsto que se amplíe a otras especialidades y a otros ámbitos de salud. La incorporación de esta tecnología estrecha las distancias geográficas, algo vital en un territorio fraccionado como Canarias.

Desarrollo del Proyecto

El Proyecto ha permitido conectar el Hospital General de La Palma con el Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife. Utilizando la Red como plataforma, se combinan terminales de vídeo de alta definición y sonido de alta calidad con el uso de equipos biomédicos -cámara de alta resolución, monitor de signos vitales y un fonendoscopio, por el momento- y la transmisión de datos clínicos de forma segura y sin retardos.

Gracias a la calidad del sistema, y pese a las distancias entre paciente y médico, la experiencia es similar a si ambos estuvieran frente a frente en la misma consulta.

En una primera etapa, la plataforma de salud se ha integrado con un sistema de TelePresencia de Cisco, tanto en el Hospital General de La Palma como en el Hospital Universitario de Canarias. No obstante, se podrá agregar cualquier terminal de vídeo y cualquier dispositivo móvil -portátil, tablet o smart phone- a través de las herramientas dispuestas en el Proyecto, dotando de una gran flexibilidad a la plataforma. A este sistema se interconecta electromedicina, gestionada por una aplicación encargada de transmitirla de forma identificada y con la secuencia de una consulta médica.

La puesta en marcha del Proyecto se basa en la compartición de información clínica que permita a profesionales de uno y otro hospital acceder a la información más relevante del paciente.

Nuevos procesos desarrollados para el soporte del proyecto

La ausencia de experiencias previas y la falta de documentación completa de la solución, han generado la necesidad de la protocolización y creación de documentos, tanto técnicos como operativos, que permitieran la puesta en explotación actual.

Durante la fase piloto del servicio se han realizado cerca de 100 visitas médicas con pacientes reales, quienes han evitado las molestias que implican los desplazamientos entre La Palma y Tenerife.

En definitiva, la puesta en marcha de este sistema aporta mejoras cualitativas y cuantitativas a la oferta de servicios sanitarios que actualmente existe en el Área de Salud de La Palma, acompañadas de una mejora en la eficiencia de los recursos y en una reducción de los costes económicos de los procesos.

Todos los pacientes y médicos especialistas hospitalarios que han pasado visita a través de la consulta de telemedicina han sido encuestados, ofreciendo datos significativos que refuerzan la experiencia en cuanto a la adhesión y confianza.

De los pacientes encuestados, cerca del 90% prefiere no volver a trasladarse al HUC para este tipo de consultas y lo recomendarían a otros pacientes. Supera el 85% su percepción de seguridad y confianza en las visitas realizadas y en el sistema. Obtiene un 70% de valoración *excelente*, mientras que un 27% la califica como satisfactoria.

En cuanto a los médicos, se obtienen resultados similares: el 100% confía en el sistema y se lo recomienda a otros especialistas en circunstancias similares. Refieren que no han tenido ningún problema para desarrollar normalmente su actividad y, en conclusión, su grado de satisfacción es excelente.

Una vez validada la experiencia, se plantean nuevos retos y avances en el proyecto, como pueden ser la extensión a otros servicios de interés que reúnan las condiciones necesarias para el éxito de las salas de Telemedicina (consultas no invasivas, atención que no requiera pruebas complementarias no disponibles en el HGLP durante la consulta...), como la atención domiciliaria, con la incorporación de pequeñas aplicaciones que interactúen con las plataformas dispuestas para lograr una comunicación instantánea, sin desplazamientos, y que mejore la interacción médico-paciente, y hasta la realización de sesiones clínicas entre ambos hospitales, reuniones directivas periódicas para la evaluación de los procesos conjuntos, etc.

El éxito que hasta el momento está teniendo esta experiencia se debe a la combinación de tecnología y comunicaciones con un modelo organizativo adecuado que se adapte a las nuevas soluciones y donde los facultativos y pacientes hacen uso de estos sistemas como un elemento integrado más de la cadena asistencial.

3 Infraestructuras sanitarias

Las inversiones realizadas por la Consejería de Sanidad durante los pasados años en la mejora de las infraestructuras sanitarias y en sus equipamientos, seguían las líneas que había establecido el Plan de Infraestructuras Sanitarias de Canarias 2005 – 2010.

El referido Plan permitió tanto el desarrollo y la mejora de la red de centros sanitarios de Atención Primaria, como de Especializada, temporalizando las inversiones dentro de los presupuestos de la Comunidad Autónoma en los sucesivos ejercicios presupuestarios.

Sin embargo, la limitada disposición presupuestaria de estos últimos años a causa de la crisis financiera, materializada en la incertidumbre en el techo del gasto y en la reducción de los límites del endeudamiento, imposibilitaron su completo desarrollo.

Por ello, el proceso de mejora de las infraestructuras sanitarias no se pudo continuar tal y como estaba previsto, sólo actuándose en aquellos casos en los que se ha considerado más urgente o necesario, algunos de ellos sin impacto directo sobre la atención a los pacientes, pero sí para mejorar la seguridad o el confort de los pacientes y trabajadores.

Las múltiples necesidades detectadas (de obra nueva y de renovación y actualización) para dar respuesta a nuevas prestaciones y servicios y los cambios tecnológicos derivados de la implantación de nuevas tecnologías o nueva normativa no se han abordado en su totalidad a causa de la insuficiencia presupuestaria, pero sí ha sido necesario establecer un orden de prioridades.

En esta última etapa se han retomado varias actuaciones iniciadas en años anteriores y otras nuevas que se consideraban imprescindibles para la mejora de la atención a corto y medio plazo. Además, aunque el incierto escenario económico no ha permitido establecer un nuevo Plan de inversiones al modo del anterior, sí se están abordando algunos proyectos de obras que pudieran ser retomados en los próximos años cuando la situación financiera lo permita.

Durante el año 2015 se priorizaron, acometieron y concluyeron varias obras, que calificaríamos de *obras de baja intensidad*, pero dirigidas a resolver necesidades puntuales consideradas prioritarias para los centros sanitarios afectados. Las obligaciones reconocidas en las inversiones ascendieron a 19.779.672,8 euros.

Asimismo, en el año 2015, se priorizaron y dotaron financieramente para el año 2016 y sucesivos varias obras que habían quedado suspendidas o aplazadas en las anteriores legislaturas, para lo que se incrementaron un 30,3% los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Canarias para el 2016, respecto al ejercicio anterior.

A modo de ejemplo, alguna de las actuaciones del 2015 tendrán un especial impacto en la atención sanitaria de las Islas, como ha sido el acondicionamiento de un nuevo búnker para la implantación del nuevo acelerador en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín o la licitación de las obras del nuevo edificio para el servicio de urgencias del Hospital Universitario N^o S^a de Candelaria, en Tenerife.

También ha resultado de gran trascendencia la apertura de las nuevas dependencias del Hospital del Sur de Tenerife o la puesta en servicio de nuevas áreas en el Hospital General de Fuerteventura, incluidos los nuevos bloques quirúrgico y obstétrico.

En otros casos, se han iniciado los procesos para la redacción de los nuevos proyectos que, condicionados por la disponibilidad presupuestaria, se tendrán que acometer en el futuro como es el bloque de hospitalización en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, en Gran Canaria, incluida la nueva neonatología.

4 Recursos humanos

Estabilización del personal estatutario de los centros sanitarios del Servicio Canario de la Salud, a través de la Oferta Pública de Empleo.

Desde el año 2010 se han venido desarrollando, mediante convocatoria pública de su correspondiente proceso selectivo en cada una de sus fases - oposición y concurso -, 14 convocatorias públicas para la provisión de plazas básicas vacantes de personal estatutario fijo y 97 procesos selectivos en total, asociados a las 97 categorías en las que se repartieron las plazas ofertadas. Los procesos selectivos que en previsión tenían un mayor número de aspirantes presentados se convocaron en el año 2014, dando por convocados en ese año todos los procesos de la Oferta Pública de Empleo (OPE) 2007.

En el transcurso de los seis años en que se han venido desarrollando los procesos selectivos, se ha adquirido una mayor especialización por el personal a nivel técnico, para la respuesta a los miles de recursos registrados en todas las fases de los procesos selectivos. Igualmente se ha ido asentando jurisprudencia en relación a las Bases, a la corrección de los ejercicios de la fase de oposición y en lo que respecta a la forma de baremación de la fase de concurso, lo cual ha permitido acelerar la mecánica del procedimiento - durante el año 2015- con mayor seguridad jurídica.

En cuanto a la gestión, se ha evolucionado con programas informáticos diseñados por el personal responsable y se han elaborado manuales de procedimiento de cada fase para asistencia y mayor autonomía de los tribunales.

En el año 2015 se ha producido la adjudicación de plazas de la OPE de 2007 como personal estatutario fijo con mayor celeridad, por la evolución de los procesos, así como por lo expuesto anteriormente.

Tabla 4-1 Oferta Pública de Empleo de 2007, adjudicaciones de plazas en 2015

Plazas	Nº de procesos selectivos	Plazas ofertadas	Plazas adjudicadas	Plazas desiertas	Plazas pendientes adjudicación
Facultativo especialista de Área	43	556	484	57	15
Resto de categorías	54	4.470	791	19	3.660
Total	97	5.026 (*)	1.275	76	3.675

Observaciones: (*) El número de plazas ofertadas a proceso selectivo disminuyó, de 5.097 plazas a 5.026 plazas, después de celebrados los procesos de movilidad voluntaria.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos Servicio Canario de la Salud.

5 Gestión económico-financiera: Sistema SefLogic

Consiste en la integración del aplicativo Económico-Financiero del Servicio Canario de la Salud y de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Canarias.

El Servicio Canario de la Salud operaba hasta el año 2015, en el ámbito económico-financiero y logístico con una herramienta ERP² denominada Taro, utilizada en todos sus centros sanitarios y/o administrativos.

Tabla 5-1 Funcionalidades del sistema de planificación de recursos Taro, implantado en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Funcionalidad	Descripción
LOPM	Gestión de mantenimiento de instalaciones y equipos
LOMM	Logística (aprovisionamientos y almacenes)
SDPR	Facturación a terceros
COCO	Contabilidad analítica
FIAM	Activos fijos
FITR	Tesorería
EACP	Ejecución de gastos
FIGL	Contabilidad financiera

Observaciones: El Sistema Taro ha estado funcionando hasta el año 2014.

Fuente: Dirección General de Recursos Económicos. Servicio Canario de Salud (SCS).

En el ejercicio 2015 y fruto de un proceso de integración con la herramienta corporativa del ámbito económico-financiero del resto de la Comunidad Autónoma de Canarias, se crea un nuevo sistema denominado SefLogic, que incorpora las funcionalidades del ERP denominado Taro, homogeneizando procedimientos y optimizando procesos.

Las ventajas para la Comunidad Autónoma Canaria y, en concreto, para el Servicio Canario de la Salud, son importantes, valga reseñar las siguientes:

- Unificación en los procesos de elaboración de presupuestos de la Comunidad, permitiendo una gestión más ágil y eficiente de la presupuestación por parte de los centros gestores y de la implantación de reglas de vinculación presupuestaria y límites anuales por parte de la Dirección General de Presupuestos.
- Centralización de la tesorería de la Comunidad Autónoma Canaria, lo que permite realizar una gestión más eficiente de la liquidez y de la ejecución de pagos. Entre otras cosas, favorece el cumplimiento de los plazos establecidos en la Ley de Morosidad.
- Unificación de las bases de datos de terceros acreedores y deudores.
- Unificación de los procesos de retenciones por embargos en los pagos a realizar por parte de cualquier administración de la Comunidad Autónoma Canaria.
- Centralización del registro de facturas de la Comunidad Autónoma Canaria, que ha permitido incorporar el proceso de recepción de la factura electrónica sin contratiempo alguno.

² Sistema de Planificación de Recursos Empresariales (ERP, por sus siglas en inglés, *Enterprise Resource Planning*).

Tabla 5-2 Funcionalidades del nuevo sistema integrado SefLogic, 2015

Funcionalidad	Descripción
LOPM	Gestión de mantenimiento de instalaciones y equipos
LOMM	Logística (aprovisionamientos y almacenes)
SDPR	Facturación a terceros
ZESU	Gestión de subvenciones
COCO	Contabilidad analítica
EAIN	Ejecución de ingresos
FIAM	Activos fijos
FITR	Tesorería
FITR	Tesorería centralizada
EAEL	Elaboración del presupuesto
EAEL-HE	Elaboración del presupuesto – herramienta de edición
EACP	Ejecución de gastos
BI/BO	Business Intelligence/cuadro de mandos
EACP-CONSOLA	Consola de facturas
FIGL	Contabilidad financiera

Fuente: Dirección General de Recursos Económicos. Servicio Canario de Salud (SCS).

6 La organización de la asistencia sanitaria en las islas: la accesibilidad de la población residente

La ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, establecen que el sistema sanitario debe garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio español.

Este principio de equidad adquiere una especial relevancia en la Comunidad Autónoma de Canarias, principalmente por dos razones. En primer lugar por su *insularidad*: las prestaciones sanitarias de los residentes en Canarias se cubren en un territorio fragmentado en siete islas (cada una de las cuales se corresponde con un área de salud) que tienen la condición de ultraperiferia por su alejamiento del territorio continental. Y en segundo lugar, por la condición de *doble insularidad* en la que se encuentran las cinco islas no capitalinas (La Gomera, El Hierro, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote), con respecto a las capitalinas (Tenerife y Gran Canaria).

La accesibilidad a la atención sanitaria de las personas residentes en todas las Áreas de Salud de Canarias está garantizada por una amplia red asistencial, tanto de atención primaria, atención hospitalaria, salud mental y urgencias/emergencias.

En este informe repasaremos, resumidamente, aquellas características diferenciales que producen dificultades a la hora de garantizar la accesibilidad a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos residentes. Del mismo modo, se exponen algunas de las soluciones organizativas que se han desarrollado para dar respuesta a estos retos.

6.1 El mapa sanitario de las Islas Canarias y su dispersión poblacional

Para efectuar una primera aproximación a la red asistencial, es de utilidad consultar el Mapa de Centros Sanitarios del Servicio Canario de la Salud disponible en la página web del organismo: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tematica.jsp?idCarpeta=0e4cf08e-a6f0-11e0-a6f1-d5c39b10ecae>.

En este mapa están geolocalizados 9 centros hospitalarios, 108 centros de salud, 155 consultorios locales, 14 centros ambulatorios de especialidades y 76 puntos de atención a las urgencias extrahospitalarias.

Además, el SCS dispone de una red de atención a la salud mental específica que también puede consultarse en la citada página web:

(<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa.jsp?idDocument=412b7226-1f02-11e5-bfb0-bdcd7104fbae&idCarpeta=0e4cf08e-a6f0-11e0-a6f1-d5c39b10ecae>).

A pesar de tratarse de un territorio reducido en extensión, la orografía de las islas genera una gran cantidad de núcleos poblacionales dispersos a los que hay que dar respuesta asistencial, circunstancia a la que se añade la condición de archipiélago alejado del territorio peninsular.

6.2 La distribución poblacional

Tabla 6-1 Número de tarjetas sanitarias individuales y número de habitantes en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015

Áreas de Salud / Islas	Nº de TSI adscritas	Población
Tenerife	825.428	888.184
Gran Canaria	794.151	847.830
La Palma	73.487	82.346
La Gomera	16.229	20.783
El Hierro	8.981	10.587
Lanzarote	132.081	143.209
Fuerteventura	94.469	107.367

Fuente: Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Instituto Canario de Estadística (ISTAC), población a 1 de enero de 2015.

Las dos islas capitalinas (Tenerife y Gran Canaria) concentran 1.736.014 habitantes, lo que supone casi el 83% de la población total de la Comunidad Autónoma.

6.3 El coste de la doble insularidad

Las islas no capitalinas son cinco y, aunque conjuntamente sólo suponen el 16,8% de las Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) totales de la Comunidad Autónoma, en todas ellas es necesario mantener una infraestructura sanitaria que dé respuesta a los problemas de salud más frecuentes. Así, por ejemplo, en los casos de El Hierro y La Gomera, debe funcionar un hospital para una población de referencia de 8.912 TSI (10.587 hab.) y 16.308 TSI (20.783 hab.), respectivamente.

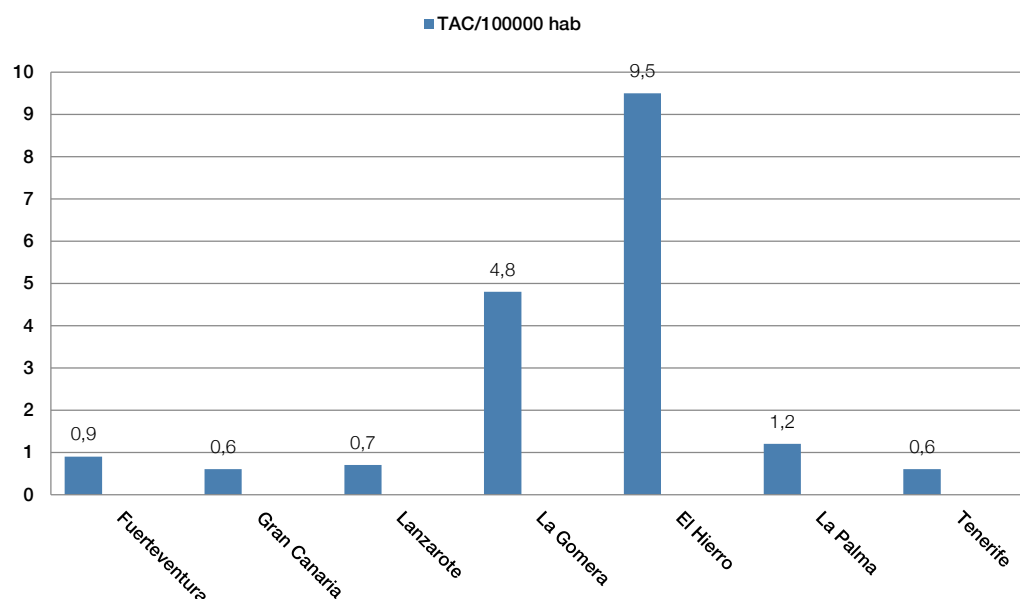
Tabla 6-2 Número de hospitales y camas. Ratio por habitantes en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015

Área de Salud / Islas	Población	Nº de hospitales	Nº de camas	Hospitales/100.000 hab.	Camas/1.000 hab.
Tenerife	888.184	2	1.736	0,2	2,0
Gran Canaria	847.830	2	1.747	0,2	2,1
La Palma	82.346	1	198	1,2	2,4
La Gomera	20.783	1	40	4,8	1,9
El Hierro	10.587	1	32	9,5	3,0
Lanzarote	143.209	1	290	0,7	2,0
Fuerteventura	107.367	1	121	0,9	1,1
Total	2.100.306	9	4.164	0,4	2,0

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31 de diciembre de 2015). Instituto Canario de Estadística (ISTAC), población a 1 de enero de 2015.

Esta situación de ultraperiferia que sufren especialmente las islas de La Gomera y El Hierro, para las que incluso, junto con La Graciosa, se utiliza el término de *triple insularidad*, se traduce en una sobreoferta de determinados equipamientos tecnológicos, como puede ser la Tomografía Axial Computarizada (TAC).

Gráfico 6-1 Ratio por 100.000 habitantes de Tomografía Axial Computerizada, 2015



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31 de diciembre de 2015). Instituto Canario de Estadística (ISTAC), población a 1 de enero de 2015.

Evidentemente, esta sobreoferta provoca el incremento del coste de su prestación y mantenimiento.

Tabla 6-3 Número total y ratio por 10.000 habitantes de centros de salud, consultorios locales y puntos de atención urgente en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015

Áreas de Salud / Islas	CS	CL	PAU	CS/10.000 hab.	CL/10.000 hab.	PAU/ 10.000 hab.
Tenerife	40	58	24	0,5	6,5	0,3
Gran Canaria	40	54	31	0,5	6,4	0,4
La Palma	9	9	6	1,1	10,9	0,7
La Gomera	5	10	5	2,4	48,1	2,4
El Hierro	2	4	2	1,9	37,8	1,9
Lanzarote	6	9	4	0,4	6,3	0,3
Fuerteventura	6	11	4	0,6	10,3	0,4
Total	108	155	76	0,5	7,4	0,4

Observaciones: Centros de Salud (CS); Consultorios Locales (CL); Puntos de Atención Urgente (PAU).

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31 de diciembre de 2015).

Instituto Canario de Estadística (ISTAC), población a 1 de enero de 2015.

6.3.1 Los traslados a los centros de referencia

Uno de los factores decisivos a la hora de planificar la ordenación sanitaria de Canarias es la insularidad. El Decreto 63/1987, de 24 de abril, sobre la delimitación de áreas de salud, tiene un tratamiento especial para Canarias, ya que considera como tales a cada una de las islas, a pesar de no contar las no capitalinas con los índices de población previstos por la Ley General de Sanidad (artículo 56.6). Sin embargo, no es sostenible el mantenimiento de determinadas especialidades

en estas Áreas, por su escaso volumen de actividad o por su alta especialización, sino que son sus hospitales de referencia quienes las ofrecen.

Los cuatro grandes complejos hospitalarios de referencia se concentran en las islas de Tenerife (Hospital Universitario N^o S^o de Candelaria y Hospital Universitario de Canarias) y Gran Canaria (Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, integrado este último por el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias).

Estos hospitales, además de para las islas de Tenerife y Gran Canaria, son referencia para las islas no capitalinas, tanto a efectos de urgencia y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dichas Áreas.

Tabla 6-4 Hospitales de referencia de las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015

Áreas de Salud/Islas	Hospital de referencia
La Palma	Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife
Lanzarote	Hospital Universitario de Gran Canaria, Dr. Negrín
Fuerteventura	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
La Gomera	Hospital Universitario N ^o S ^o de Candelaria
El Hierro	Hospital Universitario N ^o S ^o de Candelaria

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Asimismo, el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias es referencia para todas las áreas de salud en asistencia pediátrica.

Para acudir a uno de estos Hospitales de referencia desde una isla distinta a aquella en la que se encuentra ubicado, el paciente debe superar unas barreras geográficas que complican y encarecen este viaje, ya que no solamente genera gastos de alojamiento/manutención, sino que debe trasladarse con su acompañante en avión o barco a la isla correspondiente, con un sobre coste considerable.

En el Decreto 173/2009, de 29 de diciembre (BOC, n^o4, de 8 de enero de 2010) (Ver web <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2010/004/>), vienen reguladas las compensaciones por alojamiento, manutención y desplazamiento en transporte no concertado, de los pacientes atendidos por el Servicio Canario de la Salud y de sus acompañantes, de forma que la situación geográfica del archipiélago canario no suponga discriminación alguna para sus habitantes en el acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, en la Instrucción 20/2013 de la Directora del SCS en la que vienen establecidos los criterios para la aplicación de este Decreto, se fomenta la formalización de acuerdos comerciales entre el Servicio Canario de la Salud y las compañías que presten los servicios de transporte, así como la contratación centralizada de los desplazamientos desde el aeropuerto o puerto de destino (ida y vuelta) hasta los centros sanitarios.

Asimismo, el Servicio Canario de la Salud, mediante un Acuerdo de Colaboración con la Cruz Roja Española, cuenta con un Programa de Acogida a Pacientes desplazados, para dar respuesta a las necesidades de alojamiento de aquellos pacientes y acompañantes que deban trasladarse a centros hospitalarios fuera de su isla de residencia, para recibir asistencia sanitaria en las islas de Tenerife o Gran Canaria y/o Madrid.

A partir de la concesión de una subvención nominada del SCS, Cruz Roja Española tiene contratados en régimen de alquiler un total de 14 viviendas (6 en Santa Cruz de Tenerife, 7 en Las Palmas de Gran Canaria y 1 piso en Madrid), ubicados en zonas cercanas a los hospitales de mayor frecuentación, para ser utilizados por los pacientes y acompañantes. Son gestionadas y coordinadas de forma integral por las oficinas provinciales de Cruz Roja y la Oficina Autónoma en Canarias, para el caso del alojamiento en Madrid.

Igualmente, se concede una subvención nominada a favor de la Asociación Corazón y Vida de Tenerife para financiar el proyecto *Alojamiento*, cuyo objetivo general es conseguir los

recursos económicos necesarios para mejorar la atención a las necesidades básicas de las familias con afectados por cardiopatía u otras patologías, que deban ser trasladados a Madrid o Gran Canaria para ser atendidos en los centros hospitalarios de referencia.

El objetivo principal es dar alojamiento y apoyo a las familias de afectados, tanto en Madrid como en Gran Canaria. Esta Asociación dispone para ello de 1 piso en Madrid y otro en Gran Canaria, así como de personal de apoyo que está en contacto continuo con los afectados.

Tabla 6-5 Número de desplazamientos interinsulares y sus costes, 2015

Áreas de Salud / Islas	Número pacientes	Número desplazamiento	Coste* euros pasajes	Coste * euros alojamiento	Coste* euros manutención
El Hierro	1.746	4.787	343.349,6	3.558,7	47.444,0
Fuerteventura	4.958	13.619	1.330.035,6	38.589,0	118.968,0
Gran Canaria	285	995	92.061,4	39.141,8	45.564,0
La Gomera	2.480	6.601	261.396,0	11.303,2	54.880,0
La Palma	4.306	12.401	1.162.460,2	89.121,3	199.184,0
Lanzarote	5.582	16.811	1.834.439,3	61.226,4	171.560,0
Tenerife	254	589	88.060,4	17.447,3	29.552,0
Total	19.611	55.803	5.111.802,5	260.387,7	667.152,0

Observaciones: (*) Pacientes y acompañantes.

Fuente: Dirección General de Recursos Económicos. Servicio Canario de la Salud.

En el año 2015 fueron 19.611 los pacientes que tuvieron que viajar desde las Áreas de Salud no capitalinas a los Hospitales de referencia en Tenerife y Gran Canaria, dando lugar a un total de 55.803 desplazamientos.

El coste en billetes de avión/barco generado por el desplazamiento interinsular de los pacientes residentes en Canarias y sus acompañantes, fue de 5.111.802,5 euros en el año 2015, y en ese mismo periodo se abonaron 260.387,7 euros por el alojamiento y 667.152 euros por gastos de manutención.

Durante el año 2015, el coste del servicio de transporte puesto a disposición de los pacientes desplazados y sus acompañantes, desde los aeropuertos de destino a los hospitales de referencia, fue de 2.250 euros.

En lo que se refiere a los desplazamientos a centros de referencia en otras comunidades autónomas, 1.213 pacientes realizaron 2.757 traslados a la península en el año 2015, con un coste para el SCS de 2.582.735,6 euros.

Tabla 6-6 Número de desplazamientos a la Península y sus costes, 2015

Áreas de Salud / Islas	Numero pacientes	Numero desplazamiento	Coste* euros pasajes	Coste * euros alojamiento	Coste * euros manutención
El Hierro	7	38	10.069,1	2.783,5	3.700,0
Fuerteventura	47	164	56.061,2	13.124,6	26.240,0
Gran Canaria	541	1.104	501.352,8	252.952,4	436.780,0
La Gomera	4	6	11.652,0	3.930,0	13.080,0
La Palma	54	115	68.275,1	10.518,7	15.840,0
Lanzarote	111	275	167.187,0	21.746,1	28.816,0
Tenerife	449	1.055	501.133,0	162.414,2	275.080,0
Total	1.213	2.757	1.315.730,3	467.469,4	799.536,0

Observaciones: (*) Pacientes y acompañantes.

Fuente: Dirección General de Recursos Económicos. Servicio Canario de la Salud.

En el año 2015 la subvención nominada a favor de Cruz Roja Española, para el *Programa de acogida a pacientes desplazados*, fue de 468.369 euros.

Igualmente, la subvención nominada a favor de la Asociación Corazón y Vida, para el proyecto *Alojamiento*, fue de 20.000 euros en el año 2015.

6.3.2 La accesibilidad en urgencias y emergencias

En Canarias, el transporte sanitario se gestiona a través de la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GCS). En GCS se integran el Servicio de Urgencias Canario (SUC) y el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES).

A lo largo de 2015, el Servicio de Urgencias Canario dio respuesta a 299.718 incidentes de índole sanitaria, de los cuales el 78,1% (233.989 incidentes) necesitaron la movilización de algún recurso: ambulancias de soporte vital avanzado, sanitizado y básico; vehículos de intervención rápida; vehículos de asistencia médica, así como los dos helicópteros medicalizados y el avión medicalizado.

En el año 2015 los helicópteros medicalizados fueron activados en 766 ocasiones, 77 para emergencias sanitarias (servicios primarios) y 689 ocasiones para transportes entre centros hospitalarios.

En lo que se refiere al avión medicalizado, se llevaron a cabo 405 vuelos interinsulares para la evacuación de 560 pacientes entre las islas, y 38 traslados entre las islas y la península.

El coste de los 2 helicópteros en el año 2015 fue aproximadamente de 2,8 millones de euros, mientras que el avión medicalizado supuso un coste aproximado de 1,6 millones de euros.

6.3.3 La accesibilidad de las telecomunicaciones

La Comunidad Canaria es la octava autonomía de España según su población y la más fragmentada físicamente. A estos datos hay que añadir que la distancia que separa a la Comunidad Autónoma de la Península Ibérica es de más de 1.000 kilómetros.

Dentro de este contexto, el Servicio Canario de la Salud ha tenido que realizar un esfuerzo importante para el despliegue de los diferentes sistemas de información, que dan cobertura a los profesionales en la asistencia al paciente, teniendo como principal premisa que los hospitales de Canarias sigan funcionando, independientemente de un problema en las infraestructuras extrahospitalarias, principalmente en las comunicaciones.

Esto hace que muchos de los principales sistemas de información utilizados en los centros hospitalarios estén distribuidos intentando disminuir la dependencia de las comunicaciones, como pueden ser: los sistemas de gestión hospitalaria, historia clínica electrónica de atención especializada, o los sistemas departamentales de laboratorio o radiología.

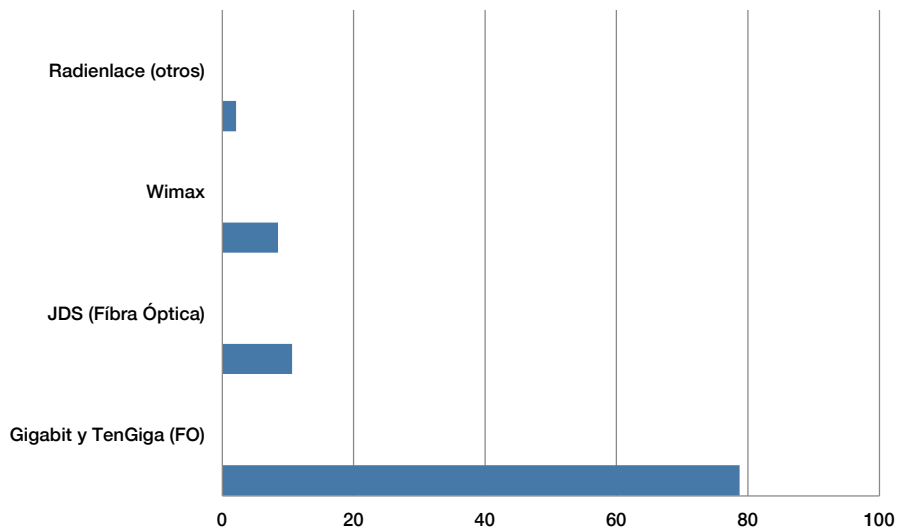
Por otra parte, los sistemas de atención al paciente en Atención Primaria como pueden ser el Sistema de Administración de los Centros de Primaria, la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria o la Receta Electrónica Continua, así como otros sistemas corporativos como Tarjeta Sanitaria, la gestión de prestaciones sanitarias, el sistema de gestión de conciertos hospitalarios o los sistemas de inspección y visado, se encuentran centralizados, lo que convierte a las comunicaciones en un *factor clave* para el buen funcionamiento del sistema sanitario en Canarias.

Para dar cobertura a este territorio, los casi 300 centros del SCS (hospitales, centros de salud, consultorios locales, centros de atención especializada, direcciones de área de salud y demás edificios administrativos y de atención al ciudadano) están interconectados a través de una red de datos compuesta por centros que poseen líneas alquiladas a operadores de telecomunicaciones (sobre los 250 centros) y una red de alta capacidad propiedad del Gobierno de Canarias (sobre los 50 centros).

Los centros conectados por Fibra Óptica (JDS) y gran parte de los centros conectados con una red Gigabit están siendo migrados a tecnología TenGiga.

En la gráfica siguiente se puede apreciar la segmentación de centros por tipo de conexión.

Gráfico 6-2 Red propia del Gobierno de Canarias, segmentación de centros por tipo de conexión, 2015

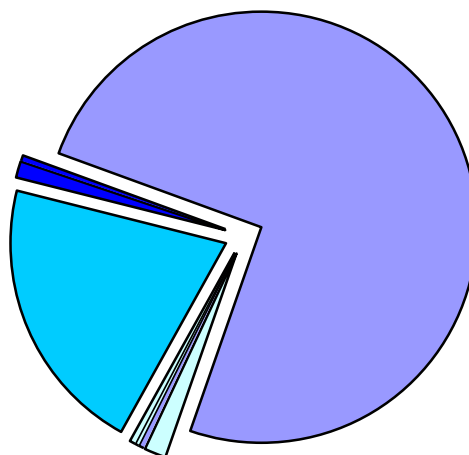


Fuente: Secretaría General. Servicio Canario de la Salud.

Además de esto, la red del Gobierno de Canarias entre las provincias de Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas está interconectada a través de varias fibras redundantes de cable submarino, con un ancho de banda de 40Gbps.

Gráfico 6-3 Líneas alquiladas a proveedores de telecomunicaciones, segmentación de centros por tipo de conexión, 2015

- MetroLan (Fibra Óptica) 74,7%
- MetroLan (Cobre) 0,4%
- ADSL Minorista 0,4%
- ADSL2+ VPN-IP H&S 1,2%
- MetroLan Hospital (Fibra Óptica) 1,6%
- MetroLan (Híbrida Radio) 0,3%
- ADSL VPN-IP H&S 20,8%
- RDSI 0,4%



Fuente: Secretaría General. Servicio Canario de la Salud.

Ante cualquier problema de disponibilidad del cable submarino, existe un radioenlace de backup. Este radioenlace es de menor ancho de banda que el citado cable submarino, pero está preparado para contingencias en las que se puede priorizar el tráfico sanitario.

Por otra parte, el SCS posee una conexión dedicada con el Ministerio de Sanidad, para el intercambio de datos en todo lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud. Técnicamente está compuesta por dos líneas, una MacroLan y una Frame Relay de backup.

Por otra parte, cabe destacar que en el año 2011 se comenzó a trabajar con Red.es para proveer a los nueve hospitales del Servicio Canario de la Salud de conexión WiFi en las áreas de hospitalización y urgencias, dentro del marco de la historia clínica. Este proyecto ha ido creciendo y en la actualidad se cuenta con un parque superior a los 550 puntos de acceso WiFi instalados.

Además están los servicios prestados a través de redes WiFi con fines asistenciales, de electro-medicina y propios para el desempeño del trabajo por parte del personal del hospital. En octubre de 2015 se comenzó a prestar en todos los hospitales acceso a Internet para pacientes y visitas, gracias a esta infraestructura.

Actualmente, en varios hospitales, se está procediendo a ampliar esta red WiFi a zonas de consultas médicas y a otras áreas que no fueron contempladas dentro del primer proyecto de historia clínica.

Cuando un territorio está geográficamente tan fragmentado como Canarias, desde el transporte de pasajeros hasta las comunicaciones se plantean como una dificultad que no se sufre en otras regiones del país. La obligada descentralización garantiza la accesibilidad, pero a un alto coste.

Es evidente que la Comunidad Canaria ha tenido que desarrollar soluciones propias que no tienen correlación con ninguna otra región española (salvo Baleares) y que pueden servir de modelo para otros territorios archipelágicos.

Algunas de estas soluciones, puestas en marcha o consolidadas en el año 2015, están directamente relacionadas con la Telemedicina.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Motivos de consulta, 2015	12
Tabla 4-1	Oferta Pública de Empleo de 2007, adjudicaciones de plazas en 2015	17
Tabla 5-1	Funcionalidades del sistema de planificación de recursos Taro, implantado en la Comunidad Autónoma de Canarias.	19
Tabla 5-2	Funcionalidades del nuevo sistema integrado SefLogic, 2015	20
Tabla 6-1	Número de tarjetas sanitarias individuales y número de habitantes en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015	22
Tabla 6-2	Número de hospitales y camas. Ratio por habitantes en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015	22
Tabla 6-3	Número total y ratio por 10.000 habitantes de centros de salud, consultorios locales y puntos de atención urgente en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015	23
Tabla 6-4	Hospitales de referencia de las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015	24
Tabla 6-5	Número de desplazamientos interinsulares y sus costes, 2015	25
Tabla 6-6	Número de desplazamientos a la Península y sus costes, 2015	25

Índice de gráficos

Gráfico 6-1	Ratio por 100.000 habitantes de Tomografía Axial Computerizada, 2015	23
Gráfico 6-2	Red propia del Gobierno de Canarias, segmentación de centros por tipo de conexión, 2015	27
Gráfico 6-3	Líneas alquiladas a proveedores de telecomunicaciones, segmentación de centros por tipo de conexión, 2015	27

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
ASLP	Área de Salud de La Palma

C

CECOES	Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad
CISCO	Plataforma de Tele Presencia
CL	Consultorio Local
CS	Centro de Salud

D

Drago AP	Aplicación informática desarrollada a medida para el Servicio Canario de Salud
dTpa (Vacuna)	Vacuna combinada contra Difteria-Tétanos-Tosferina

E

EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
ERP	<i>Sistemas de Planificación de Recursos Empresariales</i> (Enterprise Resource Planning)

F

FO	Fibra Óptica
----	--------------

G

GSC	Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad de Canarias
-----	--

H

Hab.	Habitantes
HGLP	Hospital General de La Palma
HUC	Hospital Universitario de Canarias

I

IET	Instituto de Estudios Turísticos
ISTAC	Instituto Canario de Estadística

M

MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
-------	--

O

ONG	Organización No Gubernamental
OPE	Oferta Pública de Empleo

P

PAU	Punto de Atención Urgente
-----	---------------------------

R

RCL	Red Canaria de Laboratorios
REC	Receta Electrónica Continua
RESNS	Receta Electrónica en el Sistema Nacional de Salud
REVECA	Aplicación informática de vigilancia epidemiológica

S

SCS	Servicio Canario de la Salud
SefLogic	Sistema que integra el aplicativo económico-financiero del SCS y el de la Administración General de la Comunidad autónoma de Canarias
SUC	Servicio de Urgencias Canario

T

TAC	Tomografía Axial Computarizada
Taro	Sistema de planificación económico-financiero y logístico que utiliza una herramienta ERP
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

U

UFPS	Unidad Funcional para la Equidad en Promoción de la Salud
------	---

V

VPH	Virus Papiloma Humano
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
VHC	Virus de la Hepatitis C

W

Wimax	<i>Worldwide Interoperability for Microwave Access</i> (Interoperabilidad para el Acceso a Microdatos). Transmisión de datos usando microondas de radio
-------	---

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Cantabria



Índice

Resumen	3
Introducción	5
1 Asistencia sanitaria	7
1.1 Lucha contra la desigualdad	7
1.2 Búsqueda de la calidad en la atención sanitaria	7
1.2.1 Grupo de trabajo de coordinación entre los sistemas sanitario y social	7
1.2.2 Potenciación de la atención primaria de salud	7
1.2.3 Regulación de requisitos de centros, servicios y establecimientos sanitarios	8
1.2.4 Registro de profesionales	8
1.2.5 Calidad y seguridad del paciente	8
1.3 Proyecto de mejora de la asistencia a la cronicidad	9
1.3.1 Rutas asistenciales	9
1.3.2 Estratificación de la población de Cantabria por grupos de morbilidad asistida	10
1.4 Tecnologías y sistemas de información	11
2 Infraestructuras sanitarias	13
3 Recursos humanos	15
4 Gestión económico-financiera	17
5 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	19
5.1 Convenio de colaboración para la prestación de la atención sanitaria en las zonas limítrofes de la Comunidades Autónomas de Cantabria y del País Vasco	19
5.2 Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de Cantabria sobre trasplante	20
5.3 Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, para coordinación de asistencia de urgencias en zonas limítrofes	22
5.4 Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias para la utilización del centro hiperbárico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	23
5.5 Acuerdo verbal de las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria	24
Índice de tablas	25
Índice de gráficos	27
Abreviaturas, acrónimos y siglas	29

Resumen

El anexo correspondiente a Cantabria del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 especifica las tres líneas estratégicas de actuación que han sido definidas por la Consejería de Sanidad como prioritarias en la presente legislatura, y avanza en las principales actuaciones que han sido promovidas en el año 2015, para su implantación.

A continuación, de manera no exhaustiva, se resumen las principales actuaciones desarrolladas, en dicho periodo, en las áreas de: Asistencia sanitaria (Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019, rutas asistenciales, tecnologías y sistemas de información y comunicación, historia clínica electrónica, receta electrónica, calidad asistencial); Infraestructuras sanitarias (destacando la finalización de las obras del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, la construcción de dos nuevos centros de salud y un consultorio rural); Recursos humanos (acuerdos de la mesa sectorial y decretos y órdenes promulgados); Gestión económico-financiera (destacando la implantación del Sistema Integrado de Facturación de Asistencia Sanitaria), y, por último, el tema monográfico de la Organización de la Asistencia Sanitaria en Zonas Limítrofes de Cantabria, destacando los convenios firmados y acuerdos de colaboración para asistencia sanitaria con el País Vasco, Asturias y Castilla y León, que garantizan la calidad de la asistencia a recibir por los ciudadanos, redundando en mejoras de dichas zonas limítrofes. Con la informatización de las historias clínicas se hace necesario trabajar en la interoperabilidad. Desde la implantación del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) y el registro de desplazados, creemos que la asistencia está garantizada en cualquier caso, según lo dispuesto en el art. 4.c de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS 16/2003, de 28 de mayo. No obstante estimamos conveniente poder compensar vía FOGA las asistencias que reciban continuamente estos usuarios, bien como desplazados de larga duración, o bien por asistencia prestada.

Introducción

Tres líneas estratégicas de actuación han sido marcadas por la Consejería de Sanidad ante el Parlamento de Cantabria, en junio de 2015, como pilares de actuación en la actual legislatura:

- Lucha contra la desigualdad.
- Búsqueda de la calidad en la atención sanitaria.
- Atención a la cronicidad.

1 Asistencia sanitaria

1.1 Lucha contra la desigualdad

Su objetivo es abordar los determinantes económicos, sociales, de género, laborales y ambientales que causan desigualdades en salud.

- En esta línea de actuación, el Boletín Oficial de Cantabria publicó la Orden SAN/38/2015, de 7 de agosto, por la que se regula la *inclusión en el sistema sanitario público de Cantabria de las personas residentes en la Comunidad Autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública*.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=290584>).
- Se creó la *Comisión de Seguimiento* de la aplicación de esta Orden, con la participación en su composición de las entidades representativas de los ciudadanos en exclusión sanitaria, o en riesgo de padecerla.
- La Consejería de Sanidad dictó la instrucción para emisión de *Tarjetas A*, consciente de que ciertas patologías llevan aparejados síntomas o signos que dificultan a los pacientes que las sufren la relación con el medio o con las personas encargadas de su atención. Si bien el acompañamiento es un derecho ya reconocido, la accesibilidad, la espera para la atención, el confort e incluso la posibilidad de que el paciente consienta en realizarse determinadas pruebas o exploraciones, están condicionados por la existencia previa de una recepción adecuada al paciente, que tenga en cuenta su problema médico y conductual y reduzca los tiempos de espera en su acceso a consultas, pruebas diagnósticas o atención de urgencias.

1.2 Búsqueda de la calidad en la atención sanitaria

1.2.1 Grupo de trabajo de coordinación entre los sistemas sanitario y social

Se ha creado para mejorar la calidad de la atención a los ciudadanos con disminución de autonomía o situación de dependencia que utilizan de manera alterna o simultánea ambos sistemas. Con ello, se pretende coordinar las necesidades de atención sanitaria y social en cada nivel o situación del ciudadano, manteniendo a la persona en su entorno habitual a través de los apoyos domiciliarios adecuados, con progresividad de la intensidad de los servicios de apoyo y propiciando la libre determinación de las personas. Esto se relaciona necesariamente con otros objetivos y actuaciones, que buscan de igual manera la calidad en la atención sanitaria.

1.2.2 Potenciación de la atención primaria de salud

La Atención Primaria (AP) debe liderar la coordinación de los servicios sanitarios, sociales y de salud pública, facilitando que los ciudadanos circulen de una manera fluida por los diferentes niveles asistenciales, según sus necesidades.

1.2.3 Regulación de requisitos de centros, servicios y establecimientos sanitarios

Elaboración y puesta en vigor de normativa específica que regule la actividad sanitaria en sus diferentes centros y servicios, especialmente en lo referido a centros sin internamiento. El desarrollo reglamentario que ya existe en la Comunidad, permite avanzar en la autorización y registro de esos centros y servicios sanitarios.

1.2.4 Registro de profesionales

Desarrollo de las actuaciones necesarias, de tipo administrativo y técnico, que dé cumplimiento a lo acordado en el Consejo Interterritorial del SNS para la creación e implantación del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

1.2.5 Calidad y seguridad del paciente

Se han revisado las derivaciones y peticiones de pruebas en los servicios de imagen y de laboratorio, para permitir igual capacidad de resolución diagnóstica en atención primaria y en atención hospitalaria. La petición de pruebas queda sujeta únicamente a protocolos comunes de adecuación en la solicitud.

En el Servicio Cántabro de Salud, la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial es la responsable de la Estrategia de Calidad y Seguridad del Paciente. La mayor parte de las iniciativas se alinean con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, desarrollada desde el año 2005, que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones.

Desde el Área de Calidad y Seguridad del Paciente, se promueve la mejora en la calidad de la asistencia sanitaria y la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria. Como ejemplos, se participa en la estructura nacional de SiNASP, un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos que facilita aprender de los errores. Se coordinan diferentes Grupos de Mejora: Higiene de Manos, Certificación de Centrales de Esterilización, Resistencia Zero, Catéteres Vasculares, Acogida a Usuarios e Identificación Inequívoca; y se impulsan iniciativas de Prácticas Seguras (ulceras por presión, manejo del dolor crónico, uso prudente de antibióticos).

Se trata de impregnar a toda la organización del Servicio Cántabro de Salud de una cultura de seguridad, desde la atención primaria a la hospitalaria. Y con este objetivo básico, desarrollar proyectos focalizados en los bloques quirúrgicos (Cirugía Segura e Infección Localizada Quirúrgica Zero) con modelos basados en las experiencias Zero implementadas en las UCIs desde el año 2008 y en un paquete estandarizado de medidas con un Programa de Seguridad Integral, coordinado por grupos propios de los hospitales implicados con un seguimiento por parte del Servicio Cántabro de Salud a modo de enlace con el MSSSI.

Mediante la Orden SAN/17/2011 de 19 de mayo se crearon y regularon los Comités de Seguridad del Paciente y Gestión de los Riesgos de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Durante 2015 el Servicio Cántabro de Salud ha retomado este proyecto para su desarrollo e implantación, iniciándose los trámites para su puesta en funcionamiento.

Por otra parte, se destacan dos proyectos de futuro:

- Uso seguro de radiaciones ionizantes
- Un Plan Autonómico de prevención y manejo de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

En ambos casos desde el Área de Calidad se coordina a los diferentes estamentos implicados: atención primaria, hospitales, subdirección de asistencia sanitaria y organismos encargados de prestaciones sociales, entre otros.

1.3 Proyecto de mejora de la asistencia a la cronicidad

El Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, instrumento de planificación que marca las líneas maestras que orientan la Sanidad en Cantabria, recoge la necesidad de abordar un modelo de atención a las personas aquejadas de patologías crónicas, modelo que se presenta en 2015 con la edición y presentación del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019.

La cronicidad, en una población progresivamente envejecida, es un factor distintivo en los problemas de salud que hoy en día afectan a los ciudadanos, razón por la cual, la asistencia sanitaria, tanto hospitalaria como de atención primaria, tiene que girar sobre ella. La cronicidad es entendida como el principal desafío de los sistemas sanitarios y la puesta en marcha de la estrategia para atenderla es una clara prioridad.

Así pues, la puesta en marcha del Plan de Atención a la Cronicidad 2015-2019 es una de las principales tareas que acomete la Consejería de Sanidad.

<http://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-atencion-a-la-cronicidad-2015-2019>.

Para ello, durante el 2015 y como actuaciones previas, se han organizado unas Jornadas sobre cronicidad y se ha procedido a la ESTRATIFICACIÓN de la población en Cantabria por grupos de morbilidad ajustada y áreas sanitarias. Se han redefinido los indicadores de evaluación del Plan, que se ha reestructurado en seis líneas de actuación:

- Adopción de un enfoque poblacional.
- Garantizar la continuidad e integración asistencial.
- Paciente responsable y autónomo, potenciación del papel activo del ciudadano.
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Intervenciones adaptadas a las necesidades y prioridades del paciente y la eficiencia del sistema.
- Innovación en cronicidad.

A finales de 2015 y con el fin de iniciar en algunos casos y dinamizar en otros, la implantación de las diferentes actividades y tareas que dan respuesta a los objetivos del Plan, se define una estrategia con las seis líneas antedichas, que se hacen operativas mediante 13 intervenciones o proyectos:

1. Ruta del paciente crónico.
2. Programa de cuidado responsable.
3. Intervenciones de prevención y promoción.
4. Estratificación de la población.
5. Historia clínica electrónica.
6. Nuevas tareas/competencias profesionales.
7. Alternativas a la hospitalización tradicional.
8. Coordinación con servicios sociales.
9. Compromiso de gestión.
10. Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs).
11. Receta electrónica.
12. Orientación a la cronicidad.
13. Oficina de cronicidad.

1.3.1 Rutas asistenciales

Con el objetivo de crear un instrumento para la continuidad del cuidado y manejo clínico del paciente con patologías crónicas de forma coordinada entre ambos ámbitos asistenciales de atención primaria y hospitalaria, en condiciones de igualdad en todo el territorio de Cantabria, se ha trabajado en la realización de rutas asistenciales como son:

- La Ruta de la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC)
Realizada en el año 2014, incide en aspectos de captación, manejo clínico y terapéutico y de coordinación, en el año 2015 está implantada al 100% en todas las Zonas Básicas de Salud (ZBS).

- La Ruta de la Fibrilación Auricular (FA)
Permite la identificación de los pacientes portadores de FA y establecer la estratificación de su riesgo embólico, en función del cual se pautará tratamiento anticoagulante. Además posibilita el acceso a prestaciones no accesibles hasta ese momento a los profesionales de atención primaria de salud, como son:
- La prescripción por parte de los profesionales de atención primaria de los fármacos anticoagulantes de acción directa.
- El acceso a la solicitud directa de ecocardiografía.
- Durante el año 2015 se ha implementado la ruta en 14 ZBS, (el 37% de las ZBS) realizándose de forma gradual, comenzando en centros piloto en cada área de salud, acompañándose de una evaluación periódica, para posteriormente continuar su extensión.
- La Vía clínica de la Insuficiencia Cardíaca
Su elaboración comienza en octubre de 2015 y en ella intervienen médicos de atención primaria, cardiólogos, internistas, así como profesionales de enfermería de todas las áreas y en la que se cuenta con colaboraciones puntuales de otros profesionales, en función de sus áreas de conocimiento.
- Mejora de la atención al paciente ostomizado
Durante el año 2015 y tras la realización de un trabajo previo de un grupo de profesionales de enfermería expertos en la atención a los pacientes ostomizados se materializa un Plan de mejora de la Atención a los pacientes Ostomizados en el Servicio Cántabro de Salud (SCS). Este plan incluye:
 - El establecimiento de profesionales de referencia en ostomía en todas las áreas sanitarias, mediante la creación de consultas de ostomaterapia en todos los hospitales del SCS.
 - Elaboración de material divulgativo para pacientes y profesionales.
 - Organización de la asistencia basándose en la evidencia de buenas prácticas y adaptándose a las necesidades y características de cada centro.
 - Definición de criterios de actuación comunes para las consultas preoperatorias y de pacientes ostomizados.
 - Realización de talleres dirigidos a profesionales de atención primaria del área sobre ostomías.
 - Revisión de los productos sanitarios existentes para los pacientes ostomizados y proporcionar información sobre su indicación y duración incluyéndola en los sistemas de prescripción electrónica para facilitar la prescripción de los profesionales.

1.3.2 Estratificación de la población de Cantabria por grupos de morbilidad asistida

La estratificación se comenzó en 2013 con la herramienta IAMETRICS, en 2014 se cambió a la herramienta Grupo de Morbilidad Asistida (GMA) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 1-1 Resultados de la estratificación de pacientes con Tarjeta Sanitaria Individual según la pirámide de riesgo, 2015

Tipo de riesgo	Número de pacientes con TSI	Porcentaje
Riesgo alto	22.929	4,0
Riesgo moderado	68.774	12,1
Riesgo bajo	366.887	64,5
Sin riesgo	110.424	19,4
Total	569.014	100,0

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial.

Tabla 1-2 Resultados de la estratificación de los pacientes crónicos (1 o más patologías) según la pirámide de riesgo, 2015

Tipo de riesgo	Número de pacientes crónicos	Porcentaje
Riesgo alto	22.326	3,9
Riesgo moderado	66.981	11,8
Riesgo bajo	357.276	62,8

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial

En relación a las enfermedades más prevalentes, las 5 primeras son: HTA (21,1%), depresión (9,4%), pluripatología (8,0%), artrosis (7,8%) y diabetes mellitus (7,1%).

1.4 Tecnologías y sistemas de información

A lo largo de 2015, se continúa el proceso de adaptación del Servicio Cántabro de Salud a las nuevas tecnologías:

- **Sistemas de Información**

En el Servicio Cántabro de Salud, los sistemas de información que dan soporte a las actividades, tanto administrativas como asistenciales, son muy variados, con diferentes ámbitos de utilización y con grados de despliegue y niveles de desarrollo variable, por lo que es necesario su unificación y estandarización mediante:

- Un proceso de revisión, actualización, homogenización y estandarización que permita la interoperabilidad de la multitud de aplicaciones existentes, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria.
- Una unificación para que todos los hospitales de la Comunidad utilicen las mismas herramientas informáticas.
- Desarrollando y profundizando en el despliegue de diversas aplicaciones (gestión clínica, gestión de pacientes y gestión económica, entre otras).
- Explotación de datos - Inteligencia de Negocio (BI): se ha seguido trabajando en el desarrollo de Sistemas de Soporte a la Decisión (SSD) y Cuadros de Mando Integrales (CMI), que permitan transformar los datos generados por los sistemas transaccionales en información, a disposición de los diferentes niveles y ámbitos de decisión, generando un conocimiento que alimenta los circuitos de decisión - actuación - evaluación de los diferentes procesos, dirigidos a la mejora de la calidad y la eficiencia.
- Historia Clínica Electrónica

El Servicio Cántabro de Salud continúa con la estrategia de *Historia Clínica Electrónica* (HCE) común a anteriores legislaturas y para ello se reactivan proyectos como la centralización de la estación clínica de atención primaria y del sistema corporativo de laboratorio (LIS) y se continúa con la expansión de la historia clínica de los hospitales (denominado Altamira) y se corrigen aspectos organizativos en la dirección de los proyectos. Este proyecto comenzó en mayo de 2014, siendo la extensión de Altamira Clínica en las unidades asistenciales en 2015 del 28% y

su distribución por hospitales la siguiente: Hospital Valdecilla en 13 unidades (30%), Hospital Sierrallana en 7 unidades (29%) y Hospital de Laredo en 4 unidades (21%).

- Telereuniones y telemedicina

Se están implantando nuevos sistemas para fomentar las telereuniones y la telemedicina. En 2015 se consolida la utilización de la teleconsulta de psiquiatría en la Zona Básica de Liébana y en el Centro Penitenciario de El Dueso, con el servicio de psiquiatría del Hospital Valdecilla. De igual modo, se vienen realizando ecografías en atención primaria en el Centro de Salud de Dobra en el Área de Torrelavega-Reinosa.

- Control de radiaciones

Así mismo comienza la evaluación de la implantación de un sistema de control de las dosis de radiaciones exigido por una Directiva de la Unión Europea, para 2018. El objetivo es garantizar la seguridad del paciente y evitar radiaciones innecesarias.

- Receta electrónica

En cuanto a la receta electrónica, ha finalizado la expansión completa en atención primaria con un porcentaje de recetas electrónicas en 2015 del 83,7%. Está en marcha la extensión a los hospitales que, a 30 de noviembre de 2015 es de un 54,8% en el Hospital Valdecilla, 50,6% en el Hospital Sierrallana y 66,6% en el Hospital de Laredo. Su finalización está prevista para antes del verano de 2016.

2 Infraestructuras sanitarias

La actuación en infraestructuras sanitarias, se ha desarrollado tanto en el ámbito de la atención especializada como de la atención primaria, y en concreto en los siguientes proyectos:

- *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*: finalización de las obras con la culminación de la Fase III realizada mediante el contrato de colaboración entre el sector público y sector privado adjudicado a la UTE FERROVIAL SERVICIOS – SIEC S.A.
- *Centro de Salud de Cabezón de la Sal*: finalización de obra el día 14 de abril, y recepción de obra el 9 de junio de 2015.
- *Centro de Salud de Bezana*: recepción de obra el día 23 de febrero. Inaugurado el día 11 de marzo de 2015.
- *Consultorio Rural de Noja*: finalización de obra el día 4 de mayo, y recepción de obra el día 8 de julio de 2015.

3 Recursos humanos

Acuerdos adoptados en el año 2015 en la Mesa Sectorial de Negociación de personal de instituciones sanitarias de Cantabria:

- Acuerdo sobre los servicios de urgencia de atención primaria y el servicio de emergencia 061 del Servicio Cántabro de Salud.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=281060>.
- Acuerdo para la recuperación de condiciones de trabajo y mejora del empleo público en el ámbito sanitario de Cantabria.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=292999>.

Otras normas en materia de personal publicadas en el ejercicio 2015:

- Orden por la que se reduce la jornada efectiva del personal de Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Cántabro de Salud.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=282240>.
- Orden SAN/31/2015, de 21 de mayo, por la que se modifica en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud la denominación de la categoría de ATS/DUE por la de Enfermero/a.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=287850>.
- Orden SAN/32/2015, de 21 de mayo, por la que se establece el procedimiento de integración del personal estatutario fijo e interino de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, en la categoría de Enfermero/a de Salud Mental.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=287836>.
- Decreto 39/2015, de 22 de mayo, por el que se aprueba la oferta de empleo público de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Número total de plazas 85: médicos de familia (45) y enfermeras (40).
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=287932> y
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=288321>.
- Orden SAN/35/2015, de 6 de julio, por la que se crea la categoría de Enfermero/a del Trabajo en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del SCS.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=289405>.
- En el BOC de 9 de abril de 2015 y de 27 de abril de 2015 se resolvió el concurso de traslados convocado por Orden SAN/18/2014, de 11 de julio. De las 817 plazas convocadas se adjudicaron 430.
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=284976> y
<http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=286017>.

4 Gestión económico-financiera

Continuando estrategias anteriores, la gestión económica y financiera se centra en sus dos vertientes, ingresos y gastos.

La consolidación del *Sistema Integrado de Facturación de Asistencia Sanitaria* (SIFAS), implantado el día 1 de enero de 2013, ha venido acompañado de una reducción en la carga de trabajo de los centros y de una mejora importante en cuanto a la seguridad y rapidez en la gestión de la facturación.

El SIFAS trabaja y obtiene datos de los programas MOURO, TIREA-CAS, CAPRI y para 2016 se contempla la integración de la facturación internacional de Tarjeta Sanitaria Europea (TSE).

De otra parte, la continuación de la política de fomento de compras centralizadas, tanto desde el marco autonómico como nacional, ha permitido mejorar sustancialmente tanto la economía en la compra y en los procedimientos de contratación, así como la homogeneización de proveedores, productos y precios en relación a los suministros destinados a las diferentes gerencias. Así, durante el año 2015 se han formalizado Acuerdos Marco para el suministro de los siguientes artículos:

- Material de artroscopia.
- Soluciones viscoelásticas de hialuronato y derivados.
- Preparados de base alcohólica.
- Guantes desechables.
- Material de anestesia.

Además se ha formalizado un Contrato Derivado correspondiente al Acuerdo Marco de *Vacunas frente a la gripe estacional* celebrado por el INGESA en el ámbito nacional.

5 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, existen varios convenios/acuerdos con comunidades limítrofes para la atención sanitaria que se relacionan a continuación:

- Convenio de colaboración para la prestación de la atención sanitaria en las zonas limítrofes de la Comunidades Autónomas de Cantabria y País Vasco.
- Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de Cantabria sobre trasplante cardíaco y pulmonar.
- Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, para coordinación de asistencia de urgencias en zonas limítrofes.
- Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias para utilización del Centro Hiperbárico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Acuerdo verbal entre las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria.

5.1 Convenio de colaboración para la prestación de la atención sanitaria en las zonas limítrofes de la Comunidades Autónomas de Cantabria y del País Vasco

El Convenio fue firmado el 29 de julio de 2008 y publicado en el Boletín Oficial de Cantabria número 175, de 9 de septiembre de 2008, actualmente sigue vigente.

Núcleos de población atendida: poblaciones de Valle de Villaverde y Lanestosa.

Tabla 5-1 Núcleos de población, número de habitantes y dependencia provincial del acuerdo para prestar asistencia sanitaria en las zonas limítrofes entre las Comunidades del País Vasco y Cantabria, 2015

Núcleo de población	Número de habitantes	Dependencia
Valle de Villaverde	336	Cantabria
Lanestosa	271	País Vasco

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Régimen económico: la compensación y forma de pago está acordado entre ambas Comunidades. El Servicio Cántabro de Salud presta la atención sanitaria a la población de Lanestosa, así como el transporte sanitario, asumiendo en ambos casos el coste económico.

Dado que la población de Valle de Villaverde esta dotada de médico y enfermera del EAP de Laredo, hasta las 14:30 horas, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud atiende las urgencias de atención primaria en Balmaseda, a partir de las 14:30 horas.

El Convenio dispone la creación de una Comisión de Seguimiento cuya composición es:

- Por parte de la Comunidad Autónoma de Cantabria: el/la directora/a general competente en materia de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria, el/la gerente de Atención Primaria.

- Por parte de la Comunidad Autónoma del País Vasco: el/la titular de la dirección competente en materia de Ordenación y Planificación sanitaria; el/la titular de la dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Acceso a las Historias Clínicas: actualmente el personal sanitario que atiende el Valle de Villaverde accede al historial médico del Hospital de Cruces.

Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): en esas condiciones de atención los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de Tarjeta Sanitaria del servicio de salud prestador de la atención, sino que tienen TSI de la comunidad autónoma de residencia.

La Cartera de servicios incluye:

- Valle de Villaverde: atención de urgencias en Puntos de Atención Continuada (PAC); consultas externas de atención especializada y hospitalización.
- Lanestosa: atención primaria, incluida la atención domiciliaria; Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y transporte sanitario.

Atención de emergencias:

- Urgencias individual o de un número reducido de afectados, sin riesgo vital: la resolverá con recursos propios cada Comunidad.
- Emergencias con riesgo vital: la decisión sobre el hospital de destino se tomará primando el concepto de traslado al *Centro útil* para la patología del paciente. El traslado se realizará con los medios y recursos de la Comunidad de origen o destino en función de la situación y disponibilidad de recursos en ese momento.
- Accidente de múltiples víctimas: la Comunidad donde se origina, contactará con la Comunidad vecina para recabar información sobre recursos disponibles.
- Catástrofe sanitaria: se activará en Plan de Catástrofes de la Comunidad de origen y los recursos de la Comunidad vecina funcionarán como un recurso más de la Comunidad donde ocurrió la catástrofe.

5.2 Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de Cantabria sobre trasplante

El Convenio fue firmado el 29 de julio de 2008, publicado en el Boletín Oficial de Cantabria número 175, de 9 de septiembre de 2008.

Núcleos de población atendida: residentes en el País Vasco que precisen esta asistencia.

Régimen económico: compensación y forma de pago acordado. Los flujos económicos que se susciten por la aplicación de este convenio se ajustarán a lo que se acuerde, con carácter general, o específicamente sobre estas prestaciones en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Comisiones de seguimiento/mixtas: el Convenio establece una Comisión de Seguimiento, de carácter paritario, que está compuesta por un número igual de miembros del Equipo de Coordinación de Trasplante del País Vasco y del de Cantabria.

La Comisión establece un presidente de entre sus componentes y un reglamento de funcionamiento.

Funciones:

- Colaborar activamente con los profesionales sanitarios, facilitando la relación entre los distintos servicios y unidades participantes en la obtención y trasplante de órganos y tejidos y en los operativos logísticos correspondientes.
- Realizar proyectos conjuntos de concienciación social, fomentando la colaboración con las Asociaciones de pacientes y promoviendo la motivación de los profesionales sanitarios y la investigación en el campo de trasplante cardíaco y pulmonar.
- Y, en general, facilitar el adecuado cumplimiento del Convenio, resolviendo las dudas que pudieran surgir y promoviendo su aplicación

Acceso a las Historias Clínicas: no existe en el momento actual interoperabilidad entre las historias clínicas electrónicas del País Vasco y Cantabria

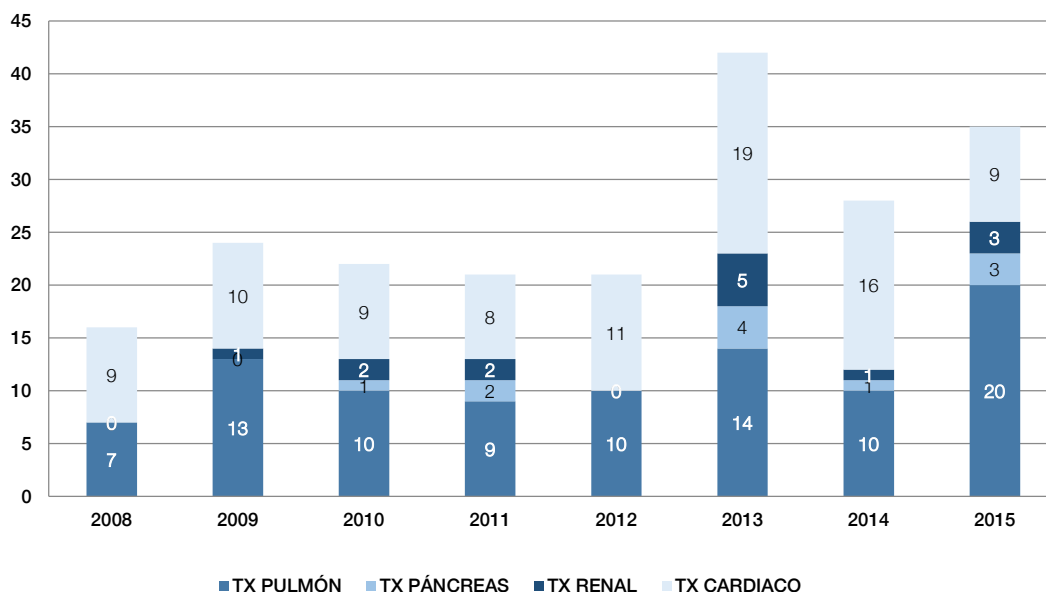
Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de tarjeta sanitaria del servicio de salud prestador de la atención. Tienen TSI de la comunidad autónoma de residencia.

La Cartera de servicios incluye: atención especializada

- Inclusión en lista de espera común.
- Evaluación global del paciente.
- Valoración quirúrgica y de las intervenciones pre y post-trasplantes relacionadas con el trasplante cardíaco/pulmonar.
- Preparación pre-trasplante, de la intervención quirúrgica de trasplante y de la estancia y seguimiento inmediato de los pacientes trasplantados.

A continuación se especifica en detalle cuantos trasplantes se han realizado en base a este Convenio con residentes del País Vasco, por año y tipo de trasplante.

Gráfico 5-1 Número de altas de hospitalización de trasplante de pacientes con residencia en el País Vasco, 2008-2015



Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Asistencia Sanitaria.

En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, entre los años 2008-2015, se han registrados un total de 209 altas de hospitalización de trasplantes, realizados a pacientes con residencia en el País Vasco.

Tabla 5-2 Trasplantes realizados, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a residentes en el País Vasco en base al convenio firmado entre las Comunidades de Cantabria y País Vasco, 2008-2015

Descripción intervención	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Trasplante unilateral pulmón	3	2	6	1	1	7	7	6	33
Trasplante bilateral pulmón	4	11	4	8	9	7	3	14	60
Trasplante cardiaco	9	10	9	8	11	19	16	9	91
Trasplante pancreático no especificado	-	-	1	-	-	2	-	1	4
Homotrasplante pancreático	-	-	-	2	-	2	1	2	7
Trasplante renal	-	1	2	2	-	5	1	3	14
Total	16	24	22	21	21	42	28	35	209

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Asistencia Sanitaria.

5.3 Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, para coordinación de asistencia de urgencias en zonas limítrofes

El Acuerdo fue firmado el 1 de agosto de 2006, y renovado en el año 2008.

Núcleos de población atendida: zona colindante entre las Comunidades Autónomas de Asturias y Cantabria.

Régimen económico: no consta este apartado en el Acuerdo.

Comisiones de seguimiento/mixtas: no consta este apartado en el Acuerdo.

Acceso a las Historias Clínicas: no consta este apartado en el Acuerdo.

Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de Tarjeta Sanitaria del servicio de salud prestador de la atención.

Atención de emergencias:

- Urgencias individual o de un número reducido de afectados, sin riesgo vital: la resolverá con recursos propios cada Comunidad.
- Emergencias con riesgo vital: la decisión sobre hospital de destino se tomará primando el concepto de traslado al *Centro útil* para la patología del paciente. El traslado se realizará con los medios y recursos de la Comunidad de origen.
- Accidente de Múltiples Víctimas (AMV): la Comunidad donde se origina, contactará con la Comunidad adyacente para recabar información sobre recursos disponibles y su operatividad.
- El contacto inicial se establecerá entre los Médicos Reguladores de ambos Centros Coordinadores, que procederán a la movilización de los recursos de ambas Comunidades necesarios para resolver la situación.
- Catástrofe sanitaria: tras una valoración inicial de las necesidades asistenciales, los Médicos Reguladores de ambos Centros Coordinadores contactarán inmediatamente e iniciarán la movilización de los recursos necesarios de ambas Comunidades, en base a su situación y operatividad.

Se activará en Plan de Catástrofes de la Comunidad de origen, siendo el responsable de la cadena de Mando Sanitaria la Autoridad Sanitaria que determine el Plan de Catástrofes de la Comunidad de origen.

En situaciones de catástrofes y ante la necesidad de trasladar pacientes entre las dos Comunidades por carencia de camas disponibles, el Centro Coordinador de la Comunidad

donde ocurra el desastre comunicará al Centro Coordinador de la otra Comunidad cuáles son sus necesidades de camas y medios de transporte para, que este segundo centro gestione las posibles colaboraciones de manera centralizada.

5.4 Acuerdo de colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias para la utilización del centro hiperbárico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

El Acuerdo fue firmado el 1 de agosto de 2006, y renovado el 2008.

Núcleos de población atendida: residentes en Asturias que precisen esta asistencia.

Régimen económico: el asesoramiento necesario que comprende todas las consultas en tratamiento disbárico agudo con diferentes especialistas, para cada paciente del Principado de Asturias, tendrá a los efectos de este Acuerdo la consideración de acto médico único.

Se factura, mensualmente, desde el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla conforme a la Orden de precios del Servicio Cántabro de Salud en vigor.

Comisiones de seguimiento/mixtas: se crea una Comisión de Seguimiento del Acuerdo integrada por un representante del Servicio Cántabro de Salud y un representante del Servicio de Salud del Principado de Asturias que serán designados por cada Organismo.

Acceso a las Historias Clínicas: no existe en el momento actual interoperabilidad entre las historias clínicas de ambas Comunidades Autónomas.

Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de Tarjeta Sanitaria del servicio de salud prestador de la atención.

La Cartera de servicios:

- El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se obliga a mantener un servicio permanente de atención a lo largo de las 24 horas, durante los 365 días del año, para la asistencia a aquellos buceadores procedentes del Principado de Asturias con problemas disbáricos.
- En los casos en los que, tras una inspección, se considere que no es necesario el ingreso del paciente en cámara, corresponderá a los facultativos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla dar de alta al buceador o ingresarle por otras razones ajenas a los posibles problemas disbáricos.
- En cumplimiento del compromiso adquirido con el Servicio Cántabro de Salud, el Servicio de Salud del Principado de Asturias se obliga a facilitar al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el transporte del buceador accidentado quien podría ir por sus propios medios o mediante una ambulancia o helicóptero, dependiendo de la gravedad en cada caso.

5.5 Acuerdo verbal de las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria

Núcleos de población atendida: poblaciones de Espinosa de Bricia, Renedo de Bricia, Quintana de Hormiguera, Cezura y Lastrilla.

Tabla 5-3 Núcleos de población, número de habitantes y dependencia provincial del acuerdo para prestar asistencia sanitaria en las zonas limítrofes entre las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria, 2015

Núcleo de población	Número de habitantes	Dependencia
Espinosa de Bricia	9	Cantabria
Renedo de Bricia	12	Cantabria
Quintana de Hormiguera	15	Palencia
Cezura	13	Palencia
Lastrilla	8	Palencia

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Régimen económico: compensación por Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

Comisiones de seguimiento/mixtas: no existe.

Acceso a las Historias Clínicas: se utiliza la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria.

Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de TSI del servicio de salud prestador de la atención.

La *Cartera de servicios* incluye: atención primaria (medicina de familia, enfermería, atención domiciliaria, SUAP), transporte sanitario y atención especializada.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Resultados de la estratificación de pacientes con Tarjeta Sanitaria Individual según la pirámide de riesgo, 2015	11
Tabla 1-2	Resultados de la estratificación de los pacientes crónicos (1 o más patologías) según la pirámide de riesgo, 2015	11
Tabla 5-1	Núcleos de población, número de habitantes y dependencia provincial del acuerdo para prestar asistencia sanitaria en las zonas limítrofes entre las Comunidades del País Vasco y Cantabria, 2015	19
Tabla 5-2	Trasplantes realizados, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a residentes en el País Vasco en base al convenio firmado entre las Comunidades de Cantabria y País Vasco, 2008-2015	22
Tabla 5-3	Núcleos de población, número de habitantes y dependencia provincial del acuerdo para prestar asistencia sanitaria en las zonas limítrofes entre las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria, 2015	24

Índice de gráficos

Gráfico 5-1 Número de altas de hospitalización de trasplante de pacientes con residencia en el País Vasco, 2008-2015

21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AMV	Accidente de Múltiples Víctimas
AP	Atención Primaria
ATS/DUE	Diplomado Universitario de Enfermería

B

B.I.	Inteligencia de negocios
BOC	Boletín Oficial de Cantabria

C

CC.AA	Comunidades Autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMI	Cuadro de Mando Integral

E

EAP	Equipo de Atención Primaria de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

F

FA	Fibrilación Auricular
FOGA	Fondo de Garantía

G

GMA	Grupo de Morbilidad Asistida
-----	------------------------------

H

HCE	Historia Clínica Electrónica
HTA	Hipertensión Arterial

I

IAMETRICS	Plataforma modular online de conocimiento de salud
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

L

LIS Sistema Corporativo de Laboratorio

M

MSSSI Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MOURO Sistema informático de gestión de ingresos de Cantabria

P

PAC Punto de Atención Continuada

S

SCS Servicio Cántabro de Salud

SIFAS Sistema Integrado de Facturación de Asistencia Sanitaria

SiNASP Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos

SNS Sistema Nacional de Salud

SSD Sistema de Soporte a la Decisión

SUAP Servicio de Urgencias de Atención Primaria

T

TIC Tecnología de la Información y la Comunicación

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

TSE Tarjeta Sanitaria Europea

TIREA-CAS Tecnologías de la Información y Redes para Entidades Aseguradoras

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

Z

ZBS Zona Básica de Salud

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de
Castilla y León



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública: prevención y ordenación	7
1.1 Calendario vacunal	7
1.2 Nueva regulación de la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia	8
1.3 Controles de exportación de productos alimenticios	8
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Recursos y actividad en asistencia sanitaria	11
2.2 Una atención primaria reforzada	12
2.2.1 Datos de atención primaria destacados	12
2.2.2 Gerencias integradas de atención primaria y especializada	13
2.2.3 Impulso de Unidades de Diagnóstico Rápido - UDR	13
2.3 Un cambio de paradigma: Estrategia del paciente crónico	14
2.3.1 Unidades de Convalecencia Sociosanitaria -UCSS	16
2.3.2 Unidades de Continuidad Asistencial	17
2.3.3 Programa de pacientes activos	18
2.4 Un sistema apoyado en la innovación	18
2.4.1 Servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas	19
2.4.2 Anillo radiológico	19
2.4.3 Unificación de sistema de información en Anatomía Patológica	20
2.4.4 Planificación quirúrgica compleja a través del modelo en impresión 3D	20
2.4.5 Proyecto Acción para Mejorar la Atención en la Detección del Deterioro Clínico y la Utilización de Recursos-AMADEUS	21
3 Infraestructuras sanitarias	23
4 Recursos humanos	25
4.1 Programa de post-formación sanitaria especializada de residentes	25
5 Gestión económico financiera	27
6 Organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	29
Índice de tablas	35
Índice de gráficos	37
Índice de figuras	39
Abreviaturas, acrónimos y siglas	41

Resumen

La situación de envejecimiento, dispersión y dependencia demográfica de Castilla y León constituye un desafío para la prestación efectiva, equitativa y eficiente de los servicios sanitarios, y requiere esfuerzos adicionales, reflejados en la dedicación presupuestaria o en la apuesta por un modelo de atención primaria accesible en todo el territorio.

El compromiso de mejora de los servicios sanitarios incluye nuevas iniciativas por parte del Sistema de Salud de Castilla y León. El modelo de gestión integrada de atención primaria y atención especializada, y las nuevas unidades de diagnóstico rápido, son ejemplos de una mayor coordinación en la planificación de los programas y actuaciones de salud para impulsar procesos de atención compartidos.

En el continuo desarrollo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, se ha procedido a la estratificación de toda la población castellana y leonesa, a través de un modelo específico. Se han desarrollado nuevas unidades de convalecencia sociosanitaria, dirigidas a la prestación de cuidados sanitarios de larga duración y atención integrada a la convalecencia; también se han impulsado unidades de continuidad asistencial, para la atención de pacientes con procesos crónicos pluripatológicos complejos, y se ha promovido el programa del paciente activo.

Son relevantes algunas iniciativas de innovación, ya implantadas con éxito en la Comunidad Autónoma, como el servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas, el anillo radiológico o la unificación regional del sistema de información en anatomía patológica. A ello se suman nuevas iniciativas como los modelos de planificación quirúrgica compleja a través de impresión 3D o el Proyecto AMADEUS, dirigido a mejorar la detección y atención del deterioro clínico en pacientes hospitalizados.

En el ámbito de los profesionales, ha tenido lugar la primera edición del programa de post-formación sanitaria especializada de residentes, con el fin de incentivar la permanencia en el Sistema de Salud de Castilla y León de los mejores profesionales que acaban de terminar su residencia en la Comunidad Autónoma.

Entre los programas de salud pública, cabe citar iniciativas como el impulso de nuevos programas de vacunación del adulto, los cambios normativos dirigidos a facilitar la atención continuada de las oficinas de farmacia o las actuaciones de certificación para las exportaciones de productos alimenticios.

Finalmente, en el ámbito de la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, se mencionan diversas iniciativas de cooperación con aquellas comunidades autónomas con las que Castilla y León tiene especiales vínculos, dada su estratégica posición territorial.

Introducción

Castilla y León es la Comunidad Autónoma más extensa de España, la que presenta el mayor número de núcleos de población dispersos, la de población más envejecida y con las tasas de dependencia demográfica más elevadas del conjunto nacional.

En los 94.230 km² de superficie que ocupan las nueve provincias de la Comunidad Autónoma (casi un 20% de la superficie de España), residen 2.478.079 habitantes, poco más del 5% del total del país. Ello se traduce en una baja densidad de población (menos de 27 habitantes por km²), repartidos por el territorio de forma extremadamente dispersa, con un 49% de la población en el medio rural. Baste reseñar el hecho de que los 2.248 municipios que existen en Castilla y León suponen más de la cuarta parte de todos los municipios de España; y de ellos casi un 95% cuenta con menos de 2.000 habitantes, e incluso cerca del 30% tiene menos de 100 habitantes.

En cuanto a la pirámide poblacional, las personas con edad igual o superior a 65 años suponen el 24% de la población de Castilla y León, el mayor porcentaje de personas mayores en todas las comunidades autónomas. Lo mismo sucede con la población a partir de 85 años, que en Castilla y León suma el 4,7% del total. La esperanza de vida al nacer de los castellanos y leoneses en 2014 era de 83,6 años según el INE, la tercera más alta de España. Finalmente, la tasa de dependencia demográfica, relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años), es del 58,7%, lo que supone también la cifra más alta del país.

1 Salud Pública: prevención y ordenación

1.1 Calendario vacunal

Castilla y León ha venido apostando por un calendario único para toda España y promoviendo la inclusión de los últimos avances en vacunas en el Calendario de Vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

En particular, durante el año 2015 se ha promovido la inclusión de la vacuna conjugada contra el neumococo, que fue incorporada al Calendario de Vacunación del CISNS en el mes de enero, e inmediatamente se incorporó al Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de Castilla y León. Con posterioridad, en julio de 2015 se añadió la vacunación frente a varicela, también incorporada en Castilla y León a los 15 meses y 3 años de edad. Otro programa con influencia directa sobre los más pequeños ha sido el Programa de Vacunación Prenatal frente a la tosferina en Castilla y León que tiene como objetivo la disminución de casos de tosferina en los recién nacidos a través de la vacunación de sus madres durante el embarazo. Con estas actualizaciones, el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de Castilla y León se convierte en uno de los más avanzados de nuestro entorno.

La cobertura vacunal en el primer año de vida en Castilla y León en 2015 se situó entre el 95,0% y 97,2% según la vacuna, mejorando respecto del año anterior que osciló entre 93,5% y el 96,4%. Respecto a la vacunación con Triple Vírica (sarampión- rubéola- parotiditis), la cobertura de la 1ª dosis a los 12 meses ha sido de 95,2% frente al 94,8% en 2014 y la de la 2ª dosis a los 3 años de un 90,9% frente al 87,2% en el año anterior.

Esta misma tendencia de mejora se observa a lo largo de todo el calendario infantil, si bien aún queda margen para alcanzar los valores previos al cambio del sistema de información vacunal. A este respecto, es preciso recordar que en 2013 se modificó la fuente de información y la metodología para la elaboración de los indicadores de cobertura en la Comunidad Autónoma. De la previa estimación de coberturas vacunales basada en el registro numérico de dosis administradas y una población diana numérica procedente de datos oficiales publicados por el INE, se pasó a un registro nominal informatizado poblacional. Esta mejora importante en el sistema de información vacunal de Castilla y León produjo un descenso transitorio en los indicadores de coberturas, lo cual influye en la comparación con años anteriores y con otras comunidades autónomas.

Pero las vacunaciones no son patrimonio exclusivo de la infancia. Así por ejemplo, Castilla y León dispone de una de las carteras más extensas en programas de vacunación en pacientes pertenecientes a grupos de riesgo. Un claro ejemplo es el programa de vacunación -pionero en España- para la prevención del herpes zóster que recientemente se ha extendido a pacientes entre 60 y 69 años con diabetes mellitus o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que reciban tratamiento con corticoides inhalados.

En cuanto a la vacunación de gripe, en la campaña 2014-2015 se vacunaron frente a la gripe en Castilla y León un total de 549.122 personas, de ellos 390.637 personas mayores de 65 años. La cobertura vacunal en mayores de 65 años fue del 66,1%, la segunda mayor de todas las comunidades autónomas. Cabe destacar asimismo la elevada cobertura de vacunación antigripal en centros residenciales de personas mayores, que alcanzó el 93,1%.

Otros programas de vacunación en grupos de riesgo, dirigidos a niños y adultos, como la vacunación de viajeros internacionales o las campañas de vacunación frente al neumococo, completan la apuesta en materia de prevención a través de las vacunas de la Junta de Castilla y León.

1.2 Nueva regulación de la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia

En Castilla y León prestan servicio 1.635 oficinas de farmacia y 292 botiquines, lo que representa la segunda mejor ratio por habitante de España. El 53,0% de estas oficinas de farmacia, se ubican en municipios de menos de cinco mil habitantes.

La publicación del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, y del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establecen un nuevo marco económico para las oficinas de farmacia, reflejado tanto en los márgenes percibidos por los titulares de las mismas, como en el precio de los medicamentos; son medidas que afectan de forma directa a los costes de prestación del servicio y, por tanto, en el caso de las oficinas de farmacia de dimensiones más reducidas, a las condiciones de su viabilidad económica.

Todo ello aconsejó proceder a la derogación de la Orden de 2 de marzo de 1998 de la entonces Consejería de Sanidad y Bienestar Social que, si bien resultó una herramienta de utilidad en el momento de su publicación, necesitaba de una adaptación y flexibilización en aras a dar respuesta a la nueva realidad social, sanitaria y farmacéutica de Castilla y León asegurando, al mismo tiempo, la calidad de la asistencia farmacéutica que se presta al ciudadano.

Así, en el año 2015 se ha publicado la Orden SAN 744/2015, de 7 de setiembre, por la que se determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia que contempla, entre otras medidas, la definición de cuáles son los productos de obligada dispensación durante el servicio de urgencias (término que sustituye a la anterior terminología de *turnos de guardia*). Además se contempla la posibilidad de autorización excepcional de turno de servicios de urgencia entre oficinas de farmacia de diferentes zonas básicas de salud, así como de autorización excepcional en algunas zonas básicas para que en fin de semana y festivos se aplique el mismo criterio que para el servicio de urgencias nocturno.

Por otra parte, la nueva normativa establece que en los municipios correspondientes a zonas básicas de salud urbanas, el número de oficinas de farmacia que deben prestar servicios de urgencia se determina en virtud del tamaño de la población afectada y no en función del número de zonas básicas que tenga cada municipio; y en zonas básicas de salud semiurbanas y rurales se establece que los turnos del servicio de urgencias deberán ser entre las oficinas de farmacias de un mismo municipio siempre y cuando dicho municipio tengan dos o más oficinas de farmacia, centro de atención sanitaria continuada y más de 5.000 habitantes.

Además, en las zonas básicas de salud semiurbanas y rurales podrán introducirse en los turnos oficinas de farmacia de distintas zonas siempre que la distancia entre el centro de atención sanitaria continuada de la zona en cuestión y las oficinas de farmacia no supere los 20 minutos para servicios de urgencia diurnos y 30 minutos para servicios de urgencia nocturnos. Y por último, se establecen 10 tramos de horarios por encima de mínimos a los que podrán optar las oficinas de farmacia solicitantes.

1.3 Controles de exportación de productos alimenticios

En el ámbito de la exportación a países ajenos a la Unión Europea, aunque las competencias relativas a la Sanidad Exterior son de la Administración General del Estado, los controles en que se basa son los efectuados por los Servicios Oficiales de Salud Pública, Veterinarios y Farmacéuticos, de la Junta de Castilla y León.

Estos controles se concretan para el caso de las industrias exportadoras, además de los programados para todas las industrias alimentarias sobre condiciones de higiene, seguridad

alimentaria, sistemas de autocontrol y trazabilidad, en la comprobación del cumplimiento de los requisitos específicos exigidos por el país importador y la emisión del certificado que debe acompañar a cada partida exportada. En 2015 esto ha supuesto la certificación de, aproximadamente, 13.000 partidas de alimentos y bebidas, lo que significa que cada día laborable se controlan 52 exportaciones de estos productos desde Castilla y León a países no pertenecientes a la Unión Europea.

Adicionalmente, desde la Dirección General de Salud Pública, se realiza el seguimiento de todas las empresas exportadoras con el fin de asegurar que mantienen las condiciones que permitieron su autorización y se da cobertura a las visitas de auditoría que realizan las Autoridades Sanitarias de terceros países, que son coordinadas por la Administración General del Estado. En 2015 Castilla y León ha sido objeto de auditoría por parte de las autoridades de Israel (febrero), Corea del Sur (marzo-abril), Taiwán (junio), República Popular China (julio), Estados Unidos de Norteamérica (septiembre) y Arabia Saudí (noviembre).

2 Asistencia sanitaria

2.1 Recursos y actividad en asistencia sanitaria

Los datos poblacionales condicionan de manera relevante la prestación de servicios sanitarios, y confiere especial relevancia al ámbito de la atención primaria de salud. Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la atención primaria y presenta las mejores ratios de profesionales sanitarios por habitante, tanto de medicina de familia como de enfermería. En lo que se refiere a los recursos, cabe citar que la apuesta por una sanidad cercana a la población rural condiciona que existan 3.652 consultorios locales en la comunidad autónoma, lo que supone más de un tercio del total nacional, y un total de 247 centros de salud. En Castilla y León, el 40% de los consultorios locales tienen asignadas menos de 50 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI).

Sin perjuicio de los datos expuestos sobre atención primaria, también en atención especializada las ratios de profesionales sanitarios por habitante en Castilla y León son superiores a la media del Sistema Nacional de Salud, tanto en medicina como en enfermería. La atención en este nivel se organiza territorialmente en 11 áreas de salud, donde se ubican un total de 16 hospitales públicos (14 pertenecen a la Gerencia Regional de Salud, 1 dependiente de la Diputación de Segovia y 1 dependiente de la Comunidad Autónoma), integrados a su vez por distintos centros hospitalarios y de especialidades.

Tabla 2-1 Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, 2015

Nº tarjetas sanitarias	2.380.167
Recursos humanos	35.088
Áreas de salud	11
Complejos hospitalarios / hospitales de Sacyl	8 / 14
Nº camas instaladas	7.260
Nº quirófanos	176
Nº ingresos hospitalarios	245.770
Nº estancias hospitalarias	1.710.546
Nº intervenciones quirúrgicas	252.705
Nº urgencias atención especializada	991.380
Centros de salud	247
Nº consultas atención primaria (ordinarias)	28.828.282
Nº consultas atención primaria (urgentes)	1.978.342

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Año 2015.

A pesar de todas las dificultades que requiere la prestación de unos servicios sanitarios de calidad y accesibles en las condiciones descritas de territorio y población, las valoraciones que dan los ciudadanos a los servicios sanitarios de Castilla y León se sitúan por encima de la media nacional. Así, los resultados del Barómetro Sanitario 2014, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en junio de 2015, muestran que los ciudadanos de Castilla y León califican con un 6,57 el funcionamiento del sistema público sanitario, una nota mejor que la del año anterior (6,48) y por encima de la media nacional (6,31). Cabe destacar además que los castellanos y leoneses mayores de 65 años valoran con un 7,15 el funcionamiento del sistema sanitario público (la media de España es 7,02).

La encuesta pone de manifiesto además que el índice de satisfacción de aquellas personas que a lo largo del último año utilizaron alguno de los servicios de la sanidad pública es mayor que el de la población general: así, la puntuación que otorgan a la Atención Primaria los pacientes que pasaron por sus consultas es de 7,55, y en el ámbito de las consultas externas de Atención Especializada la nota media es de 6,82.

El 85,7% de los castellanos y leoneses considera que la atención que recibió en el sistema público de salud fue buena o muy buena en Atención Primaria, y el 86,1% realizaron esta valoración cuando acudieron a una consulta externa de Atención Especializada.

Los usuarios se sienten satisfechos con la facilidad para conseguir cita para consultas de Atención Primaria, con una puntuación de 7,46, así como con el trato que reciben por parte del personal sanitario de Atención Primaria, que la califican con una nota media de 8,22. El tiempo dedicado por parte del médico de medicina de familia o pediatra a cada paciente merece una nota de 7,53 para los pacientes castellanos y leoneses, mientras que la atención a domicilio por parte del personal médico y de enfermería de Atención Primaria la puntúan con un 7,94.

En cuanto a la atención en los Servicios de Urgencias, el 72,6% de los pacientes consideran que fueron atendidos con mucha o con bastante rapidez, y el 81,0% asegura que la atención fue buena o muy buena. Globalmente, los ciudadanos se sienten satisfechos con la atención que han recibido ante un problema urgente, y otorgan a estos servicios una nota media de 6,3.

El barómetro sanitario pone de manifiesto la elevada consideración que los ciudadanos de Castilla y León tienen respecto a la sanidad pública: el 75,6% optarían por la provisión pública en Atención Primaria, la media del SNS es del 68,4%, mientras que cuando se trata del ingreso en un hospital un 75,8% escogería un hospital público frente al 63,7% de la media nacional. Asimismo, y siguiendo en esta línea, el 77,2% de los encuestados se decantaría por un centro público en Castilla y León teniendo en cuenta la tecnología y los medios de los que dispone.

La consecución de estos resultados de satisfacción en la población es muestra de un esfuerzo importante, plasmado también en las cifras presupuestarias, sin perjuicio de las dificultades económicas de estos últimos años.

2.2 Una atención primaria reforzada

Las características sociodemográficas de Castilla y León, su extensión territorial y la dispersión poblacional hacen imprescindible la apuesta por la Atención Primaria, como nivel básico dirigido a garantizar la atención esencial y continuada a los castellanos y leoneses.

2.2.1 Datos de atención primaria destacados

Castilla y León es la Comunidad Autónoma que mayor porcentaje de su presupuesto dedica a Atención Primaria. El presupuesto destinado en 2015 fue de 1.057.370.504 euros, es decir, un 2,5% más que en el año anterior. La atención primaria supone el 32,4% del total del presupuesto de la Consejería de Sanidad. En la estadística de gasto sanitario público, que excluye el gasto en farmacia, Castilla y León también encabeza el ranking de porcentaje del presupuesto destinado a atención primaria entre todas las comunidades autónomas españolas.

Los equipos de atención primaria se organizan en 249 zonas básicas de salud, en las que se ubican un total de 247 centros de salud, 3.652 consultorios locales y 199 puntos de atención continuada y centros de guardia. Cabe destacar el hecho de que, si bien la población de Castilla y León apenas supone en torno al 5% de la población total de España, en el territorio de la Comunidad Autónoma se encuentra el 36% de los consultorios de atención primaria de todo el país, claro ejemplo de la apuesta por la accesibilidad a este nivel de atención que se ha venido impulsando en nuestra región.

Asimismo, Castilla y León presenta las mejores cifras de todas las comunidades autónomas españolas en cuanto al número de personas asignadas en promedio por cada profesional de medicina de familia y enfermería en Atención Primaria según la estadística de Indicadores Clave

del SNS 2014, y el quinto lugar en población asignada en promedio por cada profesional de pediatría en este nivel de atención. Las cifras de frecuentación en medicina de familia en Castilla y León son las más altas de España, con un promedio de 8,03 consultas por persona asignada y año, y en enfermería de atención primaria son las segundas del país, con 3,7 consultas anuales por persona asignada.

2.2.2 Gerencias integradas de atención primaria y especializada

Para consolidar la apuesta de Castilla y León por la accesibilidad al sistema sanitario, sin perjuicio de los recursos de atención primaria y especializada, resulta imprescindible reforzar la continuidad asistencial entre niveles. Si bien no se trata de la única herramienta para afianzarla, el modelo de Gestión Integrada (Gerencia Única Integrada) es un elemento relevante a la hora de avanzar en su desarrollo.

Este modelo de Gerencia Única Integrada se sustenta en una mayor integración entre atención primaria y especializada mejorando la organización, coordinación y estructura de los centros sanitarios. Con ello se pretende, como objetivo principal, conseguir la mayor coherencia posible en la planificación y ejecución de los programas y actuaciones de salud en los que intervienen ambos niveles y en los que la atención al paciente crónico tiene una especial relevancia, aumentando además los procesos de atención compartidos.

En la Comunidad ya se está trabajando funcionalmente en esta línea en distintas áreas, en las que una sola gerencia integra y es responsable de la atención primaria y la especializada, situación ya establecida en las Áreas de Salud de Zamora, Segovia, Ávila y Soria. Cabe mencionar que en el Área de Salud de Soria, donde desde 2011 un único gerente dirige ambos niveles asistenciales (atención primaria y especializada), este nuevo modelo asistencial ha obtenido el sello de calidad EFQM 500+ en febrero de 2014.

El objetivo a corto-medio plazo, como ya se ha señalado, es adaptar la estructura periférica de la Sanidad de Castilla y León (Sacyl), para implementar de forma progresiva el modelo de Gerencias Únicas e Integradas, comenzando por las ya mencionadas que funcionalmente han iniciado este camino, para continuar por aquellas que por tamaño y estructura sean susceptibles de trabajar de manera acorde al modelo referido.

2.2.3 Impulso de Unidades de Diagnóstico Rápido - UDR

Las UDR nacen ante la necesidad de promover la continuidad asistencial entre atención primaria y atención hospitalaria como uno de los elementos imprescindibles para mejorar la atención de los pacientes en general, pero especialmente la de aquellos con sospecha de enfermedad grave para los que resulta fundamental garantizar una asistencia sin demora o con demora máxima de 72 horas, acortando los tiempos de estudio y tratamiento y garantizando una atención integral de calidad basada en una atención compartida por los dos niveles asistenciales.

Estas unidades están vinculadas a los servicios de medicina interna y coordinadas con atención primaria y los servicios de urgencias hospitalarios. Se ha establecido un modelo común de UDR en todas las áreas de salud que dan respuesta al objetivo referido. Los procesos subsidiarios de estudio en la UDR han sido previamente consensuados por un grupo de profesionales de atención primaria y atención hospitalaria. Las exploraciones complementarias son programadas de forma preferente. Las UDR representan, una alternativa a la asistencia convencional.

Sacyl dispone desde el año 2012 de una UDR en cada uno de los 11 hospitales de Área. En 2015 han sido atendidos un total de 5.811 pacientes generando un total 15.799 consultas de las cuales 5.811 fueron primeras consultas y 9.988 sucesivas (el índice sucesivas/primeras es 1,72). En estas unidades el tiempo transcurrido desde que el paciente es visto en la consulta hasta la obtención del diagnóstico y la indicación de la conducta a seguir (alta en la Unidad y seguimiento

por el médico de atención primaria, citación en la consulta de la especialidad correspondiente, ingreso hospitalario, etc.) durante el año 2015, ha sido de 10,5 días de media con un rango de 17 días.

Durante este periodo los pacientes con diagnóstico principal según la clasificación de Enfermedades CIE-9 han sido 5.422 diagnósticos lo que supone un 93,3%, los 389 pacientes restantes han sido clasificados en el apartado XVI Signos/síntomas sin especificar. Entre los diagnósticos más frecuentes destacan las patologías del aparato digestivo con 25,1% y las enfermedades neoplásicas con un 21,0%.

El origen de la solicitud principalmente es desde Atención Primaria con un 47,8%.

Tabla 2-2 Origen de la solicitud en la unidad de diagnóstico rápido, 2015

	Nº total	%
Atención primaria	2.778	47,8
Urgencias atención hospitalaria	1.766	30,4
Atención hospitalaria (no urgencias)	1.113	19,2
Otros *	154	2,6
Total	5.811	100

Observaciones:*incluye unidades de atención al paciente, residencias asistidas, etc.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis de actividad en Unidades de Diagnóstico Rápido, 2015.

La demora media para la asistencia durante 2015 ha sido de 2,2 días.

Tabla 2-3 Demora para la asistencia, 2015

	Nº total	%
Nº pacientes atendidos dentro de las primeras 72 h.	4.708	81,0
Nº pacientes atendidos tras 72 h.	1.103	19,0
Total	5.811	100

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis de actividad en Unidades de Diagnóstico Rápido, 2015.

2.3 Un cambio de paradigma: Estrategia del paciente crónico¹

Durante 2015, ha continuado el desarrollo de las actuaciones previstas en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, siguiendo el objetivo general de *mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad.*

En Castilla y León, con una población de las más envejecidas de España, dispersa y con un peso importante del ámbito rural, se hace imprescindible llevar a cabo las adaptaciones en el sistema sanitario que permitan gestionar de modo eficiente la cronicidad, proporcionando una respuesta adecuada a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, que no siempre encuentran una respuesta ágil en el actual modelo sanitario, caracterizado por un alto nivel de

¹ Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [documento en Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

especialización en la atención pero con frecuencia fragmentado en la provisión de recursos. Ello requiere avanzar hacia un modelo de atención integrado, donde la coordinación entre niveles asistenciales es un elemento imprescindible y donde los cuidadores y las familias adquieren un papel relevante.

La estrategia se centra fundamentalmente en cinco aspectos: potenciar el papel de la atención primaria y mejorar sus condiciones para facilitar una atención eficaz; organizar y adecuar los recursos hospitalarios a las condiciones y necesidades de los pacientes; asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados; avanzar hacia la integración asistencial efectiva a través de la coordinación de los sistemas sanitario y social; y promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras en el mantenimiento de la salud.

El modelo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León toma en consideración dos modelos de referencia a nivel internacional: *Chronic Care Model* y *Kaiser Permanente*. Del primero de ellos, se ha adaptado fundamentalmente la idea de interrelacionar diferentes estamentos: comunidad, sistema sanitario y pacientes, de forma que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias para conseguir una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados. En cuanto al segundo modelo, sin perjuicio de algunas de sus premisas básicas como la integración asistencial, trabajo en equipo, énfasis en la prevención o relevancia de la atención primaria, se ha incidido especialmente en la adaptación de su sistema de estratificación, para el desarrollo de un modelo específico para la Comunidad Autónoma.

A este respecto, cabe mencionar que, aunque la Estrategia tiene un enfoque poblacional, la adaptación del sistema debe focalizarse sobre un segmento de la población que, por sus necesidades de atención, precisa de mayores cambios en la organización asistencial actual. Se trata fundamentalmente de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad, con necesidades frecuentes de atención en diferentes niveles, y en los que además concurren con frecuencia diferentes grados de discapacidad y dependencia.

La estratificación poblacional ha constituido, de este modo, el paso inicial en el desarrollo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Se han establecido cuatro estratos, denominados respectivamente G0, G1, G2 y G3. A partir de un análisis exhaustivo de la población mediante este sistema de clasificación, basado en los datos de registro de morbilidad y utilización de recursos tanto de atención primaria como de atención especializada y, como resultado del mismo, la población ha quedado clasificada en estos cuatro grupos según sus necesidades y riesgos. Todo ello permite una planificación más adecuada de las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes así como la asignación de los recursos necesarios para la puesta en marcha del proceso de atención.

Los resultados de este proceso de estratificación señalan que dos terceras partes (67%) de la población de Castilla y León quedan encuadradas en el grupo G0, personas sanas o con procesos agudos no significativos, susceptibles de actuaciones de promoción de la salud y de prevención primaria con control de sus factores de riesgo; un 20% de la población se incluye en el estrato G1, pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria, sin perjuicio del control del proceso clínico en el marco de la atención primaria y de la promoción de su autocuidado; y un 8% de la población forma parte del estrato G2, pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada, que reside fundamentalmente en la atención y control de su proceso clínico por parte de atención primaria, con apoyos puntuales desde atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. Finalmente, cerca de un 5% de la población se encuentra incluido en el estrato G3. Se trata de pacientes pluripatológicos severos con necesidades elevadas de atención sanitaria (primaria y especializada) y con frecuencia con necesidades sociales, que en algunos casos requieren la utilización de determinados recursos específicos como las unidades de convalecencia sociosanitaria y las unidades de continuidad asistencial.

Figura 2-1 Criterios de estratificación en la población de Castilla y León, 2014

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos. - Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud
Personas sanas o con procesos agudos no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario		<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAAPPs- de atención primaria). - Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.

Tres son los objetivos prioritarios en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León: asegurar la coordinación asistencial; potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente; y por último la innovación y gestión del conocimiento.

El primero de estos objetivos se apoya en tres líneas estratégicas: la integración asistencial del modelo social y sanitario; la continuidad con la atención sociosanitaria; y por último la adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico. Para ello, sin perjuicio del indiscutible protagonismo del nivel de atención primaria, cabe hacer mención al desarrollo de dos recursos específicos, las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) y las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS).

En cuanto al segundo objetivo prioritario en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, consistente en potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente, resultan fundamentales las actuaciones dirigidas a promover el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación de los pacientes. El programa del paciente activo constituye un elemento determinante en el éxito de esta iniciativa.

2.3.1 Unidades de Convalecencia Sociosanitaria -UCSS

Las UCSS son plazas ubicadas en residencias de personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales, para prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, en personas con necesidades sociales y en situación de dependencia, de forma transitoria o definitiva, garantizando la coordinación y la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales.

De este modo, una vez transcurrida la fase aguda de necesidad hospitalaria (p.ej. ante una fractura de cadera), la persona en situación de dependencia que no puede volver a su domicilio -bien porque vive sola o con un familiar vulnerable, habitualmente persona también mayor que no puede cuidarle porque la necesidad de cuidados excede su capacidad o porque la vivienda presenta barreras arquitectónicas que impiden la accesibilidad (escaleras dentro de la casa, etc.), cuenta ahora con una alternativa a la permanencia en el hospital, y a un menor coste para el sistema de salud.

Las UCSS permiten disponer de una serie de camas en las residencias de personas mayores de la red social con apoyo sanitario y a las que pueden ser derivadas este tipo de pacientes, para su rehabilitación y recuperación por un periodo estimado de dos meses, prorrogables hasta cuatro meses. Ambos sistemas colaboran en la financiación de estas camas en el Sistema de Salud con un coste/día, más de diez veces menor de lo que supondría la permanencia en el hospital.

Iniciado su funcionamiento a partir de un convenio suscrito, entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales para la gestión de estas plazas, a fecha de 31 de diciembre de 2015, existen plazas en funcionamiento en Miranda de Ebro, Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid. Próximamente se tiene previsto comenzar el funcionamiento en Ávila, Palencia y León. La estancia media de los pacientes en estas Unidades se sitúa, para el conjunto en Castilla y León, en 78 días.

Una vez dados de alta en la Unidad, el 43,8% de los pacientes vuelven a su domicilio, el 31,4% van a una residencia de personas mayores y el 10,3% ingresan en el hospital. El 14,5% de los pacientes ingresados en este tipo de unidades fallece antes del alta.

Las ventajas que aportan estas unidades, en cuanto a sus resultados desde el punto de vista sanitario, incluyen una ubicación más adecuada de los pacientes con necesidades sanitarias y sociales, la disminución de estancias hospitalarias y la mejora en la situación de dependencia -se estima que un 50% mejoran la situación de dependencia por el apoyo sanitario en este recurso. Por otra parte, desde el punto de vista social, las UCSS facilitan la orientación social al alta con propuesta de recurso social, bien sea para apoyo en el domicilio u otro tipo de recurso, así como la propia optimización de las plazas residenciales de personas mayores.

Actualmente se está trabajando en la elaboración de una base de datos conjunta entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios, para disponer de forma conjunta de variables sociales y sanitarias, y así poder analizar desde ambas perspectivas el funcionamiento de dichas unidades.

2.3.2 Unidades de Continuidad Asistencial

Para mejorar la calidad de la vida y la satisfacción de los pacientes que padecen patologías crónicas y minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos a lo largo de sus procesos, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León propone un modelo de integración asistencial. Este define específicamente, para los pacientes con *Procesos Crónicos Pluripatológicos Complejos* (PCPPC), los flujos e itinerarios en el sistema sanitario a través de un *proceso asistencial*, con cuya aplicación se pretende *augmentar la capacidad resolutive y la gestión integradora centrada en atención primaria*, a la vez que se crean las denominadas *Unidades de Continuidad Asistencial (UCA)*.

Estas unidades son estructuras funcionales para toda el Área, ubicadas en el hospital y en las que participan habitualmente los médicos de atención primaria, internistas y profesionales de enfermería gestores de casos. La finalidad es apoyar en la atención de pacientes con PCPPC -cuando sea preciso- a los profesionales de atención primaria y del conjunto del hospital, a fin de facilitar la interlocución en el hospital, el acceso al propio hospital para apoyo diagnóstico y terapéutico y asegurar la comunicación y la continuidad asistencial de los pacientes.

A finales de 2015 el modelo ya estaba implantado en las once Áreas de Salud de Castilla y León y los resultados en las Áreas con más experiencia son prometedores: mejora de la comunicación entre atención primaria y el hospital, aumento de consultas telefónicas, mejora de la continuidad asistencial, disminución del número de ingresos de pacientes con PCPPC y descenso de la frecuentación de consultas de especialidades y urgencias.

Está pendiente analizar la satisfacción de pacientes y profesionales, pero la opinión de un alto número de profesionales de diferentes Áreas de Castilla y León que participaron en un taller de trabajo sobre las ventajas y dificultades para el desarrollo del proceso asistencial, se resume en la siguiente valoración:

- *Beneficios para los pacientes* en la rapidez de la atención, en la mejora de la seguridad del paciente y su calidad de vida mediante el seguimiento proactivo de los mismos, atención coordinada y mejora de la conciliación en los cuidados y tratamientos; por último, valoran muy positivamente disponer de referentes en el hospital.
- *Beneficios para los profesionales* tanto de atención primaria como de hospital implicados en los PCPPC, que valoran que ha mejorado la accesibilidad (el contacto telefónico es fluido e inmediato entre profesionales), la coordinación entre ambos niveles, la comunicación y el entendimiento con relación a los pacientes.

2.3.3 Programa de pacientes activos²

La orientación del modelo de atención en nuestra comunidad hace necesario el desarrollo de iniciativas con la finalidad de que pacientes y personas cuidadoras dispongan del conocimiento suficiente de su enfermedad, ajustado a sus niveles de comprensión, de conseguir su motivación para que se impliquen en el tratamiento y de facilitarles herramientas para que puedan adoptar las decisiones que, a su nivel y en cada momento, puedan ser más favorables para el paciente.

El programa desarrollado en Castilla y León se ha centrado hasta el momento en el *Proyecto Paciente activo en Diabetes tipo 2*, que tiene como objetivo potenciar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud. *Se pretende fomentar el autocuidado y formar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo entre iguales*, aumentar las habilidades y confianza del paciente y mejorar el manejo de su enfermedad, pero con el asesoramiento y la supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano.

Para ello, se ha tomado como referencia el Programa *Paciente Experto* de la Universidad de los Pacientes, que sigue el modelo desarrollado por el *Patient Education Research Center* de la Universidad de Stanford. Las fases de implantación del proyecto han incluido una primera etapa de formación de formadores (profesionales sanitarios), en la cual se ha procedido al desarrollo de las unidades didácticas, a través de un grupo de trabajo específico y la formación en habilidades de comunicación y dinámica de grupos.

A ello ha seguido una segunda fase de formación a pacientes activos, futuros formadores, en la que se ha producido la adquisición de conocimiento, competencias y habilidades para el autocuidado, a través de las unidades didácticas, la formación en habilidades de comunicación y dinámica de grupos y la promoción de actitudes y motivación. En la actualidad ya está desarrollada esta fase 2 del proyecto en la práctica totalidad de las Áreas de Salud.

Finalmente, en el año 2015 ya se ha iniciado la tercera fase de actividades formativas de pacientes a pacientes, sesiones que se imparten desde los pacientes activos a otros pacientes, con la asistencia de un profesional sanitario de apoyo (observador). El proyecto continúa adelante con vistas a su extensión en toda la Comunidad Autónoma.

2.4 Un sistema apoyado en la innovación

El Sistema de Salud de Castilla y León entiende que la innovación es un elemento clave en el aseguramiento y mejora de sus prestaciones a los ciudadanos. Algunos ejemplos de esta estrategia de innovación incluyen:

2 Junta de Castilla y León. Aula de Pacientes [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/AulaPacientes>

2.4.1 Servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas

La demanda de atención ante urgencias pediátricas es cada vez más frecuente en nuestro entorno. El establecimiento de un procedimiento que permita una respuesta eficaz y oportuna a los padres o tutores, ante sus requerimientos de información puede constituir un recurso de extraordinaria ayuda en muchos casos, que incluso permita resolver muchas situaciones sin requerimientos adicionales de atención.

El servicio de consulta telefónica pediátrica en Castilla y León, puesto en marcha en 2013 en Valladolid y desde febrero de 2014 extendido al resto de áreas de salud constituye un programa innovador que ofrece información, consejos y recomendaciones a los padres sobre urgencias pediátricas (hasta los 14 años). Se trata de un servicio complementario, especialmente indicado en aquellas situaciones en las que una rápida recomendación profesional proporciona tranquilidad a los padres, al mismo tiempo que contribuye a mejorar la utilización de los servicios, teniendo en cuenta la gravedad y complejidad del problema. De esta manera, el servicio se adapta a las necesidades reales de cada paciente facilitando una nueva forma de contacto entre los usuarios y los centros sanitarios.

El servicio garantiza una respuesta rápida y fácil, desde el domicilio del paciente, mediante el teléfono (y en un futuro utilizando también otros canales de comunicación), y contribuye a poner en marcha la consulta no presencial de forma sistemática, es decir aquella que es capaz de resolver un alto porcentaje de las demandas de los pacientes sin necesidad de acudir a los centros sanitarios.

Durante 2015, el servicio de consulta telefónica pediátrica en Castilla y León ha atendido un total de 20.406 llamadas. Los motivos más frecuentes de consulta son generalmente dudas sobre medicación, o problemas como fiebre, náuseas y vómitos, diarrea y tos. La evaluación de este servicio ha demostrado su capacidad de resolución en un elevado porcentaje de los casos. Así, más de tres cuartas partes de las llamadas recibidas (15.426 llamadas, un 75,6% del total) son resueltas con consejo telefónico, requiriendo derivación a hospital o atención primaria el 25% restante.

Tabla 2-4 Servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas en Castilla y León, 2015

Gestión efectuada	Nº de casos	%
Derivación atención primaria	1.755	8,6
Derivación al hospital	3.255	16,0
Consejo telefónico	15.426	75,6
Número total de llamadas	20.436	100

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis del servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas, 2015.

2.4.2 Anillo radiológico

El anillo radiológico, cuya implantación global se ha producido en 2015, constituye otro ejemplo reciente de innovación en el Sistema de Salud de Castilla y León. Su objetivo es proporcionar acceso *on line* a todos los estudios (imagen e informe) para todos los profesionales, independientemente del lugar donde se realicen, así como la disponibilidad de los informes radiológicos y posteriormente a las imágenes, a través de la carpeta del paciente para todos los ciudadanos, todo ello en un contexto de eficiencia y seguridad de la información, que además ha afrontado la renovación de las infraestructuras, reemplazadas por otras más modernas, potentes y de mayor rendimiento.

Se ha implementado una plataforma que permite buscar cualquier prueba diagnóstica de radiología y medicina nuclear, utilizando la identificación local. Esta funcionalidad se ha efectuado para los dos ámbitos asistenciales, tanto atención primaria como atención especializada. Para ello, además de habilitar la identificación única en toda la comunidad:

Proyecto EMPI (*Enterprise Master Patient Index*) se ha acometido la actualización de las redes de comunicaciones.

En la actualidad almacena más de 19.000.000 estudios y 700 millones de imágenes, que están a disposición de todos los profesionales de la comunidad, independientemente de donde se hayan realizado las imágenes. Al mismo tiempo esta información está disponible en la carpeta del paciente, pudiendo acceder y descargar aquellos estudios que se acompañan de informe del servicio de radiología.

Se ha realizado una centralización con mayor nivel de seguridad de los sistemas de almacenamiento de imágenes de toda la comunidad a los Centros de Procesamiento de Datos (CPDs) mejorando la accesibilidad a todos los profesionales clínicos y pacientes. Las actuaciones han incluido alojamiento de CPD corporativos en estancias propias de Sacyl (internalización de servicios), la mejora de las infraestructuras y comunicaciones (mallado de red), el establecimiento de una identificación única e inequívoca de todas las historias clínicas de los pacientes en los distintos centros y la migración de datos de CPDs locales a CPDs corporativos.

2.4.3 Unificación del sistema de información en anatomía patológica

El proyecto de innovación en anatomía patológica desarrollado en Castilla y León se plantea como un sistema centralizado multihospital, que compartiendo una identificación y una base de conocimiento común, favorece el trabajo en grupo de todo el colectivo de anatomía patológica a nivel regional y permite el desarrollo de nuevas innovaciones tecnológicas, como por ejemplo la Patología Digital.

Se trata del Primer Proyecto Regional de Anatomía Patológica que se acomete en nuestro país que, como rasgo diferencial, emplea una base de datos de identificación única y un subconjunto de pruebas, ya validado por la Subdirección General de Sistemas de Información e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ha solicitado su cesión para su uso por el resto de las comunidades autónomas.

Para ello se ha requerido realizar una centralización y una consolidación de toda la anatomía patológica de los 14 centros hospitalarios de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad Autónoma. Partiendo de un grupo de trabajo con representación de hospitales de diferentes tamaños y requerimientos, se ha realizado el diseño y seguimiento del despliegue, implantación, incidencias y desarrollo de nuevas funcionalidades.

Los resultados del proyecto han permitido la renovación de toda la infraestructura de tecnologías de la información en los servicios de anatomía patológica, que tras la pertinente adaptación y formación del nuevo sistema, con corrección de incidencias, ha facilitado una mejora en el trabajo organizativo del laboratorio al introducir un sistema de clasificación nuevo, más eficiente y centralizado. Ello redundará en la mejora del trabajo clínico de los médicos de los servicios de anatomía patológica, mediante el intercambio de procesos de un centro a otro, y la mejora del trabajo organizativo, al poder establecer métricas en su forma de trabajo de un centro con respecto a otro. Todo ello a través de una homogenización de las pruebas y de los catálogos, con todos los servicios hablando en un mismo *lenguaje* sobre variables y pruebas.

Esto da la posibilidad de consultar las pruebas de un mismo paciente en distintos centros, ya sea como envío a centros de referencia o como casos de consulta.

2.4.4 Planificación quirúrgica compleja a través del modelo en impresión 3D

El Proyecto Planificación Quirúrgica Compleja a través de un modelo en impresión 3D es un sistema innovador consistente en modelizar piezas, a partir de imágenes en TAC (Tomografía Axial Computarizada), que permitan que los cirujanos dispongan de la pieza *en mano* en la preparación de la intervención.

Para ello, se procede a un diseño del modelo en imagen 3D, bien empleando TAC o RMN (Resonancia Magnética Nuclear) junto con software específico, que permite la transformación del modelo gráfico a objeto sólido tridimensional, mediante impresión 3D. Ello da la oportunidad de planificar y ensayar la intervención en un entorno de *simulación real*.

Este modelo de preparación ya se ha realizado en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Río Hortega como prueba de concepto sobre displasia de cadera compleja para poder comparar resultados con otras intervenciones previas de este proceso. Los resultados tras la implantación de la prótesis de cadera muestran que la duración de la intervención se reduce sustancialmente debido a la preparación prequirúrgica con una planificación previa de la técnica y materiales a emplear por parte del cirujano, habida cuenta de que se dispone de una planificación más sencilla y precisa a la situación real del paciente, al disponer el cirujano en sus manos de toda la volumetría de la pieza. Del mismo modo, las características del material y el tamaño se ajustan a la estructura real, lo que permite un abordaje quirúrgico más preciso y con menor lesión de estructuras adyacentes.

Todo ello permite una optimización del material quirúrgico a utilizar, con mejor elección del implante y fijaciones, acortando tiempos quirúrgicos, reduciendo la probabilidad de complicaciones (menor sangrado, menor exposición a la anestesia, menor probabilidad de infección), y disminuyendo también los tiempos para la recuperación y deambulación, así como, los costes subsiguientes.

El proyecto ha dado lugar a la preparación de un catálogo de patologías diana susceptibles de ser acometidas por este procedimiento, definiendo aquellos procesos donde pueden estar indicados la planificación quirúrgica por impresión 3D, tras verificar la similitud del modelo con la estructura real, junto con el análisis de las ventajas y resultados obtenidos.

2.4.5 Proyecto Acción para Mejorar la Atención en la Detección del Deterioro Clínico y la Utilización de Recursos-AMADEUS

Durante la evolución clínica de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización se produce frecuentemente deterioro clínico, cuya detección temprana no es posible con la precocidad necesaria para una actuación efectiva. En el Hospital Universitario Río Hortega se ha diseñado un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos basado en la utilización de una adaptación de la escala *Early Warning Score* (EWS) que permite calcular precozmente el riesgo de deterioro clínico de los pacientes a través de los datos vertidos de manera rutinaria en la historia clínica electrónica hospitalaria. El cálculo del riesgo de deterioro de los pacientes se realiza a través de los inputs que el sistema recibe en forma de constantes clínicas, adecuando los recursos (frecuencia de toma de constantes y atención especializada) al riesgo del paciente en cada momento.

Tras un análisis inicial con datos de los años 2012 y 2013, referido a aquellos casos que hubieran podido ser detectados precozmente con ese sistema en el Hospital Universitario Río Hortega, se estimó la cifra en 187 pacientes por año (23 pacientes fallecidos de forma inesperada, 4 pacientes en parada cardiorrespiratoria, 144 ingresos inesperados en cuidados intensivos y 16 reingresos en UCI durante la misma estancia hospitalaria).

Tras realizar las adaptaciones tecnológicas para implementar e integrar la escala en las historias clínicas, verificando indicadores de actividad, monitorizando el funcionamiento del sistema y calculando los resultados de asistencia sanitaria predefinidos, los resultados han mostrado un resultado favorable, para intervenir y evitar la progresión del deterioro en un número importante de las alertas recibidas a través del sistema.

Por todo ello, el pilotaje de un sistema innovador en nuestro medio de detección del deterioro clínico de los pacientes y de respuesta asistencial rápida ha resultado muy satisfactorio desde el punto de vista tecnológico, organizativo y funcional pudiéndose desplegar a más servicios y hospitales de la comunidad. Se trata de un sistema de detección proactivo y precoz que repercute directamente en la salud de los pacientes, además de reducir estancias hospitalarias,

disminución de efectos adversos y la consiguiente reducción de costes, facilitando un uso más racional de los recursos.

3 Infraestructuras sanitarias

La situación de crisis económica de los últimos años tuvo impacto en el desarrollo de algunas iniciativas en el ámbito de infraestructuras. En el inicio de un proceso de recuperación, se están afrontando las obras en distintas infraestructuras de la Comunidad Autónoma, tanto en el ámbito de atención primaria como especializada.

Cabe destacar la ejecución del nuevo Hospital de Salamanca, que se prevé esté finalizado en su primera fase a finales de 2018. Durante 2015 se han levantado las estructuras de los distintos bloques de hospitalización y técnicos, las cubiertas y se han iniciado las fachadas, con una inversión anual en la construcción de este hospital de 35.106.272 euros.

También durante el año 2015 se ha puesto en funcionamiento la primera fase (hospitalización, instalaciones centrales, urbanización y aparcamiento) del Hospital Provincial de Zamora, dotado con 160 camas, con una inversión total de más de 18 millones de euros.

En el ámbito de la Atención Primaria se iniciaron las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Esguevillas de Esgueva (Valladolid), con una inversión de 500.000 euros, cuya finalización está prevista en 2016.

Más allá del desarrollo de nuevas infraestructuras, deben ser también destacadas las iniciativas relacionadas con la eficiencia y sostenibilidad energética. A este respecto en el año 2015 se han incorporado los contratos de suministro de los centros de la Gerencia Regional de Salud a OPTE, herramienta informática desarrollada por el Ente Regional de la Energía de Castilla y León (EREN) que permite la monitorización de cada uno de los contratos de suministro energético, electricidad y gas, que tiene la Gerencia Regional de Salud en sus edificios. Así, OPTE registra los datos técnicos de 334 puntos de distribución eléctrica, con un consumo de 126.100 Mwh/año y un gasto de 19,7 millones de euros anuales. Y los de 117 suministros de gas, que suman 194.700 MWh/año de consumo y generan un coste de 8,6 millones de euros anuales.

La puesta en práctica de OPTE permite, en particular, controlar el consumo de energía mediante registros informatizados -lo que no se mide no se consume-, y reducir el gasto energético fijo a través de la optimización técnico-económica de los contratos, a través de, entre otros, la adecuación de potencias eléctricas contratadas, así como facilitar las compras centralizadas de energía, aprovechando las economías de escala. Del mismo modo, se mejora el proceso de tramitación administrativa de compra, haciéndola más ágil y eficiente, habilitando una plataforma de indicadores energéticos y la creación de modelos matemáticos por centro para establecer consumos objetivos o de buenas prácticas, y promoviendo inversiones de ahorro y eficiencia energética en los centros donde se detectan sobreconsumos y asegurar el seguimiento de los ahorros derivados de éstas. Este chequeo se completa con una comparativa de consumos que se realiza a través de una plataforma de indicadores energéticos, la cual permite contrastar los registros entre centros del mismo tipo en la Comunidad e identificar los que ofrecen mayor potencial de ahorro.

El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas ha destacado el mérito de poner en marcha esta iniciativa en una administración autonómica de grandes dimensiones como es la Junta de Castilla y León y ha valorado la implicación de los empleados públicos, que han sido colaboradores directos del proyecto, en la concesión del accésit del Premio a la Innovación en la Gestión 2015.

Por otro lado, y siguiendo un proceso iniciado ya hace más de una década, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León continúa el Programa Hospisol, para la ejecución de instalaciones solares térmicas en los hospitales de la Comunidad Autónoma. En su implantación se cuenta con la colaboración del EREN, el cual analiza, elabora los proyectos, ejecuta materialmente y mantiene las instalaciones. Cada uno de los hospitales, por su parte, se beneficia de un ahorro energético a la vez que contribuye a mejorar la calidad del medioambiente.

Tabla 3-1 Hospitales incorporados al Programa Hospisol, 2015

Complejo	Hospital	Superficie de captación solar (m ²)	Inversión (€) (c/IVA)
Complejo Asistencial de Ávila	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles	357,84	189.584
Complejo Asistencial Universitario de Burgos	Hospital Fuente Bermeja	79,67	66.523
	Edificio Divino Vallés	176,00	113.477
	Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero)	110,00	78.026
Complejo Asistencial Universitario de León	Hospital Santiago Apóstol (Miranda de Ebro)	198,00	112.300
	Hospital Universitario de León	506,00	250.625
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Hospital de El Bierzo (Ponferrada)	587,77	324.882
	Hospital Los Montalvos	154,91	23.919
Complejo Asistencial de Segovia	Hospital Virgen del Castañar (Béjar)	17,60	17.502
Complejo Asistencial de Segovia	Hospital General de Segovia	220,00	113.689
Complejo Asistencial de Soria	Hospital Santa Bárbara	176,00	112.833
Complejo Asistencial Universitario de Palencia	Hospital Río Carrión	440,00	258.514
	Hospital Río Hortega (Valladolid)	354,08	267.004
Complejo Asistencial de Zamora	Hospital de Medina del Campo	158,40	81.843
	Hospital Virgen de la Concha	354,20	178.225
Total		3.890,5	2.188.946

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Programa Hospisol.

Desde su puesta en marcha y hasta el 31 de diciembre de 2015, el conjunto de las instalaciones solares ejecutadas bajo el Programa Hospisol han generado más de 14.822.497 KWh, lo que se traduce en un ahorro económico de 1.600.830 euros (IVA incluido). Todo ello ha supuesto que esta apuesta de la Junta de Castilla y León se viera recompensada con la concesión del Premio Europeo 2008 al mejor proyecto europeo de servicios energéticos en el sector público.

4 Recursos humanos

4.1 Programa de post-formación sanitaria especializada de residentes

Castilla y León ocupa el segundo lugar del ranking nacional en cuanto a la tasa de plazas de formación sanitaria especializada acreditadas por 100.000 habitantes. A través del programa de post-formación sanitaria especializada de los internos residentes que finalizan su formación en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, se pretende incentivar a los mejores profesionales que acaban de terminar su residencia en la Comunidad Autónoma, y facilitar su permanencia en el Sistema de Salud de Castilla y León.

La creación de este programa de post-formación sanitaria especializada se contempla en la normativa autonómica desde 2014. En abril de 2015, mediante Orden SAN/360/2015, de 29 de abril, fue aprobado por primera vez el Programa 2015 para el reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros de Sacyl.

Este programa constituye un reconocimiento a la trayectoria y compromiso con la prestación asistencial de los profesionales que finalizan su formación, quedando establecido que se aprobará anualmente mediante Orden del Consejero competente en materia de sanidad, con la finalidad de promover el desarrollo de la formación clínica y de las capacidades de investigación de quienes hayan completado su formación como especialistas. Del mismo modo, permite impulsar el mantenimiento de la excelencia en la calidad de los profesionales y, por ende, la excelencia en la calidad asistencial a prestar a los ciudadanos, en línea con los objetivos de la organización.

El programa lleva aparejado la posibilidad de obtener un nombramiento, de acuerdo con la legislación específica en el ámbito sanitario, para continuar su formación clínico-investigadora con una duración máxima de tres años. El procedimiento, que se inicia de oficio, establece que las Comisiones de Docencia de cada hospital o gerencia de atención primaria deberán proponer al Comité de Evaluación, compuesto por los profesionales que se designen en la convocatoria, un número de candidatos de su gerencia.

El citado Comité de Evaluación de los profesionales post-residentes deberá evaluar a los post-residentes (post-EIR, MIR, PIR, FIR, etc.) teniendo en cuenta los criterios de valoración determinados, que operan esencialmente en las siguientes áreas: la docencia y formación relacionadas con la especialidad, la investigación, premios y becas, gestión clínica, aptitudes, actitudes y motivación. En términos generales, la evaluación se realizará antes del 30 de junio de cada año.

Con posterioridad, la Comisión de reconocimiento de profesionales post-residentes, teniendo en cuenta la valoración resultante de la evaluación realizada por el comité anterior establecerá una nota de corte que determinará los candidatos que pueden presentar un proyecto de investigación, dando traslado del listado de candidatos a las correspondientes gerencias. Desde cada gerencia se dará publicidad del programa a los profesionales post-residentes, para que presenten un proyecto investigación que será remitido por las gerencias a la Comisión de Reconocimiento, que procederá a la valoración de los candidatos.

Los criterios de valoración de los proyectos son: evaluación científico-técnica y metodológica, relevancia científica y sanitaria; así como la adecuación entre el objeto de investigación y las líneas de investigación priorizadas por la Gerencia Regional de Salud; y el potencial de transferencia real de los resultados del proyecto a la práctica clínica. Una vez valorados esos apartados respecto a cada candidato, la Comisión de Reconocimiento emitirá informe en el que señale el número de candidatos con mayor puntuación. Dicha puntuación se obtiene teniendo en cuenta la puntuación del Comité Evaluador, la puntuación obtenida en la Evaluación de Residencia y la puntuación del Proyecto de Investigación.

Si alguna de las modalidades no cubriera su número de reconocimientos, los no concedidos en tal modalidad son acumulables a cualesquiera de las otras aprobadas. Los seleccionados podrán obtener un nombramiento eventual para continuar su formación clínico investigadora durante tres años en los centros e instituciones sanitarias de Sacyl.

La primera convocatoria de selección, efectuada en 2015, ha permitido la contratación de 15 post-residentes durante tres años para ampliar su formación clínica e investigadora: 9 de ellos procedentes de especialidades hospitalarias, farmacéuticas, de psicología y pluridisciplinarias, junto con 4 MIR en medicina familiar y comunitaria y 2 EIR.

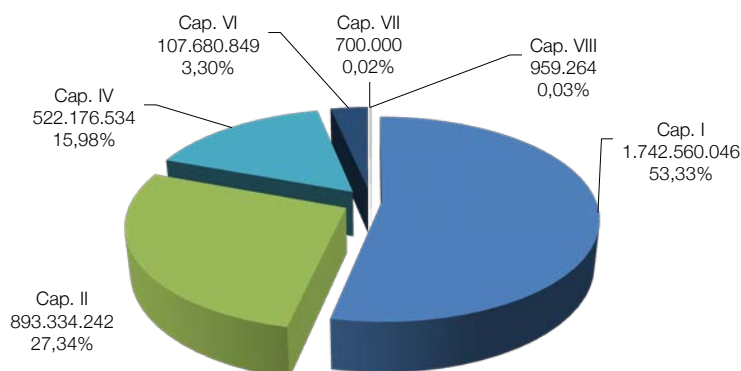
5 Gestión económico financiera

De acuerdo con la estadística de gasto sanitario público, consolidado por comunidades autónomas (datos disponibles correspondientes al año 2013), el gasto sanitario público en Castilla y León ascendió a 1.346 euros por habitante, cifra por encima de la media nacional (1.208 euros por habitante). En Castilla y León el gasto sanitario público supone un 6,3% del PIB, cifra que se encuentra casi un punto por encima de la media española (5,4%).

Después de cuatro ejercicios consecutivos con decrementos de su presupuesto inicial, para 2015 la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, incluyendo datos consolidados de la Gerencia Regional de Salud, organismo autónomo adscrito a esta Consejería, pudo contar con un presupuesto inicial superior en un 2,4% al del ejercicio precedente llegando a alcanzar los 3.267.410.935 euros.

Distribuido por capítulos de gasto, los incrementos fueron superiores al total en aquellos destinados a bienes corrientes y servicios, transferencias corrientes y, principalmente en términos porcentuales e inversiones reales.

Gráfico 5-1 Presupuestos de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2015



Fuente: Junta de Castilla y León.

En cuanto a la distribución funcional, los únicos subprogramas de gasto que se minoraron en el ejercicio 2015 fueron los destinados a los gastos de administración y servicios generales y de salud pública, experimentando todos los subprogramas directamente asistenciales gestionados por la Gerencia Regional de Salud incrementos similares.

En términos de ejecución presupuestaria, y gracias a la incorporación de nuevos créditos durante el ejercicio, las disponibilidades de la Consejería de Sanidad durante 2015 respecto al ejercicio precedente fueron aún mayores. En concreto, la variación ascendió a un 15,8%, casi 500 millones de euros más de obligaciones, fundamentalmente en el capítulo destinado a bienes y servicios corrientes.

Tabla 5-1 Ejecución presupuestaria-consolidado. Consejería de Sanidad, 2014 y 2015

Capítulo presupuestario	2014	2015	Δ%
Capítulo 1. Gastos de personal	1.727.346.575	1.758.556.748	1,8
Capítulo 2. Gastos de bienes corrientes y servicios	740.309.692	1.172.831.766	58,4
Capítulo 3. Gastos financieros	24.895.704	9.752.973	-60,8
Capítulo 4. Transferencias corrientes	593.185.649	619.990.509	4,5
Capítulo 6. Inversiones reales	52.627.863	74.198.591	40,9
Capítulo 7. Transferencias de capital	1.081.816	599.736	-44,5
Capítulo 8. Activos financieros	617.688	523.743	-15,2
Total	3.140.064.987	3.636.454.066	15,8

Fuente: Junta de Castilla y León.

En cuanto al comportamiento del gasto correspondiente al ejercicio, excluido por tanto el pago de facturas de ejercicios precedentes o conceptos de atrasos como el pago de parte de la paga extraordinaria de los empleados públicos dejada de percibir en 2012, este experimentó un crecimiento del 5,0% repartido de manera desigual entre los conceptos de gasto, ya que mientras la receta médica o los gastos de personal tuvieron ligeros incrementos, por debajo del correspondiente al presupuesto inicial de la Consejería; el gasto en bienes corrientes y servicios creció hasta un 11,7% debido fundamentalmente al notable crecimiento del gasto en fármacos hospitalarios como consecuencia, en su mayoría, de los nuevos fármacos contra el virus de la hepatitis C; también es destacable el 9,3% de subida del gasto en material sanitario, en este caso debido en gran medida a la aplicación con carácter general del tipo impositivo del IVA del 21,0%, frente al tipo reducido que se aplicaba a la mayor parte del material sanitario hasta el 31 de diciembre de 2014.

Tabla 5-2 Gasto consolidado, Consejería de Sanidad, 2014 y 2015

Concepto de Gasto	2014 euros	2015 euros	Δ%
Personal	1.729.120.406	1.758.345.417	1,6
Atención continuada	194.138.024	197.656.464	1,8
Sustituciones	51.238.582	71.076.783	38,7
Bienes corrientes y servicios	994.608.507	1.111.288.519	11,7
Farmacia hospitalaria	303.188.091	373.081.029	23,0
Material sanitario	253.482.312	277.119.411	9,3
Conciertos asistenciales	142.090.839	141.408.635	-0,4
Transferencias corrientes	601.636.893	620.023.802	3,0
Receta médica	592.467.069	606.231.359	2,3
Inversiones de capital	53.709.679	74.798.327	39,2
Gastos y activos financieros	25.513.392	10.276.716	59,7
Total	3.404.588.877	3.574.732.782	5,0

Fuente: Junta de Castilla y León.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

La naturaleza abierta y colaboradora que es consustancial a la Comunidad de Castilla y León, así como su extraordinario potencial estratégico, hacen de la política de cooperación un fenómeno lógico y espontáneo, pero también un capítulo de magnitud ascendente en la política autonómica a partir del mandato recibido por el Estatuto de Autonomía, reformado en el año 2007. La cooperación de Castilla y León con las Comunidades Autónomas se extiende, principalmente, a las nueve Comunidades Autónomas con las que Castilla y León tiene especiales vínculos históricos, económicos y culturales derivados, en gran parte, de su posición territorial.

Esta línea de cooperación estratégica responde a tres grandes objetivos: en primer lugar, y como principal referente, desde la Junta de Castilla y León se pretende contribuir con estas actuaciones a fijar población en las zonas periféricas, para lo cual resulta imprescindible acercar a los ciudadanos los mejores servicios esenciales y ofrecer unas prestaciones de calidad para eliminar así las diferencias entre territorios; en segundo lugar, responde al desarrollo del Estatuto de Autonomía reformado en 2007 y a la aspiración de conseguir un autonomismo útil y cooperativo -útil para los ciudadanos beneficiados por el ámbito de actuación de los acuerdos, y cooperativo dentro de un marco de diálogo fluido y necesario con el conjunto del Estado, y de manera especial, con las comunidades autónomas más cercanas-, todo ello conforme subraya el artículo 60.1 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

Finalmente, un tercer objetivo de esta línea de trabajo es impulsar nuestro desarrollo estatutario, profundizando en nuestro autogobierno bajo la base de una nueva política de cohesión del Estado Autonómico promovida por las propias comunidades autónomas para la correcta coordinación de sus competencias exclusivas.

Desde que recibió este mandato estatutario, Castilla y León ha impulsado la firma de más de 40 acuerdos de colaboración con las comunidades autónomas limítrofes para facilitar el acceso a los diferentes servicios públicos indistintamente a la comunidad en la que residen, lo que permite mejorar no solo su calidad de vida y bienestar, sino conseguir mayor eficacia en la gestión así como trabajar en asuntos de interés común.

Prueba de toda esta colaboración son algunos resultados destacables: se ha facilitado a más de 260.000 ciudadanos la posibilidad de acudir a los centros de salud o a los hospitales más próximos a su lugar de residencia, independientemente de la comunidad a la que pertenezca; más de 43.000 pacientes de Castilla y León y las comunidades autónomas con las que hemos firmado protocolos han hecho uso de esta posibilidad durante los últimos cuatro años.

Asimismo, se ha intensificado la coordinación entre los servicios de urgencias y emergencias del 112 con todas las comunidades limítrofes, para que todas las situaciones de emergencia puedan ser atendidas correctamente, con independencia de si la llamada se hace desde un territorio u otro. De esta forma el Centro de Emergencias de Castilla y León 112 ha atendido entre los años 2001-2015 cerca de 25.000 llamadas procedentes de comunidades limítrofes, y se han realizado en el mismo periodo 23 intervenciones del Grupo de Rescate de Castilla y León.

En materia de asistencia sanitaria la Junta de Castilla y León mantiene, como una de sus prioridades, la cooperación recíproca con comunidades autónomas limítrofes, y para lograr este objetivo se han firmado distintos convenios marco y adendas referidos a la asistencia sanitaria al amparo de los protocolos generales de colaboración que se han ido estableciendo desde 2008. En la actualidad, Castilla y León tiene en vigor convenios/protocolos generales de colaboración en materia sanitaria con Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y País Vasco.

Este marco de colaboración entre regiones españolas tiene como fin último ofrecer a los ciudadanos mejores servicios sanitarios, atendiendo a los principios de solidaridad, universalidad y equidad recogidos tanto en la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como en la Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y

León. Apostando por el establecimiento de mecanismos de colaboración que permitan ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, rápida y cercana, a cualquier ciudadano, gracias a la consideración del sistema sanitario como un todo, en el que políticas de cohesión como esta, basadas en la cooperación entre comunidades, faciliten la accesibilidad de los usuarios a los recursos asistenciales con independencia de su lugar de residencia.

Como consecuencia de los protocolos firmados se redactan, en algunos casos, convenios específicos y adendas en materia de sanidad, con las correspondientes especificidades de las situaciones a las que prestan atención, a los ámbitos asistenciales de Atención Primaria, Atención Especializada, y Urgencias / Emergencias.

En general, los protocolos hacen referencia a determinadas materias que pueden ser objeto de posible colaboración, que incluyen la atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario; atención primaria de salud; atención especializada (ambulatoria y hospitalaria); atención en salud mental y asistencia psiquiátrica; tarjeta sanitaria; formación del personal; investigación en ciencias de la salud; desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación; organización de los servicios sanitarios; salud pública; y cualesquiera otras que dentro del ámbito sanitario y de acuerdo con sus competencias consideren oportuno ambas partes.

Con la Comunidad Autónoma de Aragón, se ha establecido un Convenio Marco de Colaboración para la coordinación en materia de asistencia sanitaria, de 28 de abril de 2008; Convenio de Colaboración Específico para la Asistencia Sanitaria en Urgencias y Emergencias en la zona limítrofe, de 28 de Abril de 2008; Convenio de Colaboración Específico para la Atención Primaria y Especializada, de 28 de abril de 2008; Convenio entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de 9 de mayo de 2008; y Protocolo general de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Junta de Castilla y León, de 14 de Septiembre de 2009.

Tabla 6-1 Colaboración entre Aragón y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Aragón atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Aragón	Pacientes de Aragón atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Aragón
Atención Primaria	El Centro de Salud (CS) Ólvega atiende pacientes de Pomer. El C.S Arcos de Jalón atiende pacientes de Pozuelo de Ariza	(*)	El C.S Ólvega atiende pacientes de Pomer. El C.S Arcos de Jalón atiende pacientes de Pozuelo de Ariza	(*)
Atención Especializada	497	482	504	475
Emergencias Sanitarias	0	11	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Los acuerdos de colaboración establecidos con la Comunidad Autónoma de Asturias incluyen el Protocolo General de Colaboración entre el Gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León, de 8 de julio de 2008; y el Protocolo de Colaboración entre la Consejería de Economía y Empleo de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, a través del Instituto Nacional de Silicosis, de 31 de julio de 2014.

Tabla 6-2 Colaboración entre Asturias y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Asturias atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Asturias	Pacientes de Asturias atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Asturias
Atención Primaria	94	(*)	153	(*)
Atención Especializada	(*)	88	(*)	40
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se estableció el Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Junta de Castilla y León, de 20 de febrero de 2009, así como la Adenda en materia de asistencia sanitaria de 20 de febrero de 2009.

Tabla 6-3 Colaboración entre Castilla-La Mancha y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Castilla- La Mancha atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Castilla-La Mancha	Pacientes de Castilla- La Mancha atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Castilla-La Mancha
Atención Primaria	(*)	(*)	(*)	(*)
Atención Especializada	(*)	3.318	(*)	3.474
Emergencias Sanitarias	3	10	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con respecto a los acuerdos establecidos con Galicia, cabe citar el Protocolo de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de Galicia y la Comunidad Autónoma de Castilla y León, de fecha 17 de marzo de 2008; el Convenio Marco de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, de 19 de diciembre de 2008; el Convenio Específico de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, el Servicio Gallego de Salud, y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para la atención primaria, especializada y asistencia sanitaria de urgencias y emergencias en zonas limítrofes, de 19 de diciembre de 2008; el Convenio Específico de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, y la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de la Comunidad de Castilla y León en materia de extracción de sangre de cordón umbilical y su procesamiento, de 16 de febrero de 2009; y finalmente el Protocolo General de Colaboración entre la Xunta de Galicia y la Junta de Castilla y León, de 20 de enero de 2010.

Tabla 6-4 Colaboración entre Galicia y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Galicia atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Galicia	Pacientes de Galicia atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Galicia
Atención Primaria (**)	3.194	(*)	3.153	(*)
Atención Especializada	(*)	357	(*)	353
Emergencias Sanitarias	0	0	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (**) Están sumadas las consultas que realiza el médico con las que realiza la enfermera, esto significa que un mismo paciente puede tener dos asistencias distintas. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con la Comunidad Autónoma de Extremadura, se han establecido el Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León, de 21 de enero de 2009, la Adenda en materia de asistencia sanitaria, de 19 de mayo de 2009 y la 2ª Adenda al Protocolo General, de 19 de mayo de 2010.

Tabla 6-5 Colaboración entre Extremadura y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Extremadura atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Extremadura	Pacientes de Extremadura atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Extremadura
Atención Primaria (**)	(*)	1.497	(*)	1.346
Atención Especializada	213	347	164	434
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia (**) Están sumadas las consultas que realiza el médico con las que realiza la enfermera, esto significa que un mismo paciente puede tener dos asistencias distintas. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con respecto a La Rioja, debe citarse el Protocolo general de Colaboración entre la Comunidad de La Rioja y la Junta de Castilla y León, de 19 de junio de 2008; la Adenda General, de 8 de julio de 2009; el anexo segundo a la Adenda en materia de asistencia sanitaria de 29 de marzo de 2010; la Segunda Adenda de 10 de noviembre de 2010; y finalmente la Tercera Adenda, de 9 de octubre de 2013.

Tabla 6-6 Colaboración entre La Rioja y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de La Rioja atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en La Rioja	Pacientes de La Rioja atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en La Rioja
Atención Primaria	(*)	El C.S de Torrecilla de Cameros atiende a pacientes de Montenegro de Cameros (Soria)	(*)	El C.S de Torrecilla de Cameros atiende a pacientes de Montenegro de Cameros (Soria)
Atención Especializada	717	474	645	216
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones :(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

En lo que respecta a la Comunidad de Madrid, el acuerdo queda plasmado en el Protocolo General de Colaboración entre la Comunidad de Madrid y la Junta de Castilla y León, de 4 de junio de 2008.

Tabla 6-7 Colaboración entre Madrid y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de Madrid atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Madrid	Pacientes de Madrid atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Madrid
Atención Primaria	Pacientes desplazados de Madrid temporalmente que son atendidos en El Espinar, La Granja de San Ildefonso, Navafría y Riaza (Segovia) o Sotillo de la Adrada y Cebreros (Ávila)	(*)	Pacientes desplazados de Madrid temporalmente que son atendidos en El Espinar, La Granja de San Ildefonso, Navafría y Riaza (Segovia) o Sotillo de la Adrada y Cebreros (Ávila)	(*)
Atención Especializada	(*)	81	(*)	114
Emergencias Sanitarias	4	77	(1)	

Observaciones:(*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Los acuerdos con la Comunidad Autónoma del País Vasco quedan recogidos en el Protocolo General de Colaboración entre el Gobierno Vasco y la Junta de Castilla y León, de 23 de enero de 2012.

Tabla 6-8 Colaboración entre el País Vasco y Castilla y León, 2014 y 2015

	2014		2015	
	Pacientes de País Vasco atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en País Vasco	Pacientes de País Vasco atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en País Vasco
Atención Primaria	Pacientes del País Vasco que pueden ser atendidos en los CS de cualquiera de las ZBS limítrofes	El CS de Valdegovia atiende pacientes de San Zadornil (Burgos)	Pacientes del País Vasco que pueden ser atendidos en los CS de cualquiera de las ZBS limítrofes	El CS de Valdegovia atiende pacientes de San Zadornil (Burgos)
Atención Especializada	1.682	2.328	1.539	2.497
Emergencias Sanitarias	2	2	(1)	

Observaciones:(1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Finalmente, está previsto que la Junta de Castilla y León cierre próximamente el mapa de convenios con las comunidades vecinas, con la firma del Protocolo general de colaboración con el Gobierno de Cantabria, iniciando así una nueva etapa en las relaciones entre las dos comunidades.

Por último, cabe mencionar la Cooperación con Portugal, país con el que la Comunidad de Castilla y León presenta relación de frontera y proximidad en muchos y diversos ámbitos. En el ámbito de salud se enmarcan acuerdos que quedan recogidos en el Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, hecho *ad referendum* en Zamora el 22 de enero de 2009 y su Acuerdo administrativo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Ministerio de Salud de Portugal relativo a las modalidades de aplicación de dicho Acuerdo Marco; así como el Acuerdo Marco entre la República Portuguesa y el Reino de España sobre cooperación transfronteriza en salud, firmado el 19 de marzo de 2010.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, 2015	11
Tabla 2-2	Origen de la solicitud en la Unidad de Diagnóstico Rápido-UDR, 2015	14
Tabla 2-3	Demora para la asistencia, 2015	14
Tabla 2-4	Servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas en Castilla y León, 2015	19
Tabla 3-1	Hospitales incorporados al programa Hospisol, 2015	24
Tabla 5-1	Ejecución presupuestaria-consolidado. Consejería de Sanidad, 2014 y 2015	28
Tabla 5-2	Gasto consolidado, Consejería de Sanidad, 2014 y 2015	28
Tabla 6-1	Colaboración entre Aragón y Castilla y León, 2014 y 2015	30
Tabla 6-2	Colaboración entre Asturias y Castilla y León, 2014 y 2015	31
Tabla 6-3	Colaboración entre Castilla-La Mancha y Castilla y León, 2014 y 2015	31
Tabla 6-4	Colaboración entre Galicia y Castilla y León, 2014 y 2015	32
Tabla 6-5	Colaboración entre Extremadura y Castilla y León, 2014 y 2015	32
Tabla 6-6	Colaboración entre La Rioja y Castilla y León, 2014 y 2015	33
Tabla 6-7	Colaboración entre Madrid y Castilla y León, 2014 y 2015	33
Tabla 6-8	Colaboración entre el País Vasco y Castilla y León, 2014 y 2015	34

Índice de gráficos

Gráfico 5-1 Presupuestos de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2015

27

Índice de figuras

Figura 2-1 Criterios de estratificación en la población de Castilla y León, 2014

16

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CPD	Centro de Procesamiento de Datos
CS	Centro de Salud

E

EMPI	<i>Enterprise Master Patient Index</i> (Índice Maestro Corporativo de Pacientes, Repositorio Central de Datos de Pacientes)
EIR	Enfermero Interno Residente
EREN	Ente Regional de la Energía de Castilla y León
EWS	<i>Early Warning Score</i> (Puntuación de alerta temprana)

F

FIR	Farmacéutico Interno Residente
-----	--------------------------------

M

MIR	Médico Interno Residente
-----	--------------------------

O

OPTE	Herramienta informática para la eficiencia y sostenibilidad energética
------	--

P

PCPPC	Procesos Crónicos Pluripatológicos Complejos
PIR	Psicólogo Interno Residente

R

RMN	Resonancia Magnética Nuclear
-----	------------------------------

S

Sacyl	Sanidad de Castilla y León
-------	----------------------------

T

TAC	Tomografía Axial Computarizada
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCA	Unidad de Continuidad Asistencial
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCSS	Unidad de Convalecencia Sociosanitaria
UDR	Unidad de Diagnóstico Rápido

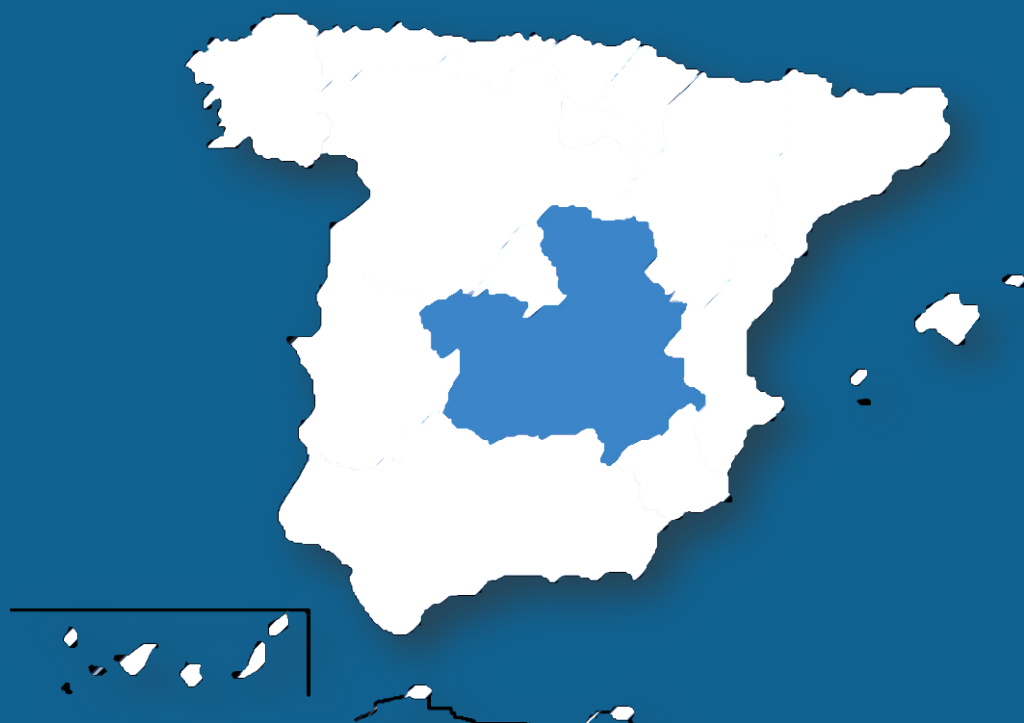
Z

ZBS	Zona Básica de Salud
-----	----------------------

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de
Castilla–La Mancha



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Acciones específicas propias más destacables en 2015	5
1.2 La red centinela	7
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Actividad asistencial en la atención hospitalaria y en la atención primaria	9
2.2 La actividad asistencial en urgencias, emergencias y transporte sanitario	11
2.2.1 Recursos - distribución del personal	11
2.2.2 Objetivo del transporte	11
2.2.3 Recursos móviles según la prioridad asistencial	12
3 Infraestructuras sanitarias	15
3.1 Obras	15
3.2 Equipamiento	15
4 Recursos humanos	17
5 Gestión económico financiera	21
6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	25
6.1 Protocolo General de colaboración entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Junta de Castilla y León, febrero de 2009	25
6.2 Convenio marco y convenio específico de colaboración en materia sanitaria con la Comunidad Valenciana, junio de 2012	25
6.3 Convenio de colaboración entre las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha en materia de asistencia sanitaria, de 15 de enero de 2014	26
6.4 Convenio de cooperación entre las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Madrid para la prestación de atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de ambas comunidades autónomas, firmado en el primer trimestre de 2015	30
Índice de tablas	37
Abreviaturas, acrónimos y siglas	39

Resumen

Las páginas siguientes recogen un resumen de las actuaciones sanitarias realizadas en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha durante 2015, tanto en lo que se refiere a las actuaciones preventivas del ámbito de la salud pública, como a las actividades propiamente asistenciales.

En cuanto a la salud pública, se incluyen datos sobre detección precoz neonatal de las enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas que son objeto de *screening* sistemático, así como los resultados de la detección precoz de hipoacusia neonatal.

Varias tablas recogen los resultados del programa de vacunaciones infantiles según el calendario vigente, con unas elevadas tasas de cobertura. Se incluyen también datos sobre la vacunación de gripe y neumococo en adultos.

El programa de detección precoz de cáncer de mama en mujeres de 45 a 70 años consigue también una alta participación y respuesta, permitiendo detectar un total de 216 casos positivos en 2014.

Finalmente, se incluye la información de la red de médicos centinela de la gripe y de otras enfermedades de declaración obligatoria.

Sobre la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se recogen los principales indicadores de la actividad hospitalaria llevada a cabo durante 2014 y 2015: número de ingresos y altas, estancia media e índice de ocupación, actividad quirúrgica total (programada y urgente), porcentaje de cirugía mayor ambulatoria, partos y urgencias hospitalarias atendidas. Igualmente, se incluyen el número de consultas externas, los tratamientos o sesiones de hospital de día y las principales pruebas o exploraciones complementarias realizadas.

Se recoge también la importante actividad asistencial desarrollada en atención primaria: consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, (programada, a demanda y en domicilio), la actividad de los odontólogos de cupo, unidades de salud bucodental, fisioterapia y matronas, así como la atención urgente en los Puntos de Atención Continuada (PAC).

El Informe incluye además una amplia información sobre la actividad asistencial desarrollada en urgencias, emergencias y transporte sanitario.

Otros apartados refieren las inversiones realizadas en obras, infraestructuras y equipamiento, y el total de recursos humanos existentes en las instituciones sanitarias (personal directivo, personal sanitario facultativo, personal sanitario no facultativo y personal de gestión y servicios) tanto en atención primaria como atención hospitalaria, y su evolución entre 2010 y 2015. Varias tablas recogen también datos sobre gestión económico-financiera y ejecución presupuestaria.

Por último, el Informe explica con detalle la organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes con otras comunidades autónomas, en virtud de los acuerdos y convenios de colaboración existentes con dichas comunidades.

1 Salud Pública

1.1 Acciones específicas propias más destacables en 2015

Tabla 1-1 Detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas, 2015		
Nacimientos declarados		15.777
Recién nacidos analizados		15.666
Participación %		99,7
Casos detectados	Fenilcetonuria	2
	Hipotiroidismo congénito	15
	Hiperplasia adrenal	1
	Fibrosis quística	4
	Acidemia metilmalónica	1
	Acidemia propiónica	0
	MCADD	2
	LCHADD	0
	Acidemia glutárica	1
	Anemia falciforme	1
	Tasas de detección (por 10.000)	Fenilcetonuria
Hipotiroidismo congénito		9,6
Hiperplasia adrenal		0,6
Fibrosis quística		2,5
Acidemia metilmalónica		0,6
Acidemia propiónica		0
MCADD		1,3
LCHADD		0
Acidemia glutárica		0,6
Anemia falciforme		0,6

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-2 Detección precoz de la hipoacusia neonatal 2015			
Recién nacidos declarados por ORL-Pediatría	14.928	Nº total de casos con hipoacusia	61
Examinados en 1ª fase*	14.486	Casos con factores de riesgo	37
% participación 1ª fase*	97,1	Casos sin factores de riesgo	23
Derivados a 2ª fase*	1.206	Media del nº días hasta diagnóstico	90
% derivados a 2ª fase*	8,3	Nº de días hasta inicio tratamiento	120
Examinados en 2ª fase*	1.091	Hipoacusia oído izquierdo	20
% participación 2ª fase*	90,5	Hipoacusia oído derecho	16
Derivados a 3ª fase sin FR*	139	Hipoacusia Bilateral	25
% derivados 3ª fase sin FR*	12,7	Hipoacusia leve	39
Grupo de Riesgo	296	Hipoacusia moderada	11
% grupo de riesgo	1,9	Hipoacusia severa	11
Cobertura global (%)	99,1	Tasa de detección (%)	4,2

Observaciones:* Según algoritmo del protocolo de detección precoz: 1ª fase (cribado por otoemisión); 2ª fase (confirmación de casos sospechosos de la 1ª fase); 3ª fase (confirmación diagnóstica).

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

El programa de vacunaciones alcanzó unas elevadas tasas de cobertura.

Tabla 1-3 Primovacunación en niños/as de 0 a 1 año 2015

Tipo de vacuna	%
Meningitis C (1 dosis)	99,3
Polio, difteria, tétanos, tosferina, enfermedad por <i>Haemophilus influenzae B</i> , hepatitis B (3 dosis)	97,2

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-4 Vacunación de refuerzo en niños/as de 1 a 2 años, 2015

Tipo de vacuna	%
Meningitis C, sarampión, rubeola, parotiditis	96,7
Polio, difteria, tétanos, tosferina, enfermedad por <i>Haemophilus influenzae B</i>	96,5

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-5 Vacunación de refuerzo en niños y niñas de 4 años, 2015

Tipo de vacuna	%
Sarampión, rubeola, parotiditis	91,9

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-6 Vacunación de refuerzo en niños y niñas de 6 años, 2015

Tipo de vacuna	%
Difteria, tétanos, tosferina	83

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-7 Vacunación en adolescentes, 2015

Tipo de vacuna	%
Difteria, tétanos %	87,1
Nº de niños/as vacunados de varicela (pauta completa)	2.777
Meningitis C %	71,9
Virus papiloma humano (pauta completa) %	73,4

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Tabla 1-8 Vacunación en adultos, 2015

Tipo de vacuna	%
Gripe en personas > 65 años	59,2
Gripe en personal sanitario	24,8
Neumococo en > 65 años	50,4

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

Entre las actuaciones preventivas de *screening* desarrolladas destaca también la detección de Cáncer de mama, que consigue una alta participación.

Tabla 1-9 Programa de detección precoz de cáncer de mama en mujeres de 45 a 70 años, 2014

Mujeres citadas	147.187
Mujeres examinadas	149.953
Participación %	78,1
Re-screening*	2.689
Revisión precoz	2.733
Derivaciones	485
Casos detectados	216
Tasa de detección por 100.000	2,3

Observaciones:* Tras mamografía con imagen radiológica no concluyente se realizan pruebas adicionales (ecografía, mamografía ampliada, etc.).

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

1.2 La red centinela

La red autonómica de médicos y pediatras centinela (MC) forma parte del Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España (ScVGE) coordinado a nivel nacional por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE). La red se basa en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios de atención primaria seleccionados de manera aleatoria en una zona geográfica y está dirigida a la recogida de información de morbilidad por gripe sobre una muestra de la población de esa zona.

Para la vigilancia virológica de la gripe, los médicos recogen muestras de exudados nasal y/o faríngeo de los pacientes con gripe y las envían al laboratorio colaborador de la red para la confirmación virológica de los casos declarados.

Además de esas muestras respiratorias recogidas por los médicos centinela, los laboratorios reciben muestras obtenidas de otras fuentes (hospitales, laboratorios, centros institucionales, etc.), denominada *información no centinela*. La información obtenida de muestras *no centinela* ayuda a una más completa caracterización del patrón de circulación de virus gripales en el territorio sujeto a vigilancia.

Tabla 1-10 Red centinela de la gripe y otras enfermedades de declaración obligatoria, 2015

Casos declarados		148	
Población cubierta		72.166	
Cobertura %		97,4	
Tasa semanal por 100.000 habitantes		205,1	
Muestras recogidas	58	Centinelas	53
		No centinelas	5
		Positivas	31
		Negativas	27
Enfermedades de declaración obligatoria			
Nº de casos enfermedad meningocócica		10	
Brotos epidémicos de gripe		2	

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Actividad asistencial en la atención hospitalaria y en la atención primaria

Los indicadores más relevantes de la actividad asistencial desarrollada durante 2015 en los dispositivos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) aparecen en las siguientes tablas, tanto en el nivel de atención primaria, como en atención hospitalaria. En términos generales la actividad se ha mantenido en niveles muy similares a los de ejercicios anteriores.

Tabla 2-1 Actividad hospitalaria, 2014 y 2015		
	2014	2015
Hospitalización		
Ingresos /1000 hab.	84,9	88,0
Altas	169.731	172.788
Estancia media(excluido HNP)	6,50	6,54
Índice de ocupación %	83,2	82,4
Actividad quirúrgica		
Nº intervenciones programadas	108.553	106.435
Nº intervenciones urgentes	21.826	21.594
% intervenciones ambulatorias (CMA)	65,9	65,7
Partos		
Total (Vaginales+Cesáreas)	15.136	14.879
Urgencias		
Atendidas totales	849.117	886.473
% urgencias ingresadas	13,3	13,1
Consultas externas		
Primeras	1.143.564	1.151.169
Sucesivas	2.248.441	2.246.071
Total consultas	3.392.005	3.397.240
Hospital de día		
Tratamientos (sesiones)	141.063	141.017
Exploraciones complementarias		
Tomografía Axial computerizada (TAC)	159.715	151.001
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	69.852	64.631
Ecografías	186.863	186.542
Mamografías	55.549	52.052
Litotricias	1.410	1.694
Endoscopias digestivas	60.380	59.836
Ergometría	10.394	9.216
Holter cardiaco	21.230	21.145
Ecocardiogramas	59.875	54.598
Electromiogramas	17.845	17.973
Electroencefalogramas	11.187	11.297
Potenciales evocados	4.431	4.514

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM.

Tabla 2-2 Actividad de medicina de familia, pediatría y enfermería de atención primaria, 2015

Grupo	Tipo consulta	Total SESCOAM
Medicina de Familia	Consulta a demanda	9.702.930
	Consulta programada	1.158.239
	Consulta en domicilio	151.627
	No consta	9.867
Total consultas medicina de familia		11.022.663
Consulta de Enfermería	Consulta a demanda	2.290.452
	Consulta programada	3.584.146
	Extracciones en consulta y recogida de muestras	1.114.059
Total consultas de enfermería		6.988.657
Actuaciones de enfermería en domicilio	Domicilio a demanda	80.704
	Domicilio programada	447.837
	Extracciones en domicilio y recogida de muestras	36.951
Total domicilios de enfermería		565.492
Total enfermería		7.554.149
Pediatría EAP	Consulta a demanda	1.180.926
	Consulta programada	186.143
	No consta	266
Total pediatría de EAP		1.367.335
Pediatría de área	Consulta a demanda	41.869
	Consulta programada	13.462
	Consulta en domicilio	5
Total pediatría de área		55.336
Total pediatría		1.422.671

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCOAM.

Tabla 2-3 Actividad de los puntos de atención continuada de atención primaria 2015

Grupo	Tipo consulta	Total SESCOAM
Puntos de Atención Continuada (PAC)	Ambos (médico/a y enfermera/o) en el centro	533.150
	Ambos (médico/a y enfermera/o) en el domicilio	51.068
	Centro urgente	1.834.855
	Centro programada	147.280
	Domicilio urgente	132.390
	Domicilio programada	28.094
	No consta	10.657
Total PAC		2.737.494

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCOAM.

Tabla 2-4 Actividad de las unidades de salud bucodental, odontología de cupo, fisioterapia y matronas de atención primaria, 2015

Unidad de Salud Bucodental	Consulta a demanda	52.144
	Consulta programada	56.436
Total Unidad de Salud Bucodental (USBD)		108.580
Odontólogo de cupo	Consulta a demanda	171.434
	Consulta programada	152.245
	Atención odontológica fuera del centro	7.195
Total odontólogo de cupo		330.874
Total USBD y odontología de cupo		439.454
Fisioterapia	Consulta a demanda	30.475
	Consulta programada	592.644
	No consta	67
Total fisioterapia		623.186
Matrona	Consulta a demanda	106.295
	Consulta programada	154.509
	Consulta en domicilio	693
	Consulta urgente	461
Total matronas		261.958

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM.

2.2 La actividad asistencial en urgencias, emergencias y transporte sanitario

El objetivo principal de la Gestión de la Urgencia, Emergencia y Transporte Sanitario (GUETS) es integrar *funcionalmente* la gestión de los distintos dispositivos de atención a las urgencias y emergencias y el transporte sanitario del SESCAM, así como el Sector Sanitario en el contexto del Centro Coordinador 1-1-2.

2.2.1 Recursos - distribución del personal

- Unidades Móviles de Emergencias (UMEs): médico de emergencias, enfermero y 2 técnicos de emergencias.
- Soporte vital con enfermería: enfermero de emergencias y 2 técnicos de emergencias.
- Soporte Vital Básico (SVB): 2 técnicos de emergencias.
- Ambulancias de urgencias: 1 técnico
- Helicópteros sanitarios: médico y enfermero de emergencias.
- Vehículos de alta movilidad.

2.2.2 Objetivo del transporte

Según el objetivo del transporte se dispone de:

- Transporte primario o extrahospitalario: aquel que se realiza desde el lugar donde se produce la emergencia hasta el centro sanitario.
- Transporte secundario o Interhospitalario (TIH): el que se realiza desde un centro hospitalario a otro.

2.2.3 Recursos móviles según la prioridad asistencial

Los incidentes que precisan de movilización, bien del paciente o de recursos sanitarios móviles se catalogan según la prioridad asistencial:

- Emergencia: aquellos incidentes en los que la patología supone un riesgo inminente (en los próximos 30 min) para la vida del paciente o para la función del órgano afectado para la actividad del paciente.
- Urgencia priorizable: lo mismo que la anterior, pero la situación del paciente permite una demora de hasta 60 min.
- Consulta médica: solicitud de información sobre cuadro clínico que bien por norma no precisa de derivación a un centro sanitario específico tras dar respuesta a las cuestiones planteadas, o bien se puede derivar sin compromiso temporal para la salud del paciente.
- Transporte sanitario primario o urgente es el que se realiza desde el punto en el que se encuentra el paciente hasta un centro hospitalario.
- Transporte sanitario secundario es el que se efectúa entre dos centros hospitalarios, cuando, por ejemplo, se remite un paciente a un hospital por necesidad de pruebas diagnósticas o terapéuticas específicas.
- Transporte urgente diferido: transporte que solicita un profesional sanitario de atención primaria en ambulancia convencional para un paciente con destino a un hospital sin condicionante temporal.

El término *Sectores* en el 112 hace referencia a los destinatarios de las llamadas:

- Sector de Seguridad: Policía, Guardia Civil.
- Sector de Rescate: Cuerpos de Bomberos.
- Sector Sanitario: GUETS.

Un *incidente multisectorial* es aquel que implica a varios sectores a la vez (por ejemplo, accidente de tráfico que precisa rescate de bomberos, seguridad y control del tráfico y asistencia sanitaria urgente).

Tabla 2-5 Actividad registrada e incidentes atendidos en el Centro Coordinador de Urgencias-CCUU-112, 2015

Tipo Incidente	Sanitarios Puros	Multisectorial	Otros Sectores	Total Incidentes
Consulta	0	34	34	68
Emergencia	36.786	13897	6403	57086
Transporte secundario	1.087	0	0	1087
Transporte urgente diferido	72.132	0	0	72132
Urgencia priorizable	66.382	10.517	28.203	105.102
Otros	12	10980	0	10.992
Total	176.399	35.428	34.640	246.467

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM.

Tabla 2-6 Análisis comparativo del tipo de incidentes atendidos por el Centro Coordinador de Urgencias-112, 2015 y 2014

Tipo Incidente	2015	%	2014	%
Consulta	68	0,1	1.899	0,9
Emergencia	57.086	23,2	52.278	24,9
Transporte secundario	1.087	0,4	1.607	0,8
Transporte urgente diferido	72.132	29,3	61.749	29,4
Urgencia priorizable	105.102	42,6	84.298	40,2
Otros	10.992	4,4	7.944	3,8
Total	246.467	100,0	209.775	100,0

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM.

3 Infraestructuras sanitarias

Aunque en 2015 se ha duplicado el presupuesto destinado a obras con respecto al ejercicio anterior, en los últimos años se ha producido un importante descenso en el volumen de inversiones en obras y equipamiento sanitario en el conjunto de los centros e instituciones del Servicio Regional de Salud.

3.1 Obras

Tabla 3-1 Análisis comparativo de las *inversiones centralizadas* en obras, por provincias, en euros, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
	euros	euros	euros	euros	euros
Albacete	8.869.972,5	3.842.917,9	1.254.149,2	699.706,9	125.699,4
Ciudad Real	11.470.824,1	591.327,2	1.120.979,9	1.509.344	758.995,4
Cuenca	4.291.549,8	749.228,3	7.657,8	1.302.329,3	1.345.521,5
Guadalajara	5.302.986,8	39.483,7	23.335,4	164.788,4	6.155.905,2
Toledo	10.758.080,5	5.140.170,2	543.467,3	524.621,6	342.299,6
Total	40.693.413,7	10.363.127,3	2.949.589,6	4.200.790,2	8.728.421,1

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

Tabla 3-2 Análisis comparativo de *inversiones descentralizadas* en obras, por provincias, en euros, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
	euros	euros	euros	euros
Albacete	113.480	247.413,7	221.056,9	1.294.380,2
Ciudad Real	48.492,4	385.065,9	607.073,3	1.098.751
Cuenca	55.639	157.987,9	323.292,6	256.157,4
Guadalajara	151.917	546.468,6	513.022	520.116,3
Toledo	267.699,5	416.601,4	1.321.967,1	3.026.922,9
Total	637.227,9	1.753.537,4	2.986.411,9	6.196.327,9

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

3.2 Equipamiento

Tabla 3-3 Análisis comparativo de las *inversiones descentralizadas* en equipamiento, por provincias, en euros, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
	euros	euros	euros	euros
Albacete	34.742,1	644.689	726.019,5	1.167.638,7
Ciudad Real	132.868,4	1.568.263,4	2.420.140,6	1.530.241,1
Cuenca	4.000	209.926	351.842,1	406.963,6
Guadalajara	338.696	140.861	264.511,5	1.773.507,7
Toledo	340.507	1.358.258	3.351.015,8	2.398.204,8
GUETS varias provincias		141.850		
Total	850.813,5	4.063.847,4	7.113.529,5	7.276.555,9

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

4 Recursos humanos

Con carácter general entre 2010 y 2015 se ha producido una disminución en el número de efectivos en las plantillas del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Tabla 4-1 Recursos humanos de las instituciones sanitarias del SESCAM a 31 de diciembre de 2015

	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Total
Personal directivo	19	134	153
Facultativos	2.230	3.474	5.704
Farmacéuticos	33	--	33
Odontostomatólogos	74	--	74
Técnicos de salud pública	14	--	14
Inspectores		57	57
Personal sanitario facultativo	2.351	3.531	5.882
Enfermeras	2.094	4.958	7.052
Matronas	79	162	241
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda	130	344	474
Técnicos especialistas	2	863	865
Higienistas dentales	73	--	73
Auxiliares de enfermería	92	3.624	3.716
Subinspectores	--	34	34
Personal sanitario no facultativo	2.470	9.985	12.455
Personal de la función administrativa	978	1.943	2.921
Personal servicios generales	15	1.163	1.178
Celadores	189	1.609	1.798
Otro personal no sanitario	48	219	267
Personal de gestión y servicios	1.230	4.934	6.164
Total recursos humanos	6.070	18.584	24.654

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM.

Tabla 4-2 Los recursos humanos en atención primaria, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personal directivo	35	35	16	14	10	19
Facultativos	2.440	2.442	2.315	2.293	2.239	2.230
Farmacéuticos	31	31	31	31	31	33
Odontostomatólogos	78	79	74	74	74	74
Técnicos de salud pública	18	18	17	16	14	14
Inspectores	--	--	--	--	--	--
Personal sanitario facultativo	2.567	2.570	2.437	2.414	2.358	2.351
Enfermeras	2.150	2.156	2.103	2.122	2.099	2.094
Matronas	79	80	79	79	79	79
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda	130	131	131	131	130	130
Técnicos especialistas	2	2	2	2	2	2
Higienistas dentales	73	74	73	73	73	73
Auxiliares de enfermería	100	100	100	98	92	92
Subinspectores	--	--	--	--	--	--
Personal sanitario no facultativo	2.534	2.543	2.488	2.505	2.475	2.470
Personal de la función administrativa	1.043	1.044	1.028	990	979	978
Personal servicios generales	16	16	16	15	15	15
Celadores	198	199	199	197	189	189
Otro personal no sanitario	53	53	49	49	48	48
Personal de gestión y servicios	1.310	1.312	1.292	1.251	1.231	1.230
Total recursos humanos en atención primaria	6.446	6.460	6.233	6.184	6.074	6.070

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. SESCOAM.

Tabla 4-3 Los recursos humanos en atención hospitalaria, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personal directivo	160	145	140	137	136	134
Facultativos	3.705	3.726	3.618	3.516	3.473	3.474
Farmacéuticos	--	--	--	--	--	--
Odontostomatólogos	--	--	--	--	--	--
Técnicos salud pública	--	--	--	--	--	--
Inspectores	57	57	57	57	57	57
Personal sanitario facultativo	3.762	3.783	3.675	3.573	3.530	3.531
Enfermeras	5.211	5.200	4.983	5.042	4.959	4.958
Matronas	168	168	164	164	162	162
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda	372	364	350	355	345	344
Técnicos especialistas	914	914	869	875	863	863
Higienistas dentales	--	--	--	--	--	--
Auxiliares de enfermería	3.861	3.865	3.666	3.775	3.629	3.624
Subinspectores	34	34	34	34	34	34
Personal sanitario no facultativo	10.560	10.545	10.066	10.245	9.992	9.985
Personal de la función administrativa	2.133	2.137	2.018	1.963	1.945	1.943
Personal de servicios generales	1.300	1.293	1.226	1.202	1.162	1.163
Celadores	1.807	1.808	1.675	1.639	1.613	1.609
Otros personal no sanitario	197	200	204	208	204	219
Personal de gestión y servicios	5.437	5.438	5.123	5.012	4.924	4.934
Total recursos humanos en atención hospitalaria	19.919	19.911	19.004	18.967	18.582	18.584

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. SESCOAM.

Tabla 4-4 Los recursos humanos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personal directivo	195	180	156	151	146	153
Facultativos	6.145	6.168	5.933	5.809	5.712	5.704
Farmacéuticos	31	31	31	31	31	33
Odontostomatólogos	78	79	74	74	74	74
Técnicos salud pública	18	18	17	16	14	14
Inspectores	57	57	57	57	57	57
Personal sanitario facultativo	6.329	6.353	6.112	5.987	5.888	5.882
Enfermeras	7.361	7.356	7.086	7.164	7.058	7.052
Matronas	247	248	243	243	241	241
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda	502	495	481	486	475	474
Técnicos especialistas	916	916	871	877	865	865
Higienistas dentales	73	74	73	73	73	73
Auxiliares de enfermería	3.961	3.965	3.766	3.873	3.721	3.716
Subinspectores	34	34	34	34	34	34
Personal sanitario no facultativo	13.094	13.088	12.554	12.750	12.467	12.455
Personal de la función administrativa	3.176	3.181	3.046	2.953	2.924	2.921
Personal de servicios generales	1.316	1.309	1.242	1.217	1.177	1.178
Celadores	2.005	2.007	1.874	1.836	1.802	1.798
Otros personal no sanitario	250	253	253	257	252	267
Personal de gestión y servicios	6.747	6.750	6.415	6.263	6.155	6.164
Total recursos humanos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	26.365	26.371	25.237	25.151	24.656	24.654

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM.

5 Gestión económico financiera

Tabla 5-1 Ejecución del presupuesto de gastos. Comparativa de cifras sobre el presupuesto inicial en euros, 2014-2015

Capítulos	Presupuesto inicial 2014	Presupuesto inicial 2015	% incremento 2015 / 2014
Cap. I Gastos de personal	1.249.793.810,0	1.265.284.940,0	1,2
Cap. II Gastos en bienes corrientes y servicios	576.630.250,0	568.765.310,0	-1,4
Cap. III Gastos financieros	1.713.400,0	1.500.000,0	-12,5
Cap. IV Transferencias corrientes	460.995.450,0	460.090.640,0	-0,2
Total operaciones corrientes	2.289.132.910,0	2.295.640.890,0	0,3
Cap. VI. Inversiones reales.	22.907.090,0	47.926.070,0	109,2
Cap. VII. Transferencias de capital	1.089.980,0	240.000,0	-77,9
Total operaciones de capital	23.997.070,0	48.166.070,0	100,7
Cap. VIII. Activos financieros	704.240,0	560.000,0	-20,5
Total general	2.313.834.220,0	2.344.366.960,0	1,3

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

Tabla 5-2 Ejecución presupuestaria según clasificación económica, por capítulos del presupuesto de gastos en euros, 2015

Capítulos	Presupuesto inicial	Presupuesto definitivo	Obligaciones reconocidas	% Ejecución sobre presupuesto definitivo	% Peso ejecución
Cap.I. Gastos de personal	1.265.284.940	1.301.801.788,9	1.299.519.326,8	99,8	48,7
Cap.II. Gastos corrientes en bienes y servicios	568.765.310	819.455.116,9	803.052.834,3	98	30,1
Cap.III. Gastos financieros	1.500.000	16.144.753	16.090.456,6	99,7	0,6
Cap.IV. Transferencias corrientes	460.090.640	500.397.701,2	500.126.318,9	99,9	18,8
Total operaciones corrientes	2.295.640.890	2.637.799.360,1	2.618.788.936,5	99,3	98,2
Cap.VI. Inversiones reales	47.926.070	80.262.201,8	47.007.748,4	58,6	1,8
Cap.VII. Transferencias de capital	240.000	270.000	240.000	88,9	0,0
Total operaciones de capital	48.166.070	80.532.201,8	47.247.748,4	58,7	1,8
Cap.VIII. Activos financieros	560.000	560.000	453.054,8	80,9	0,0
Total general	2.344.366.960	2.718.891.561,9	2.666.489.739,6	98,1	100

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

Tabla 5-3 Ejecución presupuestaria según clasificación económica, por programas del presupuesto de gastos en euros, 2015

Programa	Presupuesto inicial	Presupuesto definitivo	Obligaciones reconocidas	% Ejecutado sobre presupuesto definitivo	% Peso ejecución
Gestión y Administración Sanitaria	18.777.200,0	19.138.968,6	17.646.022,3	92,2	0,7
Formación del Personal Sanitario	52.416.280,0	46.432.582,8	45.696.600,2	98,4	1,7
Atención Integrada de la Salud	2.245.412.060,0	2.626.206.186,3	2.577.239.776,6	98,1	96,6
Desarrollo Sociedad de la Información	27.761.420,0	27.113.824,1	25.907.340,4	95,5	1,0
Total general	2.344.366.960	2.718.891.561,8	2.666.489.739,5	98,1	100,0

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

Tabla 5-4 Ejecución presupuestaria según clasificación orgánica, por centro de gasto en euros, 2015

Centro	Presupuesto definitivo	Obligaciones reconocidas	% ejecución	% peso
Secretaría General	9.581.784,4	8.221.960,6	85,8	0,3
Atención Sanitaria y Calidad	528.693.569	511.233.234,1	96,7	19,2
Complejo Hospitalario de Albacete	311.555.986,4	311.074.946,1	99,9	11,7
Gerencia de Atención Integrada de Hellín	48.505.844,7	48.372.445,1	99,7	1,8
Gerencia de Atención Integrada de Almansa	36.435.586,3	36.427.896,4	99,9	1,4
Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo	45.764.385,5	45.734.882,2	99,4	1,7
Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real	252.265.967,6	252.191.021,4	99,9	9,5
Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas	53.068.398,1	52.876.016,1	99,6	1,9
Gerencia de Atención Integrada de Mancha Centro	135.653.676,4	135.528.177,2	99,9	5,1
Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso	41.665.608,4	41.578.079,1	99,8	1,6
Gerencia de Atención Integrada de Manzanares	42.657.060,5	42.645.605,8	99,9	1,6
Gerencia de Atención Integrada de Cuenca	161.666.820,1	160.993.060,1	99,6	6,1
Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara	219.295.322,1	219.144.543,4	99,9	8,2
Complejo Hospitalario de Toledo	317.986.078,2	317.407.130,7	99,8	11,9
Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina	140.425.988,2	140.356.079,1	99,9	5,3
Hospital Nacional de Parapléjicos	37.413.593,4	37.348.640,1	99,8	1,4
Gerencia de Área de Puertollano	73.939.591,1	73.729.579,9	99,7	2,8
Gerencia de Atención Primaria de Toledo	69.663.597,2	69.611.539,8	99,9	2,6
Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario	93.211.501,7	93.185.559,83	99,9	3,5
Gerencia de Coordinación e Inspección	6.394.877,1	6.363.923,1	99,5	0,2
Dirección General Recursos Humanos	2.678.540,1	2.322.868,4	86,7	0,1
Dirección General Gestión Económica y Presupuestaria	90.367.785,7	60.142.578,3	66,6	2,3
Total centros	2.718.891.562,2	2.666.489.739,6	98,1	100

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

Tabla 5-5 Ejecución del presupuesto de ingresos en euros, 2015

Capítulos	Previsión inicial	Previsión definitiva	Derechos reconocidos	% ejecución	% peso
Cap. III. Tasas, precios públicos y otros ingresos	30.427.390	30.427.390	30.611.044,7	100,6	1,14
Cap. IV. Transferencias corrientes	2.268.073.390	2.616.949.220,5	2.613.124.887,6	99,8	97,2
Cap. V. Ingresos patrimoniales	2.140.110	2.140.110	1.383.830,9	64,7	0,1
Cap. VI. Enajenación de inversiones reales	0,0	0,0	33,9		0,0
Cap. VII. Transferencias de capital	43.166.070	41.866.070	41.896.015,9	100,1	1,6
Cap. VIII. Activos financieros	560.000	4.282.419,6	335.047,9	7,8	0,1
Total General	2.344.366.960	2.695.665.210,1	2.687.350.860,9	99,7	100

Fuente: Secretaría General. SESCAM.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

Castilla-La Mancha mantiene varios convenios y acuerdos de colaboración con otras comunidades autónomas para asegurar una adecuada asistencia sanitaria en zonas limítrofes con dichas comunidades autónomas.

6.1 Protocolo General de colaboración entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Junta de Castilla y León, febrero de 2009

Se desarrollan mediante adendas específicas para las distintas materias. Se contempla la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, en urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención primaria de salud, atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), atención en salud mental y asistencia psiquiátrica, tarjeta sanitaria, formación del personal e investigación en Ciencias de la Salud. Este acuerdo permite que 32.000 vecinos de las zonas básicas de salud situadas en el Valle del Tiétar (Ávila), puedan ser atendidos en el Hospital Nuestra Señora del Prado, de Talavera de la Reina (Toledo) en prestaciones como la oncología médica o la neurología, entre otras. Las localidades beneficiadas por dicho acuerdo son: Lanzahíta, Sotillo de la Adrada, Arenas de San Pedro, Mombeltrán y Candeleda. De su seguimiento y aplicación está encargado un Comité de Enlace y Coordinación previsto en el mismo, teniendo una vigencia de cuatro años prorrogables tácitamente.

<http://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/lamata-asegura-que-el-acuerdo-con-castilla-y-le%C3%B3n-refuerza-la-cohesi%C3%B3n-y-la-solidaridad-del-sistema>

6.2 Convenio marco y convenio específico de colaboración en materia sanitaria con la Comunidad Valenciana, junio de 2012

Acuerdan prestar la atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario, la atención primaria de salud, la atención especializada y la atención en salud mental de la población de ambas comunidades autónomas.

El convenio específico contempla que un total de 14.640 habitantes puedan recibir, si así lo desean, asistencia sanitaria especializada en el centro hospitalario más cercano y accesible desde su domicilio, con independencia de la comunidad autónoma a la que pertenezcan.

Según el acuerdo, 8.525 ciudadanos valencianos residentes en los términos municipales de las localidades de Ayora, Jalance, Jarafuel, Teresa de Cofrentes y Zarra del Valle de Ayora pueden ser atendidos en el hospital de Almansa (Albacete), por estar más cerca de su domicilio.

Las mismas condiciones se establecen para la asistencia sanitaria en el hospital de Requena (Valencia) de los 6.115 habitantes de 22 municipios de la provincia de Cuenca limítrofes con la Comunidad Valenciana. Estas localidades son: Algarra, Aliaguilla, Campillo-Paravientos, Casas de Garcimolina, Casillas de Ranera, El Arrabal, Fuentelespino de Moya, Garaballa, Graja de Campalbo, Henarejos, Higuera, La Cañada, La Olmeda, Landete, Las Rinconadas, Los Huertos, Manzaneruela, Mira, Pedro Izquierdo, Santa Cruz de Moya, Santo Domingo de Moya y Talayuelas.

El convenio prevé que los hospitales de Almansa y Requena se harán cargo de la atención integral especializada de estos ciudadanos, incluyendo las prestaciones de ortopedia, farmacia y todas las que sean posibles prestar con los recursos asistenciales que dispongan estos centros hospitalarios. En atención especializada que requiera una mayor complejidad, los ciudadanos serán atendidos en los hospitales de referencia de la comunidad autónoma a la que pertenezca el paciente.

Las prestaciones sanitarias que se realicen en aplicación del Convenio serán asumidas económicamente por la Administración que presta la asistencia, no dando derecho a compensación económica alguna.

El Convenio tiene una duración de cinco años y establece la creación de una Comisión de Coordinación y Seguimiento del mismo con objeto de velar por su aplicación y cumplimiento, resolver los problemas de interpretación y definir otros ámbitos específicos de colaboración entre ambas administraciones sanitarias.

<http://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/castilla-la-mancha-y-comunidad-valenciana-mejoran-la-atenci%C3%B3n-sanitaria-de-15000-ciudadanos-de-ambas>

6.3 Convenio de colaboración entre las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha en materia de asistencia sanitaria, de 15 de enero de 2014

Tiene una vigencia de 5 años, renovándose automáticamente por periodos anuales.

Afecta a población de la provincia de Guadalajara en el límite de Castilla-La Mancha con la Comunidad Autónoma de Aragón para recibir asistencia sanitaria especializada, de primer nivel en los hospitales de Teruel y Calatayud.

Tabla 6-1 Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Castilla-La Mancha que reciben asistencia sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma de Aragón

Zona Básica	Municipio	Entidad Singular	TSI a 31/12/2012	Derivan a:	
Checa	Alcoroches	Alcoroches	139	Teruel	
	Alustante	Alustante	157	Teruel	
	Checa	Checa	265	Teruel	
	Chequilla	Chequilla	7	Teruel	
	Megina	Megina	38	Teruel	
	Orea	Orea	179	Teruel	
	Traid	Traid	20	Teruel	
Maranchón	Algar de Mesa	Algar de Mesa	25	Calatayud	
	Mochales	Mochales	39	Calatayud	
	Villel de Mesa	Villel de Mesa	197	Calatayud	
Molina de Aragón	Embid	Embid	29	Calatayud	
	Fuentelsaz	Fuentelsaz	107	Calatayud	
	Milmarcos	Milmarcos	60	Calatayud	
	Tartanedo	Labros	Labros	10	Calatayud
		Hinojosa	Hinojosa	29	Calatayud
		Amayas	Amayas	12	Calatayud
		Concha	Concha	11	Calatayud
Tortuera	Tortuera	161	Calatayud		
El Pobo	Adobes	Adobes	23	Teruel	
	Campillo de Dueñas	Campillo de Dueñas	74	Teruel	
	Hombrados	Hombrados	24	Teruel	
	Morenilla	Morenilla	42	Teruel	
	El Pedregal	El Pedregal	59	Teruel	
	Piqueras	Piqueras	39	Teruel	
	El Pobo de Dueñas	El Pobo de Dueñas	123	Teruel	
	Setiles	Setiles	74	Teruel	
	Tordellego	Tordellego	49	Teruel	
	Tordosilos	Tordosilos	91	Teruel	
	La Yunta	La Yunta	97	Teruel	

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Y además afecta a determinados núcleos de población de las provincias de Zaragoza y Teruel, que reciben asistencia sanitaria en la atención primaria de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Tabla 6-2 Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Aragón que reciben asistencia sanitaria en la atención primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Provincia	Municipio	Población
Zaragoza	Cabolafuente	Cabolafuente
	Sisamón	Sisamón
	Calmarza	Calmarza
		Pajares de Calmarza
	Campillo de Aragón	Campillo de Aragón
	Monterde	Monterde
		Llumes
	Cimballa	Cimballa
	Aldehuela de Liestos	Aldehuela de Liestos
	Torralba de los Frailes	Torralba de los Frailes
Used	Used	
Las Cuerlas	Las Cuerlas	
Teruel	Odón	Odón
	Blancas	Blancas
	Pozuel de Campo	Pozuel de Campo
	Ojos negros	Ojos negros
		Sierra Menera
	Villar del Saiz	Villar del Saiz
	Ródenas	Ródenas
	Paracense	Paracense
	Pozondón	Pozondón
	Orihuela del Tremedal	Orihuela del Tremedal
	Bronchales	Bronchales
	Griegos	Griegos
	Guadalaviar	Guadalaviar
	Frías de Albarracín	Frías de Albarracín
	Villar del Cobo	Villar del Cobo
	El Vallecillo	El Vallecillo
	Toril y Masegoso	Toril
	Masegoso	Masegoso
	Collado de la Grulla	Collado de la Grulla
	El Cañigral	El Cañigral
Alobras	Alobras	
Veguillas de la Sierra	Veguillas de la Sierra	
El Cuervo	El Cuervo	
Tormón	Tormón	

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Con respecto a la atención sanitaria de urgencias y emergencias, se relacionan los recursos puestos a disposición de cada comunidad autónoma.

Tabla 6-3 Recursos asistenciales para la atención de urgencias y emergencias

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha:
Provincia de Cuenca:
Helicóptero medicalizado de Cuenca
Ambulancia de soporte vital básico de Tragacete
Ambulancia de soporte vital básico de Landete
Ambulancia de soporte vital básico de Carboneras de Guardaón
Ambulancia de soporte vital básico de Cañete
Provincia de Guadalajara:
UVI-Móvil de Molina de Aragón
Ambulancia de soporte vital básico de Molina de Aragón
Ambulancia de soporte vital básico de Alcolea del Pinar
Ambulancia convencional de urgencias de Checa
Comunidad Autónoma de Aragón:
Provincia de Teruel:
Ambulancia de soporte vital básico de Albarracín
Ambulancia convencional 2 de Calamocha
Ambulancia convencional 2 de Orihuela de Tremedal
Unidad medicalizada de emergencia de Monreal
Unidad medicalizada de Teruel y 1 UVI
Provincia de Zaragoza:
Ambulancia convencional 2 de Daroca
Unidad medicalizada de emergencia de Calatayud y 1 UVI
Los helicópteros del 112
Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

De la coordinación y seguimiento del Convenio se encargan seis miembros, tres designados por la Consejería de Sanidad de Aragón y tres designados por la Comunidad de Castilla-La Mancha. La presidencia y la secretaria de la Comisión corresponderán a miembros de la misma por periodos rotatorios de un año de duración, reuniéndose cuando las circunstancias ordinarias o excepcionales así lo aconsejen (sic), sin perjuicio de que los órganos directivos de los dispositivos asistenciales implicados puedan mantener cuantas reuniones de trabajo consideren oportunas.

Con respecto a la compensación económica derivada de las prestaciones sanitarias que se realicen en aplicación del convenio, se establece que serán asumidas según venga determinado en la normativa estatal vigente.

6.4 Convenio de cooperación entre las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Madrid para la prestación de atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de ambas comunidades autónomas, firmado en el primer trimestre de 2015

Tiene una duración de cuatro años prorrogables por acuerdo expreso de las partes por el mismo período de tiempo.

<http://www.cortesclm.es/web2/paginas/publicaciones/boletin/boletin8/pdf/187.pdf#page=31>

Afecta a la población de las provincias de Guadalajara y Toledo.

Provincia de Guadalajara

Los ciudadanos de la provincia de Guadalajara que cuenten con tarjeta sanitaria en vigor expedida por la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha serán atendidos en determinados hospitales de referencia de la Comunidad de Madrid para una serie de especialidades.

Tabla 6-4 Servicios y unidades no disponibles en el Hospital General Universitario de Guadalajara y hospitales de referencia en la Comunidad de Madrid

Especialidades		Hospital de referencia
Neurocirugía	Adultos	Hospital Universitario Ramón y Cajal
	Pediátrica	Hospital Universitario La Paz
Cirugía cardíaca	Adultos	Hospital Universitario Ramón y Cajal
	Pediátrica	Hospital Universitario La Paz
Cirugía pediátrica		1º Hospital Universitario La Paz 2º Hospital Universitario Ramón y Cajal
Pediatría y sus especialidades		Hospital Universitario La Paz
Neonatología		Hospital universitario La Paz
Medicina nuclear		Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda
Cirugía torácica		1º Hospital Universitario La Paz 2º Hospital Universitario Ramón y Cajal

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Provincia de Toledo

La colaboración sanitaria tiene como ámbito de actuación la atención especializada, que se circunscribirá a determinadas zonas geográficas del norte de la provincia de Toledo para ser atendidos según su elección en los Hospitales del Tajo de Aranjuez, (con un máximo de 20.000 hab.) y en el Hospital Infanta Cristina de Parla, (con un máximo de 45.000 hab.), o bien en su hospital de referencia de Castilla-La Mancha.

Tabla 6-5 Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Castilla-La Mancha con población asignada al Hospital Infanta Cristina o al Hospital del Tajo

Zona Básica	Municipio	Centro de Salud /Consultorio	TSI 1/1/2014	Derivan a :
Esquivias	Esquivias	Centro de Salud Esquivias	6.447	Hospital Infanta Cristina
	Borox	Consultorio Borox	2.519	Hospital Infanta Cristina
	Yeles	Consultorio Yeles	3.531	Hospital Infanta Cristina
Noblejas	Noblejas	Centro de Salud Noblejas	3.337	Hospital del Tajo
	Villarubia de Santiago	Consultorio Villarubia de Santiago	2.586	Hospital del Tajo
	Villatobas	Consultorio Villatobas	2.327	Hospital del Tajo
Ocaña	Ocaña	Centro de Salud Ocaña	10.023	Hospital del Tajo
	Cabañas de Yepes	Consultorio Cabañas de Yepes	182	Hospital del Tajo
	Dosbarrios	Consultorio Dosbarrios	2.234	Hospital del Tajo
	Ontigola con Oreja	Consultorio Ontigola con Oreja	2.123	Hospital del Tajo
Seseña	Seseña	Centro de Salud Seseña	10.877	Hospital del Tajo
		Consultorio Seseña Nuevo	3.624	Hospital del Tajo
Yepes	Yepes	Centro de Salud Yepes	5.747	Hospital del Tajo
	Ciruelos	Consultorio Ciruelos	412	Hospital del Tajo
	Huerta de Valdecarábanos	Consultorio Huerta de Valdecarábanos	1.588	Hospital del Tajo
	Villamuelas	Consultorio Villamuelas	636	Hospital del Tajo
	Villasequilla de Yepes	Consultorio Villasequilla de Yepes	2.449	Hospital del Tajo
Santa Cruz de la Zarza	Santa Cruz de la Zarza	Consultorio Santa Cruz de la Zarza	4.428	Hospital del Tajo
Illescas	Illescas	Centro de Salud Illescas	22.343	Hospital Infanta Cristina
	Carranque	Consultorio Carranque	3.195	Hospital Infanta Cristina
	Cedillo	Consultorio Cedillo	3.160	Hospital Infanta Cristina
	El Viso de San Juan	Consultorio El Viso de San Juan	2.363	Hospital Infanta Cristina
	Numancia de la Sagra	Consultorio Numancia de la Sagra	4.372	Hospital Infanta Cristina
	Palomeque	Consultorio Palomeque	637	Hospital Infanta Cristina
	Ugena	Consultorio Ugena	3.645	Hospital Infanta Cristina
	Yuncos	Consultorio Yuncos	9.083	Hospital Infanta Cristina
Valmojado	Valmojado	Centro de Salud Valmojado	4.729	Hospital Infanta Cristina
	Calalberche	Consultorio Calalberche	438	Hospital Infanta Cristina
		Consultorio Urbanización Calypo	834	Hospital Infanta Cristina
	Casarrubios del Monte	Consultorio Casarrubios del Monte	1.984	Hospital Infanta Cristina
	LA Torre de Esteban	Consultorio la Torre de Esteban	1.453	Hospital Infanta Cristina
	Hambrán	Consultorio Hambrán		
Méntrida	Consultorio Méntrida	3.002	Hospital Infanta Cristina	
Total			126.308	

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Según el Convenio la población de estas zonas se irá incorporando al sistema público madrileño de forma progresiva en función de la capacidad de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. La asistencia prestada a estos ciudadanos se ajustará, en todo caso, a la cartera de servicios disponible en los citados hospitales del Servicio Madrileño de Salud en los que sean atendidos.

Tabla 6-6 Cartera de servicios por especialidades del Hospital Infanta Cristina

Especialidades	Disponibles en el hospital de referencia	Centro/hospital de referencia
Alergia	Sí	
Análisis clínicos/Bioquímica	Sí	
Genética	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Inmunología	No	Laboratorio Central
Microbiología y Parasitología	No	Laboratorio Central
Anatomía Patológica	Sí	
Anestesiología/Reanimación	Sí	
Angiología y Cirugía Vascul ar	No	Hospital de Getafe
Aparato Digestivo	Sí	
Cardiología	Sí	
Hemodinámica	No	Hospital universitario La Paz
Cirugía Cardíaca	No	Hospital universitario La Princesa
Cirugía General y Digestivo	Sí	
Cirugía Maxilofacial	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía Ortopédica Traumatología	Sí	
Cirugía Pediátrica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía Plástica y Reparadora	No	Hospital de Getafe
Cirugía Torácica	No	Hospital de Getafe
Dermatología	Sí	
Endocrinología y Nutrición	Sí	
Farmacología Clínica	Sí	
Farmacia hospitalaria	Sí	
Geriatría	Sí	
Ginecología y Obstetricia	Sí	
Reproducción asistida	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Hematología y Hemoterapia	Sí	
Medicina Física y Rehabilitación	Sí	
Medicina Intensiva	Sí	
Medicina Interna	Sí	
Medicina Nuclear	No	Hospital de Getafe
Medicina Preventiva y Salud Pública	Sí	
Nefrología	Sí	
Neumología	Sí	
Neurología	Sí	
Neurofisiología clínica	No	Hospital de Getafe
Neurocirugía	No	Hospital de Getafe
Oftalmología	Sí	
Oncología médica	Sí	
Oncología Radioterápica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Otorrinolaringología	Sí	
Pediatría	Sí	
Neonatología	Sí	
Psiquiatría	Sí	
Psicología Clínica	Sí	
Radiodiagnóstico	Sí	
Radiofísica hospitalaria	-	-
Reumatología	Sí	
Urología	Sí	
Urgencias	Sí	

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Tabla 6-7 Cartera de servicios por especialidades del Hospital del Tajo

Especialidades	Disponibles en el hospital	Centro/hospital de referencia
Admisión y Documentación Clínica	Sí	
Alergología	Sí	
Análisis clínicos	No	Unidad Central de Laboratorio (UCL)
Anatomía Patológica	Sí	
Anestesiología/Reanimación	Sí	
Angiología y Cirugía Vascul ar	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Aparato Digestivo	Sí	
Bioquímica Clínica	No	UCL
Cardiología	Sí	
Cirugía cardiovascular	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Sí	
Cirugía Maxilofacial	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía Pediátrica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía Torácica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Cirugía Plástica y Reparadora	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Dermatología Medicoquirúrgica	Sí	
Endocrinología y Nutrición	Sí	
Estomatología	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Farmacología Clínica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Farmacia hospitalaria	Sí	
Geriatría	No	Servicio de Medicina Interna
Hematología y Hemoterapia	Sí	
Inmunología	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Medicina Familiar y Comunitaria	No	Atención Primaria
Medicina Intensiva	Sí	
Medicina Interna	Sí	
Medicina Legal y Forense	No	Instituto Anatómico Forense
Medicina Nuclear	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Medicina Preventiva y Salud Pública	Sí	
Medicina del Trabajo	Sí	
Microbiología y Parasitología	No	UCL
Nefrología	Sí	
Neumología	Sí	
Neurocirugía	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Neurofisiología clínica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Neurología	Sí	
Obstetricia y Ginecología	Sí	
Oftalmología	Sí	
Oncología médica	Sí	
Oncología Radioterápica	No	Hospital universitario 12 de Octubre
Otorrinolaringología	Sí	
Pediatría	Sí	
Psicología Clínica	No	Hospital San Juan de Dios
Psiquiatría	No	Hospital San Juan de Dios
Radiodiagnóstico	No	Unidad Central de Radiodiagnóstico

Rehabilitación	Sí	
Reumatología	Sí	
Traumatología y C. Ortopédica	Sí	
Urología	Sí	
Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.		

El Convenio establece una Comisión de coordinación y seguimiento con la finalidad de realizar la supervisión y seguimiento del mismo, con la siguiente composición:

Por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:

- El titular del centro directivo del que depende el Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la atención especializada o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la gestión económica, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la gestión de recursos humanos, o persona en quien delegue.

Por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla-La Mancha:

- El titular del centro directivo del que depende el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la atención sanitaria o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la gestión económica, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo del que dependa la gestión de recursos humanos, o persona en quien delegue.

La presidencia de la comisión se ejercerá de manera alternativa, cada seis meses, por parte del titular del centro directivo del que depende el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y el titular del centro directivo del que depende el Servicio Madrileño de Salud, o las personas en quienes deleguen. En primer término, la Presidencia será ejercida por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Como secretario de la comisión, que actuará con voz y sin voto, será designada una persona al servicio de la Comunidad Autónoma que presida en cada periodo la comisión. La comisión se reunirá con carácter ordinario cada seis meses y, con carácter extraordinario, cuando lo solicite cualquiera de las partes.

Son funciones de la comisión de seguimiento:

- a) Ratificar el cumplimiento de cada una de las fases.
- b) Aprobar el calendario asistencial al que se refiere la estipulación tercera, previo informe del titular de la Dirección General competente en asistencia especializada de la Comunidad de Madrid.
- c) El desarrollo, control y supervisión de las actuaciones concretas que se realicen al amparo del convenio.
- d) Resolver cuantas dudas y discrepancias surjan con respecto a la interpretación y aplicación del convenio.
- e) Resolver las cuestiones que puedan plantearse en la ejecución del convenio.
- f) La revisión anual de incidencias en la ejecución del Convenio y la propuesta de cambios a incluir para la mejor ejecución del mismo.
- g) Fijar las tarifas de las prestaciones que pudieran requerir los pacientes de la provincia de Guadalajara y que no estén contempladas en SIFCO, y la actualización anual de la cápita asistencial media bruta para los pacientes de Toledo.

Se prevé una compensación económica por la actividad recogida en el Convenio, que se realizará de la siguiente forma:

- a) El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, respecto a la atención sanitaria especializada para los pacientes de la provincia de Guadalajara, en relación a los procesos no correspondientes a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), regulados en el Fondo de Cohesión, deberá abonar al SERMAS por los procesos contemplados en el presente convenio las tarifas reguladas en SIFCO (Sistema de Información del Fondo de Cohesión) para cada ejercicio. La

determinación de las tarifas de prestaciones, que pudiera requerir este colectivo y que no estén contempladas en SIFCO, serán fijadas por la comisión de seguimiento a partir de las tarifas y precios públicos de las dos comunidades autónomas. El incumplimiento reiterado de esta obligación determinará la resolución del presente convenio.

b) Respecto a la atención sanitaria especializada para los pacientes de las zonas geográficas de la zona norte de la provincia de Toledo que elijan ser atendidos por hospitales de la Comunidad de Madrid sujetos al presente convenio, se establecerá la cápita media asistencial de dichos hospitales.

La cápita media asistencial es el resultado de dividir el gasto sanitario, una vez deducido el coste de los servicios no sanitarios (canon de la concesión) entre la población adscrita al centro.

La cápita asistencial media bruta prevista en 2014 en el Hospital del Tajo y en el Hospital Infanta Cristina por los pacientes atendidos en estos hospitales asciende a 402,9 euros.

Esta será la cápita que se deberá abonar, a la misma se le imputarán los sobrecostes que la atención sanitaria pudiera suponer a los hospitales en relación a los servicios no sanitarios que conlleven modificaciones del canon que han de abonar los hospitales.

Esta cápita será actualizada anualmente por la Comisión de Coordinación y Seguimiento del Convenio en función del gasto real sanitario, una vez deducido el canon de la concesión de los dos hospitales referidos de cada ejercicio, siempre que el canon no se vea afectado por un incremento de la actividad, y la población media anual, todo ello calculado a partir de la información que se facilite a la Comisión de Seguimiento del Convenio.

El Servicio Madrileño de Salud y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tomarán las medidas necesarias para facilitar a los ciudadanos que hayan ejercido su elección a los hospitales de Madrid el acceso a los mismos en los términos desarrollados por el convenio, y para evitar que existan duplicidades en la asistencia sanitaria a dichos pacientes en ambos servicios de salud.

Se trata de un convenio muy controvertido que ha dado lugar a algunos desencuentros públicos entre las autoridades sanitarias de ambas comunidades autónomas y que ha sido puesto en cuestión incluso por determinados juristas de prestigio (vid. por ejemplo: *A propósito de las derivaciones de pacientes y del convenio sanitario celebrado entre Castilla-La Mancha y Madrid: ¿por qué le llaman cooperación si no es más que un negocio?*).

<http://www.ajs.es/blog/a-proposito-de-las-derivaciones-de-pacientes-y-del-convenio-sanitario-celebrado-entre-castilla-la-mancha-y-madrid-por-que-le-llaman-cooperacion-si-no-es-mas-que-un-negocio/>

Con carácter general y de acuerdo con una expresión lógica del *principio de cooperación entre dos Administraciones Públicas* que se prestan asistencia activa y mutua en el ejercicio de sus respectivas competencias, cada una de las actuaciones sanitarias ha de formalizarse a través de un documento de derivación de pacientes conforme a los criterios fijados en el Sistema Nacional de Salud para la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria o para el Fondo de Garantía Asistencial. Desde un punto de vista económico, las *cuentas* se arreglan al final, de modo tal que, sólo en el supuesto de que se produzca un claro desequilibrio económico de una de las partes surgirá para la otra Comunidad la obligación de compensar económicamente. Sin embargo, el contenido del convenio suscrito entre Castilla-La Mancha y Madrid desnaturaliza esa idea y se aparta sensiblemente de dicho esquema lógico y recíproco de actuación. En puridad no hay una relación mutua de colaboración o asistencia recíproca, sino el intercambio de prestaciones sanitarias a cambio del pago de un precio.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas, 2015	5
Tabla 1-2	Detección precoz de la hipoacusia neonatal 2015	5
Tabla 1-3	Primovacunación en niños/as de 0 a 1 año 2015	6
Tabla 1-4	Vacunación de refuerzo en niños/as de 1 a 2 años, 2015	6
Tabla 1-5	Vacunación de refuerzo en niños y niñas de 4 años, 2015	6
Tabla 1-6	Vacunación de refuerzo en niños y niñas de 6 años, 2015	6
Tabla 1-7	Vacunación en adolescentes, 2015	6
Tabla 1-8	Vacunación en adultos, 2015	6
Tabla 1-9	Programa de detección precoz de cáncer de mama en mujeres de 45 a 70 años, 2014	7
Tabla 1-10	Red centinela de la gripe y otras enfermedades de declaración obligatoria, 2015	7
Tabla 2-1	Actividad hospitalaria, 2014 y 2015	9
Tabla 2-2	Actividad de medicina de familia, pediatría y enfermería de atención primaria, 2015	10
Tabla 2-3	Actividad de los puntos de atención continuada de atención primaria 2015	10
Tabla 2-4	Actividad de las unidades de salud bucodental, odontología de cupo, fisioterapia y matronas de atención primaria, 2015	11
Tabla 2-5	Actividad registrada e incidentes atendidos en el Centro Coordinador de Urgencias-CCUU-112, 2015	12
Tabla 2-6	Análisis comparativo del tipo de incidentes atendidos por el Centro Coordinador de Urgencias-112, 2015 y 2014	13
Tabla 3-1	Análisis comparativo de las inversiones centralizadas en obras, por provincias, en euros, 2011-2015	15
Tabla 3-2	Análisis comparativo de inversiones descentralizadas en obras, por provincias, en euros, 2012-2015	15
Tabla 3-3	Análisis comparativo de las inversiones descentralizadas en equipamiento, por provincias, en euros, 2012-2015	15
Tabla 4-1	Recursos humanos de las instituciones sanitarias del SESCAM a 31 de diciembre de 2015	17
Tabla 4-2	Los recursos humanos en atención primaria, 2010-2015	18
Tabla 4-3	Los recursos humanos en atención hospitalaria, 2010-2015	18
Tabla 4-4	Los recursos humanos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2010-2015	19
Tabla 5-1	Ejecución del presupuesto de gastos. Comparativa de cifras sobre el presupuesto inicial en euros, 2014-2015	21
Tabla 5-2	Ejecución presupuestaria según clasificación económica, por capítulos del presupuesto de gastos en euros, 2015	21
Tabla 5-3	Ejecución presupuestaria según clasificación económica, por programas del presupuesto de gastos en euros, 2015	22
Tabla 5-4	Ejecución presupuestaria según clasificación orgánica, por centro de gasto en euros, 2015	22
Tabla 5-5	Ejecución del presupuesto de ingresos en euros, 2015	23

Tabla 6-1	Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Castilla-La Mancha que reciben asistencia sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma de Aragón	27
Tabla 6-2	Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Aragón que reciben asistencia sanitaria en la atención primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha	28
Tabla 6-3	Recursos asistenciales para la atención de urgencias y emergencias	29
Tabla 6-4	Servicios y unidades no disponibles en el Hospital General Universitario de Guadalajara y hospitales de referencia en la Comunidad de Madrid	30
Tabla 6-5	Zonas básicas de salud, municipios y entidades singulares de población de Castilla-La Mancha con población asignada al Hospital Infanta Cristina o al Hospital del Tajo	31
Tabla 6-6	Cartera de servicios por especialidades del Hospital Infanta Cristina	32
Tabla 6-7	Cartera de servicios por especialidades del Hospital del Tajo	33

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud

E

EAP	Equipo Atención Primaria
-----	--------------------------

F

FCS	Fundación de Ciencias de la Salud
-----	-----------------------------------

G

GUETS	Gestión de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario
-------	--

H

HNP	Hospital Nacional de Paraplégicos
-----	-----------------------------------

L

LCHADD	<i>Long Chain 3 Hidroxyacyl-CoA-Dehydrogenase Deficiency</i> (Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA Deshidrogenasa de Cadena Larga)
--------	--

M

MC	Médicos y pediatras Centinelas
MCADD	<i>Medium Chain Acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency</i> (Deficiencia de Acil-CoA Deshidrogenasa de Cadena Media”.

O

ORL	Otorrinolaringología
-----	----------------------

P

PAC Punto de Atención Continuada

R

RMN Resonancia Magnética Nuclear

S

ScVGE Sistema centinela de Vigilancia de la Gripe en España

SERMA Servicio Madrileño de Salud

SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SIFCO Sistema de Información del Fondo de Cohesión

SVB Soporto Vital Básico

T

TAC Tomografía Axial Computerizada

TIH Transporte Interhospitalario

U

UCL Unidad Central de Laboratorio

UME Unidades Móvil de Emergencia

USBOD Unidad de Salud Bucodental

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Cataluña



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Plan Interdepartamental de Salud Pública - PINSAP	5
1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	5
1.3 Drogodependencias	6
1.4 Protección de la salud	6
1.5 Seguridad alimentaria	7
1.6 Vigilancia de salud pública	7
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Integración y resolución	9
2.2 Transformación de los hospitales	10
2.3 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada	16
3 Infraestructuras sanitarias	19
3.1 Recursos económicos	19
3.2 Balance de situación	20
4 Recursos humanos	23
4.1 Planificación	23
5 Gestión económico financiera	27
6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	29
6.1 La experiencia de la Agrupación Europea de Cooperación Territorial Hospital de Cerdanya para la construcción del nuevo hospital y la planificación y prestación de servicios sanitarios transfronterizos en el ámbito franco-catalán.	29
6.1.1 La integración de servicios en el marco de una red transfronteriza de salud	30
6.1.2 Atención maternoinfantil	30
6.1.3 Los otros actores de salud que interactúan con el Hospital de Cerdanya	31
6.2 Asistencia sanitaria en zonas limítrofes. Convenio con Aragón. Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO)	31
Índice de tablas	35
Índice de gráficos	37
Índice de figuras	39
Abreviaturas, acrónimos y siglas	41

Resumen

En 2015 se presentó el balance del primer año del *Plan Interdepartamental de Salud Pública*, una estrategia gubernamental para potenciar todas las actuaciones con impacto en salud, asumida por el Parlamento de Cataluña y que cuenta con soporte de la Organización Mundial de la Salud. Entre sus principales logros destacan la estabilización del incremento de peso y la reducción en el número de fumadores.

Entre las estrategias dirigidas a la consecución de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, cabe resaltar el Programa de atención a la cronicidad y la identificación en la historia clínica de los pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada. Los hospitales han priorizado la atención quirúrgica y han continuado potenciando modalidades alternativas a la hospitalización convencional, como las unidades de subagudos, la hospitalización a domicilio, los hospitales de día y la cirugía mayor ambulatoria. El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) ha promovido asimismo una concentración de los servicios de alta especialización en un número reducido de centros de referencia. La extensión de los códigos de emergencia para Ictus e Infarto Agudo de Miocardio ha supuesto una notable mejora en el tiempo de respuesta y la supervivencia de estas patologías.

La implantación de la receta electrónica ha experimentado un gran impulso, alcanzando el 100% de los equipos de atención primaria y hospitales y el 92% de los centros de salud mental. Se ha incorporado un índice de calidad de prescripción a los contratos de compra de servicios del CatSalut a las entidades proveedoras, al objeto de fomentar el uso de fármacos más coste efectivos y reducir la variabilidad en la prescripción.

La sostenibilidad del sistema catalán de salud sigue enfrentando graves retos que tienen sus raíces en el déficit estructural que viene arrastrando el conjunto del Sistema Nacional de Salud desde hace años. A pesar de los esfuerzos realizados para reducir el gasto sanitario, la financiación de los servicios de salud de las comunidades autónomas resulta del todo insuficiente, situación que la incorporación de nuevos y costosos tratamientos sin la correspondiente financiación adicional, como es el caso de la hepatitis C, no ha hecho más que agravar.

Las solicitudes de asistencia sanitaria en Cataluña procedentes de comunidades autónomas limítrofes han experimentado un incremento en 2015. Este ha sido el primer año de funcionamiento del Hospital de la Cerdaña, primer hospital transfronterizo de Europa.

1 Salud Pública

En Cataluña, la Salud Pública se vertebra en torno a la *Ley 18/2009, de Salud Pública*, que garantiza la vigilancia, protección y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La evolución que ha experimentado la Salud Pública en Cataluña en los últimos años viene motivada fundamentalmente por el despliegue de esta ley y de la *Ley General de Salud Pública 33/2011* estatal, sobre todo en relación a la concreción de la estrategia de salud en todas las políticas y en la articulación territorial de toda la cartera de salud pública (incluyendo la promoción, la protección, la vigilancia, la salud laboral, y la seguridad alimentaria.). Al mismo tiempo influyen las transformaciones sociales (envejecimiento, globalización, expectativas de la población, cambios tecnológicos, retos emergentes, etc.) y la necesidad de integración de funciones, simplificación administrativa y racionalización de la administración.

Las principales actuaciones realizadas en 2015 son:

1.1 Plan Interdepartamental de Salud Pública - PINSAP

El *Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)* surge de la constatación de la influencia de múltiples determinantes sobre la salud, la mayoría de los cuales son ajenos al sistema sanitario y de la voluntad de intervención sobre dichos determinantes, mediante el abordaje conjunto desde distintos sectores sociales y de las administraciones autonómica y local. Siguiendo el objetivo de *salud en todas las políticas*, el PINSAP reúne y potencia las actuaciones de todo el gobierno y la sociedad que tienen impacto en salud, actuando sobre sus determinantes. Se trata de una estrategia gubernamental, asumida por el Parlamento de Cataluña y que cuenta con el soporte y el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En palabras de la Dra. Jackab, directora regional de la OMS en Europa: *el PINSAP concuerda totalmente con las estrategias propuestas por la OMS en relación a la salud en todas las políticas*.

En 2015 se presentó el balance del primer año del PINSAP, que ha recogido 511 actuaciones de todos los departamentos del Gobierno, y que ha contribuido a:

- La estabilización del incremento de peso.
- 35.000 casos de enfermedades evitadas cada año mediante vacunación.
- 200.000 fumadores menos.
- Consumo de cigarrillo electrónico estancado.
- Actuaciones de todos los sectores.
- Implicación de todo el Gobierno.

1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

- *Plan Integral para la promoción de la salud mediante Actividad Física y Alimentación Saludable (PAAS)*: lleva a cabo acciones en el campo educativo, sanitario, comunitario y laboral, promovidas desde diferentes instancias de la administración, instituciones y entidades públicas y privadas.
- *Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES, por sus siglas en catalán)*: se ha formado a los profesionales de todos los centros de atención primaria para aconsejar a las personas que lleven una vida activa. Durante 2015 se ha aconsejado a más de 500.000 personas para que aumenten su actividad física usando recursos comunitarios.

- *Alimentación Mediterránea (AMED)*: programa que promueve la alimentación mediterránea en el sector de la restauración. Casi 500 restaurantes acreditados con capacidad para 70.000 comensales diarios.
- *Aquí sí. Fruta y salud*: promoción del consumo de fruta fresca, variada, y fácil de comer mediante promoción e identificación de establecimientos que la ofrecen.
- *Prevención y control del tabaquismo*: Redes de atención primaria y hospitales sin humo de cobertura casi total. Formación de más de 2.000 profesionales sanitarios durante 2015. Programas de prevención del inicio. Acciones en relación al cigarrillo electrónico. Cumplimiento óptimo de la ley.
- *Prevención y control de lesiones*: programas de educación vial, movilidad saludable, prevención de accidentes en zonas de baño y participación en proyectos europeos: TACTIS (*Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety*) sobre prevención de lesiones en niños y PIECES (*Policy Investigation in Europe on Child Endangerment and Support*) sobre violencia en la infancia.
- *Salud internacional*: 10 proyectos internacionales sobre equidad en salud y promoción de la salud; 22 unidades acreditadas de consejo a viajeros.
- *Salud materno-infantil*: extensión del cribado prenatal y neonatal, incluyendo el de hipoacusia neonatal en centros privados. Programa Salud y Escuela extendido en la enseñanza secundaria con consulta abierta y actividades de educación para la salud.
- *Vacunaciones*: más de 3,2 millones de vacunas administradas a 1,5 millones de personas en más de 1.200 centros vacunales. Coberturas vacunales elevadas y estables. Cobertura superior del 66% en la vacunación de mujeres embarazadas contra la tosferina, pionera en el Estado.

1.3 Drogodependencias

- El *canal de drogas* se ha establecido como un espacio de referencia y comunicación para profesionales y público en general. Es el segundo canal temático más visitado de salud.
- Dentro del entorno de trabajo, se ha implementado un *modelo de prevención de alcohol y problemas de drogas* en diferentes organizaciones en los sectores público y privado.
- En el campo de la educación primaria, destaca el programa *La aventura de la vida*, la promoción de la salud y prevención.
- En el campo de la educación secundaria y bachillerato, se ha iniciado el programa *Fitjove* para promover el deporte como una alternativa de ocio sano entre los adolescentes de zonas de especial vulnerabilidad.
- Programa *NitsQ (Noches de calidad)*, que promueve entornos saludables para la vida nocturna con la complicidad de las empresas, organizaciones y autoridades locales.
- Programa *Beveu menys (Bebed menos)*, de reducción del consumo de alcohol que llevan a cabo el 90% de los centros de atención primaria.

1.4 Protección de la salud

- *Prevención de riesgos alimentarios*: marco de aplicación de los reglamentos de higiene alimentaria y recomendaciones sobre la carne de caza, el pescado en el ámbito escolar, los alimentos no envasados y la recolección de setas.
- *Alimentos internacionales*: normativas, formación y control sobre la exportación de alimentos.
- *Prevención y control de legionella*: conformidad de las muestras de alimentos (99%) y agua (83%).
- *Lucha contra plagas y riesgos*: destacando el control de mosquito tigre y mosca negra.

1.5 Seguridad alimentaria

- *Plan de seguridad alimentaria*: 86,4% de los objetivos alcanzados y 96,8% de las intervenciones realizadas.
- Constitución del *Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria*.
- Desarrollo de un *Mapa de Peligros Alimentarios* en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona.

1.6 Vigilancia de salud pública

- Consolidación del *Servicio de urgencias de vigilancia epidemiológica de Cataluña*.
- La tuberculosis alcanza mínimos históricos.
- Extensión de la *prueba rápida de VIH en farmacias*.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Integración y resolución

El *Plan de salud de Cataluña 2011-2015* planteó una serie de proyectos operativos que, por un lado tenían como objetivo hacer frente a las nuevas necesidades de las personas, sobre todo las que sufren enfermedades crónicas y, por otro, propiciar una transformación en la forma de atender estas necesidades, ganando resolución. Estos proyectos estaban orientados a promover la reordenación de los servicios para ofrecer una prestación más integrada entre todos los niveles asistenciales y asignar una mayor capacidad resolutoria a los niveles más accesibles al ciudadano, especialmente en el caso de patologías poco complejas pero de elevada prevalencia.

Respecto a los procesos comunes, esto ha comportado trabajar para mejorar la coordinación entre atención primaria y comunitaria y atención especializada, mediante *modelos de atención a las patologías comunes* tales como enfermedades del aparato locomotor y oftalmología, que al finalizar el año 2015 tenían una implantación territorial del 75%; dermatología, con una implantación del 25%; y salud mental, implantada en el 60% del territorio. Durante este último año se ha revisado así mismo el modelo asistencial de atención a los síndromes de sensibilización central (entre los que se incluye la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple).

Por otra parte, con el fin de responder al reto que suponen la cronicidad y la dependencia, potenciando la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas de mayor impacto y desarrollando la atención desde las fases más incipientes hasta los estadios de mayor complejidad, los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia han desarrollado estos últimos años el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC). Entre las múltiples líneas desarrolladas por el Programa, una de las principales la constituye la promoción de las *rutas asistenciales* para determinadas patologías, planes operativos que explican la organización de los cuidados y las acciones estructuradas y multidisciplinarias que todos los actores involucrados deben llevar a cabo en un territorio para implementar guías de práctica clínica.

Otra actuación destacada ha sido la identificación en la historia clínica compartida de más de 150.000 Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA, por sus siglas en catalán) y el diseño de un modelo territorial de atención a las personas en situación de complejidad que se caracteriza por garantizar la atención 7x24 y disponer de un Plan de Intervención Individualizado y Compartido en formato digital accesible a cualquier profesional. Se trata de un plan de atención específico para cada enfermo crónico que tiene en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, consensuado entre los distintos profesionales sanitarios y sociales y el paciente o su familia.

Por último, conviene identificar elementos que han actuado como facilitadores de la integración y mayor resolución. En primer lugar, ha sido de capital importancia el pleno desarrollo de la *historia clínica compartida*, que permite el acceso a información relevante de las historias clínicas de los centros de la red pública asistencial bajo parámetros idóneos de seguridad y confidencialidad y que en 2015 ya se encuentra implantada en el 100% de centros proveedores de atención primaria y hospitalaria y en el 99% de los centros sociosanitarios y en el 98% de salud mental.

Otro de los elementos con mayor potencial de contribución a una mayor integración y resolución es el nuevo *modelo de contratación y prestación de los servicios sanitarios* en vigor desde 2015 (<http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6681/1368384.pdf>) que sienta las bases para avanzar hacia un sistema centrado en la compra de resultados y asigna los recursos en función de las necesidades de la población. El Decreto establece por primera vez las bases normativas para atribuir a la atención primaria una asignación específica que le permita una mejor gestión de sus derivaciones a la atención especializada, e incrementa de forma notable el

pago vinculado a resultados, condicionando un porcentaje importante de la contraprestación económica a los proveedores a la consecución de objetivos establecidos en todas las líneas asistenciales.

Para finalizar, fruto del trabajo continuado de años, reforzado en parte mediante los instrumentos expuestos anteriormente, algunos territorios han ido aún más lejos, definiendo *alianzas y acuerdos de colaboración* entre centros para compartir servicios y avanzar aún más en la continuidad asistencial y la integración.

2.2 Transformación de los hospitales

La referida transferencia a la atención primaria y comunitaria de la atención de patologías de poca complejidad pero muy prevalentes, combinada con la emergencia de las modalidades de atención no presencial, permiten que los pacientes que acuden a los centros hospitalarios lo hagan cada vez mejor filtrados y tengan necesidades de salud más complejas. Del mismo modo, los recursos alternativos a la hospitalización están creciendo y reducen las necesidades de internamiento en los hospitales: los centros pasan a ser progresivamente más valorados por su capacidad de resolver los problemas de salud de forma coordinada con el resto de dispositivos. Estos cambios han hecho posible una evolución de los centros hospitalarios catalanes en dos sentidos: son más resolutivos, con un predominio de la actividad quirúrgica con y sin ingreso, y son más especializados, con un mayor foco en la alta especialización.

Hospitales de agudos	2012	2013	2014	2015	% Variación
Altas médicas	368.432	354.426	348.544	369.682	0,3
Altas quirúrgicas**	364.252	376.438	385.205	393.989	8,2
Total	732.684	730.864	733.749	763.671	4,2

Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. ** Las altas quirúrgicas incluyen cirugía mayor ambulatoria.
Fuente: CatSalut . División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

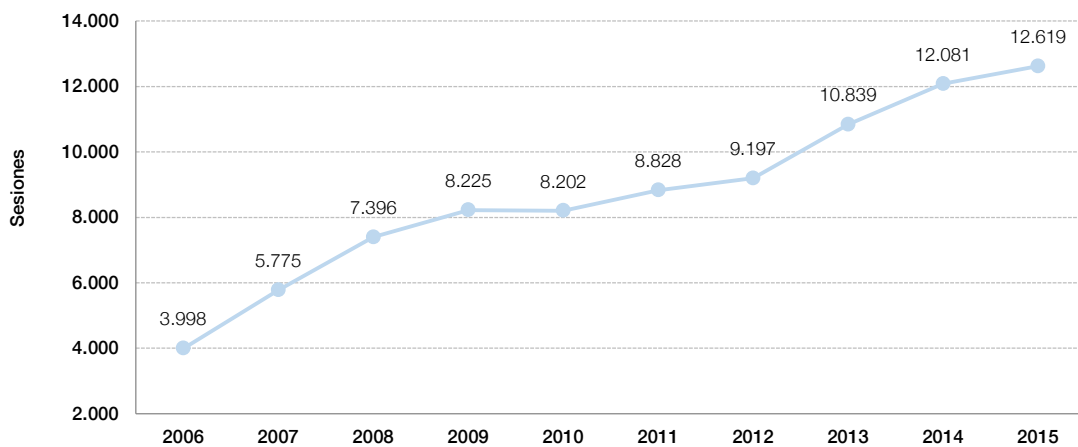
Los hospitales generales básicos están experimentando principalmente la primera de estas evoluciones, mientras la segunda la viven con especial intensidad los centros de referencia y alta complejidad. El Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud han ajustado los instrumentos a su alcance para asumir los cambios en la composición de los recursos que comporta esta evolución en los centros, principalmente mediante la política de compra de actividad.

Esta mayor focalización en la actividad quirúrgica y las acciones planificadas con los proveedores de servicios también explican que durante los años 2014 y 2015, a pesar de la compleja situación financiera, se haya podido revertir el aumento en las listas de espera de años anteriores y mejorar el tiempo de espera en procedimientos prioritarios como los de cirugía cardíaca y oncológica: a 31 de diciembre el 100% de los pacientes ya esperan menos de 90 días en el primer caso y casi el 100% menos de 45 (o 60 en el caso de los procedimientos de vejiga y próstata) en el segundo.

Alternativas a la hospitalización: estos últimos años se han desarrollado modalidades asistenciales para la atención de pacientes que tradicionalmente ingresaban en el hospital, adaptando los modelos asistenciales a la creciente cronicidad y envejecimiento de la población. Así se han desarrollado unidades de *subagudos* (9.645 episodios en 2015, un 37,0% más que en 2014), un recurso dirigido a pacientes mayores frágiles o crónicos con agudización o empeoramiento del estado de salud que precisen una intensidad de recursos intermedia y que se

orienta a su estabilización clínica y rehabilitación sin requerir un ingreso hospitalario convencional. Con la misma orientación se están desarrollando las unidades de *postagudos*, destinadas a pacientes que requieren ser hospitalizados para rehabilitación por periodos cortos. De igual modo, en el marco de la atención domiciliaria integrada y al objeto de mantener a los pacientes en su entorno con la máxima autonomía y mínimas complicaciones, se ha iniciado el desarrollo de proyectos de *hospitalización a domicilio* (12.619 altas en 2015, un 4,5% más que en 2014) que, de manera complementaria a la convencional, brindan en casa tratamientos a pacientes en situaciones que suelen comportar hospitalización. El *hospital de día*, centrado en la rehabilitación y administración de tratamientos oncológicos o inmunológicos, es otro dispositivo alternativo de primer orden que aumenta año tras año (981.180 sesiones en 2015, un 4,9% más que en 2014), cada vez más utilizado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras enfermedades. Finalmente, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha seguido aumentando a un ritmo constante, reduciendo la estancia media en los hospitales y proporcionando un retorno más rápido de los pacientes a su actividad habitual, limitando al tiempo la incidencia de infecciones nosocomiales y otros problemas asociados a la hospitalización.

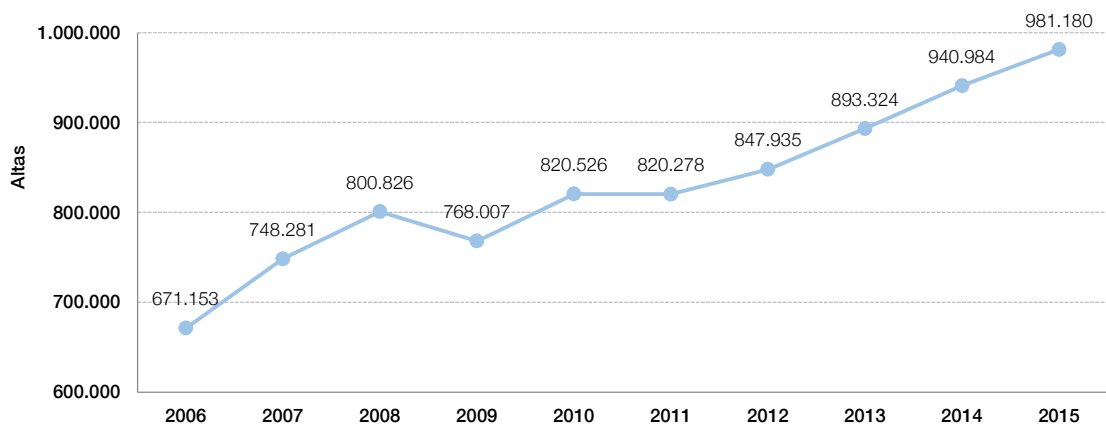
Gráfico 2-1 Evolución del número de altas de hospitalización a domicilio realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

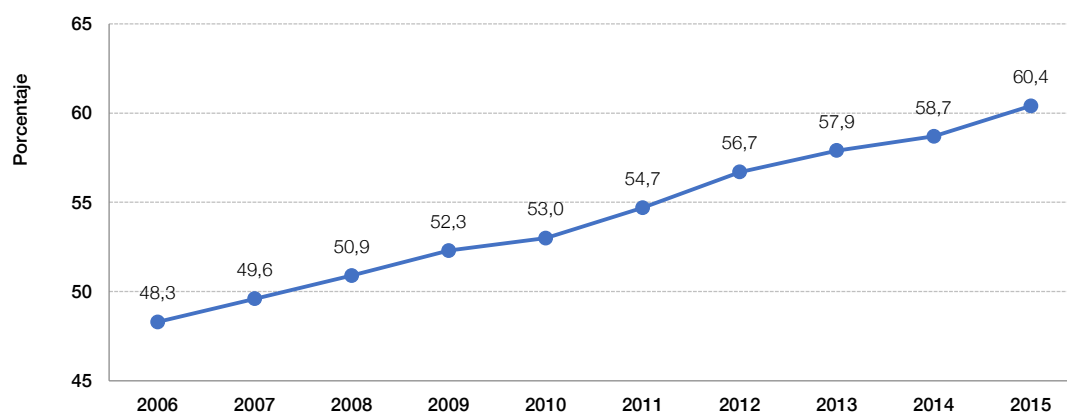
Gráfico 2-2 Evolución del número de sesiones de hospital de día realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. Gerencia de Planificación Económica.

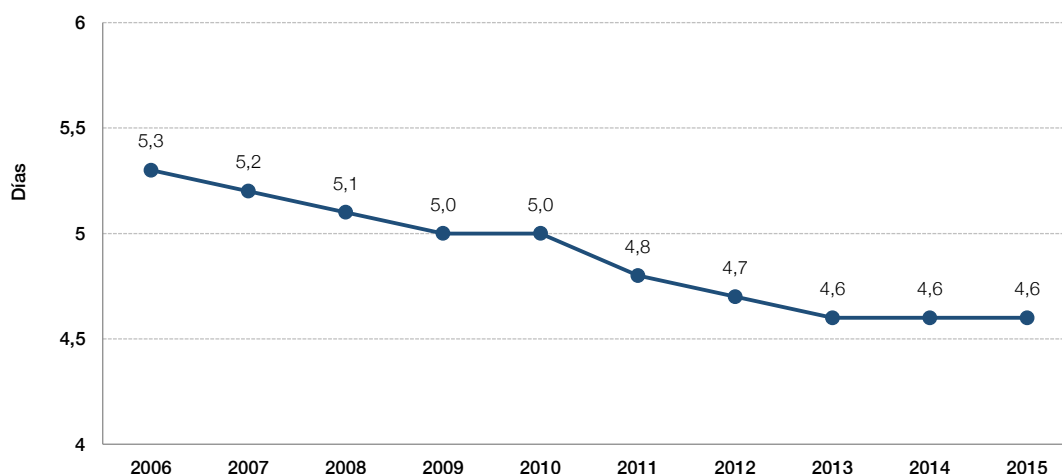
Gráfico 2-3 Evolución del porcentaje anual de contactos de cirugía mayor ambulatoria realizados por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

Gráfico 2-4 Evolución de la estancia media en los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

Alta especialización: diversos estudios llevados a cabo en Cataluña mostraban hace unos años una tendencia general a realizar procedimientos terciarios o de alta especialización en un número muy elevado de centros, a menudo por debajo de la masa crítica recomendable. En los últimos años el esfuerzo que se ha efectuado por concentrar los servicios terciarios en un número reducido de proveedores ha permitido alcanzar mejores resultados en salud y entornos organizativos más apropiados para el desarrollo de los servicios: se garantiza un abordaje multidisciplinar gracias a la interrelación con otros procesos o profesionales al tiempo que se sientan las bases para que la innovación, la investigación y la docencia en este ámbito se produzcan en un entorno apropiado a la fase evolutiva de la técnica o procedimiento. Así, el Servicio Catalán de la Salud ha ido estableciendo sectorizaciones específicas para los ámbitos o especialidades abordadas por grupos de expertos *ad hoc*.

Tabla 2-2 Reordenaciones del Servicio Catalán de la Salud relacionadas con la alta especialización, 2009-2015

Año	Ámbitos reordenados	Instrucción	Centros de referencia
2009	Código Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	04/2009	9 centros (8 de 24h + 1 de 12h)
2010	Tratamientos farmacológicos de alta complejidad	04/2010	2-5 tratamientos armonizados
2011	Código paciente traumático grave (PPT)	04/2011	6 centros (tratamiento alta complejidad)
2012	Cirugía oncológica compleja	01/2012	De 17 a 9 centros (según tumor)
	Oncohematología		10 centros
	Oncopediatría		De 5 a 2 centros
	Radioterapia compleja		2-6 centros
2012	Hipertensión arterial pulmonar	03/2012	De 7 a 2 centros (tratamiento farmacológico)
	Cardiopatías congénitas	11/2012	De 5 a 2 centros
	Cirugía de la epilepsia	12/2012	De 5 a 3 centros
	Implantes cocleares	-	De 6 a 3 centros
	Lesiones medulares	-	De 5 a 2 centros
2013	Código ictus	01/2013	5 centros
	Trasplante cardíaco	-	De 3 a 1 centro (guardias)
	Esclerosis múltiple compleja	-	3 centros
	Cirugía de Parkinson	-	De 4 a 2 centros
	Hemorragia subaracnoidea	-	De 8 a 4 centros
2014	Cirugía cardíaca	08/2014	5 centros (nueva sectorización)
	Cirugía vascular	09/2014 modificada por la instrucción 09/2015	De 22 a 9 centros
		12/2014 modificada por la instrucción 12/2015	2-7 centros (según EM o grupo de EM)
	Melanoma metastásico	01/2012	6 centros
2015	Artroplastias de rodilla y cadera	02/2015	De 60 a 27 centros
	Consejo genético	06/2015	3 centros generales
	Cirugía pediátrica	07/2015	De 52 a 8 centros de referencia y 22 de proximidad
	Cirugía oncológica de cabeza y cuello	01/2012	6-9 centros (según tumor)
	Código sepsia grave	11/2015	9 centros adultos y 2 pediátricos (tercer nivel)

Fuente: Elaboración propia. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

Este proceso ha reducido un número importante de centros que realizan la actividad y ha concentrado los casos. Al finalizar 2015, se encuentran en fase de implantación y seguimiento las reordenaciones de cirugía cardíaca, cirugía vascular, melanoma metastásico y cirugía oncológica de cabeza y cuello, artroplastias de rodilla y cadera, consejo genético y análisis genéticos en trastornos o enfermedades genéticas, cirugía pediátrica y código sepsia.

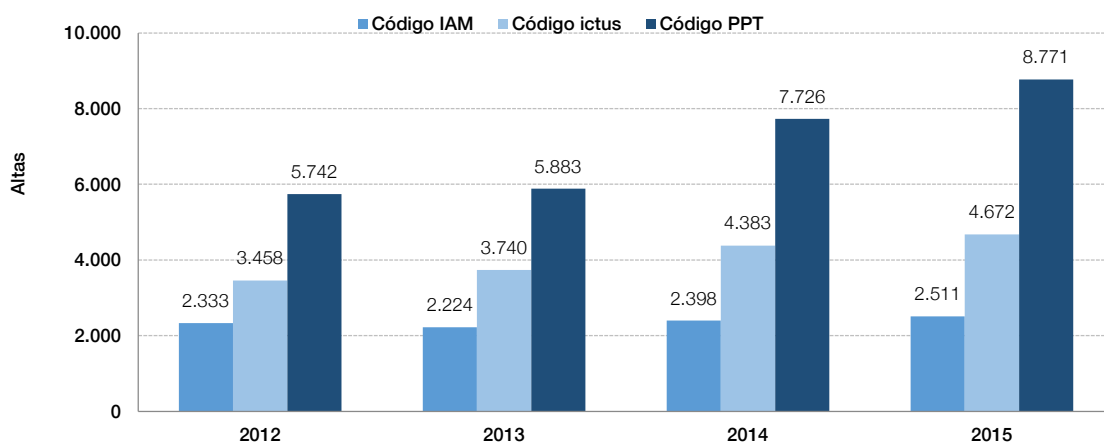
En el caso de las *enfermedades minoritarias* (MM *Malalties Minoritàries*, por sus siglas en catalán), la Instrucción 12/2014 del CatSalut ha establecido el desarrollo e implantación de un modelo de atención en Cataluña y la ordenación del mapa de Unidades de Pericia Clínica (UEC) para *enfermedades minoritarias*, según las indicaciones de la Comisión Asesora creada en 2009.

Estas enfermedades, crónicas, gravemente debilitantes, con un impacto negativo importante tanto para los afectados como para su entorno familiar y social, tienen cada una de ellas una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes, pero se estima que afectan en conjunto a unas 400.000 personas en Cataluña.

Códigos de emergencia: la atención a las emergencias mediante la activación de códigos específicos, mecanismos que activan una serie de dispositivos asistenciales coordinados en red para atender determinados procesos en la fase más aguda, siguiendo una estricta aplicación de protocolos, ha permitido mejorar el tiempo transcurrido desde la detección del problema hasta la

aplicación del tratamiento, ofreciendo las mejores opciones terapéuticas y consiguiendo los mejores resultados posibles en términos de supervivencia y calidad de vida. En relación a los tres códigos con más recorrido temporal: los códigos para la atención del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST, el accidente vascular cerebral –ictus- y el Paciente Politraumático (PPT), el número de activaciones efectuadas por el Servicio de Emergencia Médicas (SEM) entre 2014 y 2015 ha aumentado un 10%.

Gráfico 2-5 Evolución de las activaciones de códigos IAM, ictus y PPT realizadas por el Servicio de Emergencias Médicas, 2012-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. IAM: Infarto Agudo de Miocardio, PPT: Paciente Politraumático.

Fuente: Servicio de Emergencias Médicas.

En el caso del *código IAM*, las activaciones totales según el Registro del código (las que realiza el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) en primera instancia, las que realizan atención primaria u hospitales comarcales directamente o vía SEM, y las que llegan directamente a los hospitales especializados) han pasado de 3.472 en 2014 a 3.687 en 2015 (+6,2%). Este crecimiento se acompaña de resultados notables: el porcentaje de pacientes tratados con angioplastia primaria es del 90,0%, los que reciben este tratamiento en menos de 120 minutos se sitúan en valores cercanos al 65,0%, y la supervivencia a 30 días de los infartos agudos de miocardio ronda el 94,0%.

En cuanto al *código ictus*, el incremento sostenido de activaciones discurre en paralelo al aumento en el número de tratamientos de reperfusión: 1.451, aumentando tanto el número de Tratamientos Trombolíticos Intravenosos (TIV) como el de Endovasculares (TEV) y situando a Cataluña entre los lugares del mundo con una tasa de tratamientos de reperfusión más elevada. La tasa de mortalidad por ictus isquémico también ha bajado estos últimos años (del 16,7% de 2011 al 16,0% en 2014), con unos valores inferiores a los de referencia internacional (19,0%).

En lo que atañe a los códigos de nueva implantación que presentan novedades en 2015, se ha alcanzado la plena implantación del *Código Riesgo Suicidio (CRS)*. El código, que se empezó a implantar en 2014, activa un conjunto de actuaciones asistenciales protocolizadas, dirigidas a las personas a quienes se detecta un riesgo importante de suicidio, y orientadas a garantizar una atención proactiva y la continuidad asistencial post-alta hospitalaria, mediante la vinculación al centro de salud mental de referencia y el seguimiento por el sistema durante 12 meses tras la tentativa.

El código de atención a los pacientes con sepsia grave (*código sepsia*) es un sistema integral de atención establecido mediante la Instrucción 11/2015 con objeto de revertir la progresión de la disfunción multiorgánica generada por la evolución de las infecciones que se presentan como sepsia grave. El objetivo del Código sepsia es disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad

mejorando su detección precoz, reduciendo el tiempo en que se inicia el tratamiento y coordinando los distintos dispositivos asistenciales que intervienen.

2.3 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada

En esta área, uno de los primeros aspectos a destacar es la *implantación de la Receta Electrónica (RE)* en todos los ámbitos asistenciales: esta herramienta de prescripción fomenta la coordinación entre profesionales, garantiza la accesibilidad a la prestación farmacéutica y promueve la seguridad del paciente. En diciembre de 2015, un 96,9% de las recetas han sido electrónicas, con una implantación que ya es del 100% en los equipos de atención primaria y en los centros hospitalarios y del 92% en los centros de salud mental.

Del mismo modo, durante estos últimos años se ha desarrollado una *cartera de servicios en la oficina de farmacia*. Durante 2015, 128 farmacias han participado en la detección rápida del VIH (realizando un total de 2.750 pruebas, un incremento del 72% respecto a 2014), 658 en la detección precoz del cáncer de colon (107.515 test en 2015, un 67% más que en 2014), y se ha iniciado el programa de seguimiento farmacoterapéutico con sistema personalizado de dispensación para pacientes crónicos complejos, con la participación de 16 equipos de atención primaria y 25 oficinas de farmacia.

Otro de los ejes de actuación es el *Programa de armonización farmacoterapéutica* del CatSalut, que se concreta en la armonización de los tratamientos farmacológicos de medicación hospitalaria y de atención primaria y comunitaria - Programas de Armonización Farmacoterapéutica de Medicamentos del Ámbito de Atención Primaria y Comunitaria (PHFAPC), de Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (PHFMHDA), y Programa de Evaluación, Seguimiento y Financiación de Tratamientos de Alta Complejidad (PASTFAC) -, en el registro de datos clínicos y seguimiento de resultados, y en la participación a nivel estatal en la elaboración de los *Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT)* de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Se han publicado más de 160 recomendaciones de uso y dictámenes de diferentes indicaciones de medicamentos en el ámbito del CatSalut y se ha realizado el pilotaje para la incorporación de la evaluación económica en las tres ramas del Programa de armonización.

En el marco del PHFMHDA se ha creado el Comité de Evaluación de Medicamentos en Situaciones Especiales (CAMSE), que elabora propuestas de recomendaciones para la Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA) que se esté utilizando en condiciones diferentes de las establecidas en la ficha técnica de manera equitativa, eficaz, segura y eficiente. Producto también del PHFMHDA y PASTFAC, se está implantando el Registro de Pacientes y Tratamientos (RPT), que permite medir los resultados en salud mediante la recopilación sistemática de datos sobre efectividad y seguridad en condiciones de práctica clínica habitual. Los datos obtenidos permiten retroalimentar el sistema de información, mejorar los estándares de calidad y eficiencia de las prestaciones farmacéuticas, y tomar decisiones de financiación en base a la evaluación de resultados.

Por otra parte, se ha incorporado el *Índice de Calidad de Prescripción (IQP)* en la parte variable de los contratos de compra de servicios con las entidades proveedoras. El IQP es una herramienta de gestión desarrollada por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña para medir la dimensión científico-técnica de la calidad de la prescripción farmacéutica, y tiene como objetivo final fomentar el uso de los fármacos más coste-efectivos y reducir la variabilidad entre los profesionales de Cataluña, ya que permite evaluar de manera cuantitativa y cualitativa la prescripción farmacológica, establecer comparaciones, e identificar las mejores prácticas. Esta iniciativa en el ámbito de los incentivos se complementa con la asignación de presupuestos en el gasto máximo asumible (DMA, por sus siglas en catalán) sobre el gasto en recetas médicas y Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA), con asunción de un riesgo en su gestión por parte de las entidades proveedoras.

Inciendo también en la mejora de la calidad y la eficiencia en la prescripción y en el contexto de atención primaria destacan las actuaciones para revisar y mejorar la conciliación de tratamientos de pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada, un grupo prioritario dado su elevado consumo de medicamentos. Con esta finalidad, la parte variable de los contratos con los proveedores incorpora también un objetivo relacionado con la *revisión clínica y conciliación de los planes de medicación* de estos pacientes crónicos.

Otra de las evoluciones recientes más notables de la política de farmacia es el desarrollo de los *Acuerdos de Riesgo Compartido* (ARC, que adoptan la forma de esquemas de pago basados en resultados) entre el CatSalut o entidades proveedoras y los laboratorios farmacéuticos. Buscando la co-responsabilización de la industria farmacéutica, los ARC desplazan el pago de los medicamentos con precios fijos a favor de un sistema de pago por resultados clínicos y permiten maximizar los resultados en salud, limitar algunas incertidumbres y distribuir los riesgos entre los diferentes agentes (financiador, proveedor e industria farmacéutica). Al finalizar 2015 se han firmado 19 ARC, principalmente en las áreas de oncología, oncohematología y reumatología: 11 fármacos en 7 indicaciones diferentes, con la participación de 28 centros hospitalarios y 10 laboratorios farmacéuticos.

Finalmente, en el ámbito del conocimiento y la información, desde 2014 se impulsa la plataforma GeCoFarma, que quiere poner a disposición de todos los profesionales de manera integrada todo el conocimiento disponible estatal e internacional en el ámbito de la prestación farmacéutica a fin de optimizar la toma de decisiones y mejorar el uso racional de los medicamentos. También en este mismo campo, durante 2015 se ha potenciado la información dirigida a profesionales y ciudadanos a través del Canal Medicamentos y Farmacia (medicaments.gencat.cat).

3 Infraestructuras sanitarias

La revisión y priorización de las actuaciones de inversión en equipamientos de salud para el año 2015 se han de contextualizar en un trabajo previo más amplio, iniciado un par de años atrás y que abarcaba el conjunto de la legislatura que finalizaba en 2015 y que se caracterizó por realizar un abordaje integral y transversal en el que participaron profesionales de diferentes ámbitos: la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud del Departamento de Salud, el Área de Atención Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), los directivos de la regiones sanitarias y direcciones de sector, y el Área de Patrimonio, Inversiones y Recursos Humanos del CatSalut.

El trabajo consistió, en una primera fase, en la actualización y adaptación de los criterios de planificación de los servicios (recogidos en el Mapa Sanitario) y de las directrices de dimensionado estructural y arquitectónico de los centros.

En una segunda fase, se revisaron todas las actuaciones de inversión de acuerdo con los nuevos criterios de planificación, las necesidades de cada territorio y las dotaciones actualmente existentes.

Finalmente, se ajustó la programación atendiendo al ritmo de ejecución de las actuaciones en curso y a los escenarios económicos previstos para el ejercicio.

Detrás de todo este trabajo hay que situar las estrategias desarrolladas en el Plan de Salud de Cataluña para el periodo 2011-2015, que conllevan una transformación en la manera de prestar los servicios de salud a la población, con un cambio de orientación hacia una atención más proactiva de la cronicidad, una mayor resolución y accesibilidad, y mayor calidad en la alta especialización.

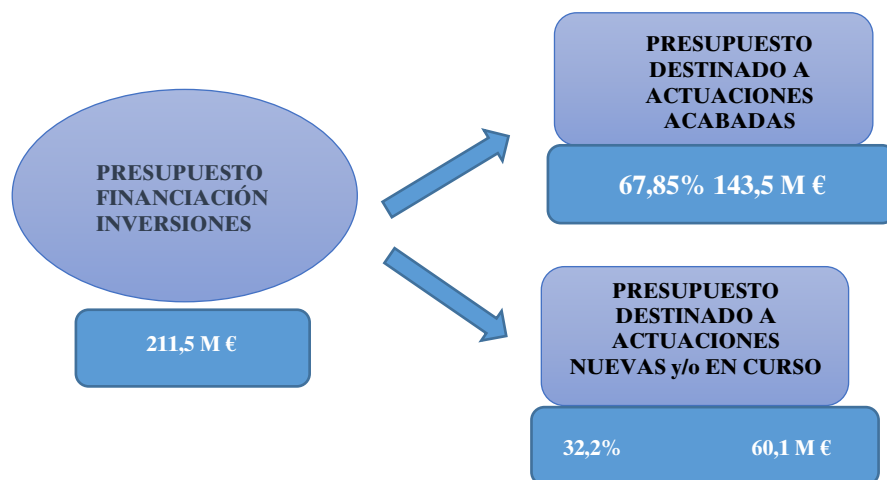
Los criterios de planificación utilizados en la programación de las inversiones se han actualizado y son congruentes con estas nuevas tendencias y escenarios, entre los que destacaríamos:

- Un cambio de tendencia en la dinámica demográfica, con pérdida de población en los últimos años.
- Las necesidades de recursos de atención primaria básicamente se concretan en la renovación estructural de equipamientos antiguos y en la adaptación a nuevas funcionalidades.
- La reducción de las necesidades de capacidad asistencial en las áreas de hospitalización de agudos (entre un 20% y un 35% según escenarios).
- La adaptación de las áreas ambulatorias de los hospitales y un aumento de la capacidad asistencial de este tipo de áreas.
- La reconversión del internamiento de larga duración y la asunción de parte de la atención intermedia con ingreso (sub-agudos y post-agudos) por los recursos de convalecencia.

3.1 Recursos económicos

Las dotaciones de los capítulos VI a VIII del presupuesto 2015, destinadas a financiar las actuaciones de inversión, se mantienen respecto al ejercicio anterior. Se destinaron un total de 211,5 millones de euros, más otros 15,6 millones en concepto de reposición del Instituto Catalán de la Salud (ICS), de los que 143,5 millones (un 67,8% del total) financiaban actuaciones acabadas y 69,0 millones de euros (un 32,0%) en nuevas actuaciones o actuaciones en curso de ejecución.

Figura 3-1 Recursos económicos del Departament de Salut Servei Català de la Salut destinados a la financiación de actuaciones de inversión en equipamientos de salud, 2015



Fuente: Servei Català de la Salut. Presentación al Parlament de Catalunya del Proyecto de Presupuesto 2015 (enero 2015).

Adicionalmente a estos 211,54 millones de euros, se destinaron otros 15,63 millones de euros a la financiación de actuaciones de reposición en centros asistenciales del ICS.

3.2 Balance de situación

En resumen, para el año 2015 se planificó el desarrollo de 91 actuaciones de inversión, 60 de ellas en el ámbito de atención primaria y 31 en el de atención hospitalaria. De acuerdo con su tipología, 15 correspondían al equipamiento de actuaciones que finalizaban, 38 a actuaciones que continuaban o iniciaban obras y, finalmente, otras 38 a actuaciones en fase de redacción de proyecto.

Entre las actuaciones que han finalizado a lo largo del año 2015, podemos destacar la construcción de los Centros de Atención Primaria (CAP) siguientes: CAP Balaguer, CAP Onze de Setembre en Lleida, CAP Piera, CAP Guinardó en Barcelona, CAP Dr. Josep Pujol i Capçada en El Prat de Llobregat, CAP Vilafranca del Penedès-3, Consultorio de Albinyana, Consultorio de Campredó.

En el ámbito hospitalario podemos señalar el nuevo laboratorio y cafetería del Hospital Joan XXIII de Tarragona, el bloque quirúrgico y UCI del Hospital General de la Vall d'Hebron en Barcelona y el equipamiento parcial de las áreas de hospital de día, exploraciones complementarias y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del edificio tecnoquirúrgico del Hospital de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat.

También se completó el equipamiento del área asistencial del Centro Penitenciario Mas Enric, en Tarragona.

Por lo que respecta a las actuaciones que se encontraban en obras o las iniciaron el año 2015, destacar: CAP Roquetes, CAP Castell - Platja d'Aro, CAP Figueres-2, CAP L'Estartit, CAP Carreras Candi y CAP Vila de Gràcia en Barcelona, CAP EL Gornal y CAP Rambla Marina en L'Hospitalet de Llobregat, CAP La Mina en Sant Adrià de Besòs, CAP Molí Nou en Sant Boi de Llobregat, CAP Sant Pere de Ribes, CAP Viladecans – 3.

En el ámbito de la atención hospitalaria, señalar la 2ª fase de las urgencias y el área de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Joan XXIII en Tarragona, las plantas 5ª y 6ª de obstetricia y neonatología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, la 2ª fase de la remodelación del Hospital del Mar, la reforma y ampliación del Hospital Sant Joan de Déu en Esplugues de Llobregat.

Finalmente, entre las actuaciones que se encontraban en fase de redacción de proyecto, podemos destacar: la reforma de las urgencias del Hospital Josep Trueta de Girona; la reforma del área ambulatoria del Hospital General de la Vall d'Hebron; el nuevo centro sanitario de Granollers y el concurso de ideas para la adjudicación del proyecto de ampliación del Hospital de Viladecans.

4 Recursos humanos

4.1 Planificación

Los futuros profesionales son, de entrada, estudiantes universitarios o de ciclos formativos. Después, en el caso de profesiones con sistema regulado de especialización, son residentes, y finalmente se transforman en profesionales que trabajan en el sistema sanitario público o privado.

En el caso de las profesiones que no tienen sistema de especialización reglado, la formación de postgrado no es obligatoria ni requisito para trabajar como profesional y se puede realizar de forma voluntaria a través de la oferta de másteres y cursos de postgrado de las universidades.

Por todo ello, las políticas de recursos humanos han de tener en cuenta los flujos en los tres niveles: los estudiantes en periodo de formación, los residentes mientras dura su especialización, y los profesionales hasta su jubilación o salida del sistema por otras causas.

En los cuadros siguientes se pueden observar los datos numéricos sobre estudiantes, residentes y profesionales de las profesiones sanitarias.

Tabla 4-1 Estudiantes que acaban una promoción anual de los diferentes estudios en ciencias de la salud en Cataluña, 2015-2016	
Farmacia	440
Fisioterapia	1305
Enfermería	2045
Logopedia	150
Medicina	1064
Nutrición humana y dietética	295
Odontología	230
Óptica y optometría	100
Podología	140
Terapia Ocupacional	120
Veterinaria	175

Fuente: Agencia para la calidad del sistema universitario de Cataluña (AQU, por sus siglas en catalán); estimación a partir de las plazas ofertadas 2015-2016.

Tabla 4-2 Plazas de residentes convocadas de distintas profesiones sanitarias, 2015	
Profesión	Número de plazas
Médicos/as	960
Enfermeros/as	142
Psicólogos/as	21
Farmacéuticos/as	21
Otros (físicos/as, químicos/as, bioquímicos/as)	21

Fuente: Subdirección General de Planificación y Desarrollo Profesional, Departamento de Salud.

La *movilidad* de estudiantes, residentes y profesionales es una realidad incuestionable y todo hace pensar que tenderá a aumentar. No se dispone de análisis de información sobre la tendencia de estudiantes y residentes a permanecer donde realizan sus estudios o desplazarse a su comunidad de origen al finalizarlos, entendemos que ello depende del mercado laboral.

El *incremento del número* de estudiantes de medicina estos últimos años, junto a la ligera disminución de plazas de residentes en la oferta tanto catalana como española, han adquirido una tendencia que nos puede conducir en poco tiempo a la creación de una bolsa de médicos/as sin especialidad, que pueden verse abocados al paro, al trabajo precario o a la emigración.

La *tasa global de enfermeros/as por habitante* sigue siendo inferior a la de los países de nuestro entorno, algo que no ocurre con la tasa de médicos/as. Por ello, según el modelo asistencial deseado – como se insistirá más adelante - tiene bastante sentido proponer un incremento en la formación de profesionales de enfermería.

Tabla 4-3 Tasas de médicos/as y enfermeros/as en práctica profesional por 1000 habitantes, 2014

Pais	Tasa médicos/as	Tasa enfermeros/as
Grecia	6.2	3.6
Austria	4.9	7.8
Noruega	4.2	16.5
Suecia	3.9	11.1
España	3.8	5.2
Unión Europea (28)	3.4	8.0
Francia	3.3	9.1
Holanda	3.1	11.9
Reino Unido	2.8	8.2
Cataluña	4.8	6.1

Fuente: OCDE, 2014; Cataluña: INE, población postcensal 2014.

Las *especialidades de enfermería* son aún de reciente creación y con tendencia a incrementarse en estos últimos años, como parece que seguirá ocurriendo en los próximos. El *cálculo de necesidades de profesionales* para el futuro depende de las pirámides de edad de cada colectivo, de las políticas de jubilación y del *modelo asistencial* que tenemos o queremos tener en el futuro. Por poner un ejemplo, las necesidades de profesionales, globales y por tipologías, de un sistema basado en la atención a la cronicidad, en que la puerta de entrada es la atención primaria, no son las mismas que las de un sistema en que el primer contacto fuese responsabilidad de los especialistas hospitalarios.

En la planificación de las necesidades de profesionales es esencial disponer de instrumentos tales como:

1. *Registro de profesionales*, creado en Cataluña mediante el Decreto 256/2013, al objeto de disponer de información básica del número de profesionales por especialidades en función del lugar de trabajo, edad, género y otras características sociales y demográficas. Para disponer de toda la información necesaria hay que combinar registros de los colegios profesionales con los propios de empresas prestadoras de atención sanitaria.

Tabla 4-4 Comparación de datos del registro de colegios profesionales con el censo, 2014

Profesión	Número en el registro	Número en el censo
Médicos/as	36.886	38.875
Enfermeros/as	48.984	49.042
Farmacéuticos/as	1.626	10.628
Fisioterapeutas	11.281	8.612

Fuente: Registro de profesionales sanitarios de Cataluña.

En las profesiones médica y de enfermería, el nivel de identificación es muy satisfactorio. En profesiones con elevada actividad privada (farmacéuticos/as, odontólogos/as, logopedas y podólogos/as), el nivel de identificación es aún excesivamente bajo. El total de profesionales identificados por el momento es de 124.607 (el censo no incluye algunas profesiones técnicas que no podemos contrastar). En un 99% de los casos disponemos de información demográfica de edad y género. En cambio, disponemos de información de especialidades sólo para el 67,8% de los médicos/as (25.019 casos).

2. *Observatorio de las profesiones*: los análisis de los datos, así como de los marcos políticos, económicos, científicos y técnicos requieren de la inteligencia y pericia que proporciona un observatorio de las profesiones.
3. *Agencia de evaluación de las competencias clínicas y profesionales*: la planificación de necesidades debe complementarse necesariamente con elementos de evaluación que informen acerca de si se está respondiendo con suficiencia a los requerimientos competenciales que plantean la sociedad y el sistema.

5 Gestión económico financiera

Uno de los principales problemas que actualmente afronta la sanidad es la grave situación financiera del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por ende de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

La sanidad ha sufrido, desde el inicio de la transferencia de competencias a las comunidades autónomas, un problema de sub-financiación estructural. Los diferentes modelos de financiación sanitarios existentes entre 1981 y 2001 no acabaron de dar respuesta a las necesidades de recursos económicos para atender una demanda creciente de servicios sanitarios como consecuencia del envejecimiento de la población y de la introducción de nuevas tecnologías médicas. Una muestra de ello fueron las diferentes operaciones extraordinarias de saneamiento financiero que debieron instrumentarse para eliminar la creciente deuda sanitaria. Dicho problema es aún de mayor calado para aquellas comunidades autónomas que hace más tiempo que asumieron los traspasos, ya que el Estado dejó de invertir en infraestructuras sanitarias en esas comunidades -siendo dicho coste asumido por los respectivos servicios autonómicos de salud, sin una aportación específica por parte del Estado- mientras que las comunidades autónomas que asumieron las competencias más recientemente, en 2002, lo hicieron con unas infraestructuras ya renovadas.

A partir de 2002, la financiación sanitaria pasó a formar parte del modelo de financiación autonómica general, pero los datos actuales demuestran que con los modelos de financiación de 2002 y 2009 no se ha resuelto el problema del déficit estructural del SNS. Todo ello se ha visto agravado por la caída de los ingresos públicos como consecuencia de la crisis económica y por la necesidad de cumplir las exigencias de los escenarios de déficit público.

Concretamente entre los años 2011 y 2015 la Generalitat de Catalunya ya ha realizado numerosas medidas para ajustar el gasto sanitario teniendo en cuenta su limitado margen de maniobra. A pesar de ello, los escenarios presupuestarios autonómicos de salud siguen siendo deficitarios, pues el ajuste del gasto sanitario ha compensado únicamente la reducción presupuestaria fruto de la crisis. Por otra parte, muchas de las medidas estatales contempladas en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, no se han llegado a implantar. Y otras de las medidas del citado real decreto ley, aunque positivas para la racionalización del gasto sanitario, debido al retraso en su implantación no han conseguido el fin perseguido. Todo ello ha provocado que se hayan superado las previsiones de gasto sanitario, limitando seriamente el cumplimiento de los objetivos generales de déficit presupuestario y en consecuencia, la consolidación fiscal. Debe tenerse en cuenta que el gasto sanitario supone más de la tercera parte de los presupuestos autonómicos.

Por ello, después de los esfuerzos realizados por las comunidades autónomas en la reducción del gasto sanitario, el Estado debería tomar medidas efectivas para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud y evitar que ello afecte negativamente al nivel de calidad de los servicios sanitarios públicos. Dichas medidas deben ser abordadas desde diversos ámbitos de actuación, que podrían resumirse en las que a continuación se relacionan.

En primer lugar, se debería mejorar la financiación autonómica reconociendo que existe un déficit estructural de alrededor del 8%-10% del gasto del SNS y adecuando mientras tanto los límites de déficit de las comunidades autónomas.

Por otro lado, se debería recuperar el modelo de cobertura sanitaria universal y revisar la cartera de servicios del SNS con criterios de coste-efectividad. El Estado es quien tiene la competencia básica para fijar la cartera de servicios y el modelo de cobertura sanitaria. En el año 2012, mediante el Real Decreto 16/2012, se estableció un modelo de cobertura basado en la Seguridad Social, perjudicando a los colectivos más vulnerables. También reguló la cartera de servicios estableciendo aportaciones del usuario en algunas prestaciones de la cartera suplementaria, que finalmente no llegó a implantar. Por el contrario, la Generalitat de Catalunya estableció la tasa del euro por receta como mecanismo para racionalizar el gasto sanitario, pero fue impugnada por el gobierno estatal y anulada por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, el Estado obliga a las comunidades autónomas a que cumplan los objetivos de déficit público pero

no les da los mecanismos necesarios para hacerlo posible o impugna los que establecen en aquellos aspectos en que tienen competencias.

Asimismo, se debería garantizar el principio de lealtad institucional. El modelo de financiación vigente desde el 2009 (Ley 22/2009, de 18 de diciembre) establece que, de acuerdo con el principio de lealtad institucional, se ha de valorar el impacto financiero que las disposiciones generales aprobadas por el Estado tengan sobre las comunidades autónomas, así como garantizar la suficiencia financiera de estas. En los últimos años, el Estado ha aprobado nuevas prestaciones sanitarias, autorizado nuevos medicamentos o tomado decisiones que han supuesto un incremento de gasto para las comunidades, pero no han ido acompañadas de financiación adicional. Este es el caso por ejemplo de los nuevos tratamientos farmacológicos de la hepatitis C. En Cataluña, se ha pasado de un gasto de alrededor de unos 30 millones de euros en medicamentos dedicados al tratamiento de esta enfermedad en el año 2014, a dedicar casi 170 millones de euros en 2015 y en cambio el Estado no ha fijado hasta el momento un mecanismo adecuado y suficiente para su financiación.

Otro aspecto importante a señalar es que deberían recuperarse los recursos existentes hasta el 2012 en el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) correspondientes a la compensación de la atención sanitaria a pacientes desplazados de otras comunidades (unos 100 millones de euros anuales). Desde el año 2013, dicho gasto debe ser asumido por las comunidades autónomas de residencia de los pacientes, pero no se está compensando toda la asistencia aceptada, lo que perjudica a las comunidades autónomas que han prestado la asistencia. Tampoco se ha implantado totalmente el FOGA (Fondo de Garantía Asistencial), creado en 2012, que tenía por objetivo cubrir el resto de la asistencia sanitaria no cubierta por el FCS, y de momento solo cubre la atención primaria y las recetas médicas.

Todos estos aspectos citados relacionados con la financiación de los servicios de salud autonómicos deberían corregirse por parte del Estado para contribuir a evitar el colapso financiero de los sistemas públicos de salud.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

6.1 La experiencia de la Agrupación Europea de Cooperación Territorial Hospital de Cerdanya para la construcción del nuevo hospital y la planificación y prestación de servicios sanitarios transfronterizos en el ámbito franco-catalán.

El año 2015 ha sido el primero de funcionamiento del nuevo *Hospital de la Cerdanya* en Puigcerdà tras su inauguración en septiembre del año anterior. Se trata del primer hospital transfronterizo de Europa, cogestionado por dos estados y con financiación europea, y debe atender a unos treinta mil habitantes de la Alta Cerdanya y el Capcir (Estado francés) y la Baja Cerdanya (Estado español).

El proyecto se ha articulado a través de una Asociación Europea de Cooperación Territorial (AECT), un ente jurídico promovido por la Unión Europea para fomentar la cooperación transfronteriza entre naciones y/o regiones europeas. El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea establecieron, mediante el reglamento CE 1082/2006 de 5 de julio de 2006, el marco jurídico de las AECT.

El 26 de abril de 2010 la Ministra de Salud francesa, la Sra. Roselyne Bachelot, y el Presidente de la Generalitat de Catalunya, el Sr. José Montilla, firmaron el convenio de cooperación sanitaria transfronteriza y de constitución de la *Agrupación Europea de Cooperación Territorial, Hospital de la Cerdanya (AECT-HC)*. El primer Consejo de Administración de la nueva entidad se celebró el 15 de diciembre de 2010.

De acuerdo con el artículo 4 de los estatutos de la AECT-HC, la misión de este ente es:

- En una primera fase, fomentar e impulsar la construcción y entrada en servicio del nuevo Hospital de la Cerdanya, a través de la efectiva participación en el proyecto de los servicios públicos y los colectivos del territorio, y articular la interlocución con todas las instancias políticas y administrativas implicadas en el proyecto, así como la difusión del mismo.
- En relación con la fase de funcionamiento, asegurar la prestación de los servicios sanitarios de atención ambulatoria, hospitalaria y de salud mental, así como la promoción e implementación de programas preventivos de salud y el impulso de las actividades de formación e investigación relacionadas con la salud.

El proyecto sanitario común para el territorio de influencia de la AECT-HC está detallado en el convenio de colaboración entre las autoridades sanitarias catalanas y francesas, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y la Agencia Regional de Salud (ARS) Languedoc-Roussillon (dependiente del Ministerio de Sanidad francés), respectivamente. Este documento engloba las principales orientaciones de la planificación sanitaria transfronteriza del espacio franco-catalán, y prevé su revisión y actualización en función de la evolución de los servicios de salud y de las necesidades de la población.

6.1.1 La integración de servicios en el marco de una red transfronteriza de salud

Como anticipábamos, el Proyecto Europeo de Salud de la Cerdanya no se constituye tan solo para facilitar la construcción del nuevo hospital, sino que persigue el objetivo de integrar los servicios de salud de los dos lados de la frontera. El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y la Agencia Regional de Salud (ARS) de Languedoc-Roussillon trabajan para el desarrollo de una única cartera de prestaciones adaptada al territorio.

Con esta finalidad, la AECT-HC se apoya en los recursos asistenciales de la región, estableciendo convenios con las siguientes entidades:

- Fundación Hospital de Puigcerdà (atención primaria y sociosanitaria)
- Centre Hospitalari de Perpinyà
- Sistema de Emergencias Médicas (SEM): es un servicio de la Generalitat de Catalunya, instalado en los locales del Hospital de Cerdanya para reforzar el servicio de urgencia, y colabora con su homólogo francés, el SAMU 66, que también está presente en el hospital.
- El SAMU se reubicará en los locales del Hospital de la Cerdanya para poder trabajar conjuntamente con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) catalán y los servicios de urgencias del hospital.
- En la población francesa de Err se establecerán el Groupement de Coopération Sanitaire *Pôle Sanitaire Cerdan* (Agrupación de Cooperación Sanitaria Cerdana) y el Establiment Sanitari Privat d'Interès Col·lectiu (ESPIC), resultado de la cooperación entre la asociación Joseph Sauvy y el grupo UGECAM¹. Los pacientes de ambos lados de la frontera dispondrán de una red de atención sociosanitaria y geriátrica, siendo atendidos en un marco de continuidad asistencial entre esta nueva estructura y el Hospital de la Cerdanya. También se garantizarán las actividades de rehabilitación funcional durante la hospitalización, los ingresos de corta duración y en el domicilio de los pacientes, una vez dados de alta. Finalmente, señalar que el Pôle Sanitaire Cerdan se encarga de proveer diversos aspectos logísticos del Hospital de la Cerdanya, como son los servicios de restauración y limpieza, y el mantenimiento de los espacios verdes.
- Hospital Althaia: es el hospital de referencia para los residentes catalanes atendidos en el Hospital de la Cerdanya, aportando el soporte médico especializado en el ámbito catalán. Los especialistas de este centro atenderán a los pacientes del servicio de nefrología y diálisis. También atenderán a los pacientes de salud mental del Hospital de la Cerdanya.

6.1.2 Atención maternoinfantil

Históricamente un convenio enlazaba la maternidad de la Fundación del Hospital de Puigcerdà y los servicios de protección maternoinfantil de la Casa Social de proximidad, servicio éste del Conseil General francés. Esta asociación, que acompaña a las parturientas francesas, se ampliará al Centre Hospitalari de Perpinyà, y con posterioridad el Hospital de La Cerdanya tomará el relevo.

¹ UGECAM: Unions pour la Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie. Es un sindicato para la gestión de Instituciones de Seguros de Salud; es un grupo empresarial francés, proveedor de servicios de salud sin ánimo de lucro.

6.1.3 Los otros actores de salud que interactúan con el Hospital de Cerdanya

Profesionales de medicina general: La Cerdanya cuenta con un número importante de médicos de cabecera, una veintena de profesionales repartidos entre la Baixa-Cerdanya (Sallagosa / Bourg Madame), la Alta-Cerdanya (Font-Romeu) y el Capcir (Les Angles). Hoy en día operan cuatro grupos médicos, y los otros médicos disponen de consulta propia. Se están estudiando proyectos de creación de una Casa de Salud Pluridisciplinaria. La medicina general es un actor primordial para el Hospital de La Cerdanya y es necesario establecer una relación sólida entre ambos socios.

Centro de Atención Primaria (CAP): el CAP está administrado por la Fundación del Hospital de Puigcerdà.

El Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) (Centre Hospitalari Especialitzat) de Thuir: existe una asociación entre el Hospital de La Cerdanya, el hospital Althaiia y el CHS de Thuir para acompañar a los pacientes de salud mental. El centro de psicología médica de Sallagosa depende del CHS de Thuir.

6.2 Asistencia sanitaria en zonas limítrofes. Convenio con Aragón. Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria – SIFCO

La asistencia sanitaria objeto de derivación entre Comunidades Autónomas se materializa administrativamente a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO). Se recogen los diferentes anexos que relaciona el Real decreto 1207/2006: Anexo 1 procesos con hospitalización, Anexo 2 procedimientos ambulatorios, Anexo 3 patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, u otros no incluidos en el Fondo de Cohesión como visitas de consultas externas o cirugía mayor ambulatoria.

Tipo de asistencia	Número de solicitudes			
	2012	2013	2014	2015
Procesos hospitalarios (anexo I)	3.527	3.288	3.015	3.032
Procesos ambulatorios (anexo II)	1.615	1.275	1.176	1.620
Otros no incluidos en el Fondo de Cohesión	565	476	306	459
Centro o Servicio de Referencia (anexo III)	227	1.106	1.208	1.506
Total	5.934	6.145	5.705	6.617

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Estas solicitudes corresponden a los siguientes tipos de actuación por parte de los servicios sanitarios: no aceptada, aceptada no realizada, aceptada realizada.

Del total de solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, un 47,0% corresponden a comunidades autónomas limítrofes. En el año 2015 se observa un incremento de peticiones desde todas ellas.

Tabla 6-2 Solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, 2012-2015

Comunidad Autónoma	Número de solicitudes						
	2015		2014		2013		2012
Baleares	1381	↑	1.227	↓	1.414	↑	938
Aragón	1339	↑	902	↓	1.344	↓	1417
Comunidad Valenciana	405	↑	356	↓	389	↑	381
Total limítrofes	3.125	↑	2.485	↓	3.147	↑	2.736
% sobre el total de peticiones	47,2		43,5		51,3		46,1
Total España	6.617	↑	5.705	↓	6.129	↑	5.929

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Con la única comunidad autónoma que se ha establecido un Convenio Marco de colaboración es con Aragón. Se firmó en Zaragoza el 29 de abril de 2005 entre los titulares del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (Consejeras de Salud Sra. Noeno y Sra. Geli), con la finalidad de facilitar la atención sanitaria de las zonas limítrofes de ambas comunidades.

Los acuerdos más significativos de este Convenio fueron:

Objeto del convenio:

- Facilitar la accesibilidad de la atención sanitaria de los pacientes de las zonas limítrofes de las dos comunidades.
- Promover la garantía efectiva de los derechos de la ciudadanía de acuerdo con lo que dispone la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar la coordinación de los dispositivos sanitarios con la finalidad de conseguir un beneficio recíproco en las actuaciones de los sistemas sanitarios de ambas comunidades autónomas.
- Otros, no realizados, como compartir la experiencia y el conocimiento en cuestiones que afecten la viabilidad, consolidación y mejora de ambos Servicios de Salud, o promover los escenarios para la implicación conjunta de los profesionales sanitarios de ambas comunidades, así como facilitar el intercambio de conocimientos técnicos.

Ámbito de aplicación:

- El convenio es de aplicación en las dos zonas limítrofes. Para la materialización de los objetivos se previó establecer acuerdos específicos que, finalmente, no se han formalizado. La zona limítrofe de Aragón se conoce en Cataluña con el nombre de Franja de Aragón, tiene una superficie de poco menos de 5.000 Km y afecta a las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel. La población actual es de unos 50.000 habitantes y la ciudad más poblada es Fraga, con 14.921 habitantes. En Cataluña, los hospitales de Lleida son los que ejercen una mayor atracción sobre las poblaciones del noreste de la Franja. Aunque no se estableció una población concreta, se podría considerar que incluye seis comarcas de Aragón: la Ribagorça, la Llitera, el Baix Cinca, el Baix Aragó-Casp, el Matarranya y el Baix Aragó.

La constitución de las comisiones previstas en el convenio marco (Comisión General de Coordinación y Comisión General de Seguimiento del Convenio marco) no se ha llevado a cabo. La vigencia es indefinida, aunque cualquiera de las partes puede revocarlo comunicándolo con un preaviso de tres meses.

Tabla 6-3 Actividad sanitaria realizada en Cataluña procedente de zonas limítrofes, según SIFCO, 2015

Solicitudes aceptadas y realizadas según provincia de residencia	Procesos hospitalarios	Procesos ambulatorios	CSUR
Huesca	234	274	25
Teruel	9	2	15
Zaragoza	131	93	89
Total	374	369	129

Observaciones: CSUR-Centros Servicios y Unidades de Referencia.

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Índice de tablas

Tabla 2-1	Evolución de las altas médicas y quirúrgicas de los hospitales del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) (2012-2015)*	10
Tabla 2-2	Reordenaciones del Servicio Catalán de la Salud relacionadas con la alta especialización, 2009-2015	14
Tabla 4-1	Estudiantes que acaban una promoción anual de los diferentes estudios en ciencias de la salud en Cataluña. 2015-2016	23
Tabla 4-2	Plazas de residentes convocadas de distintas profesiones sanitarias, 2015	23
Tabla 4-3	Tasas de médicos/as y enfermeros/as en práctica profesional por 1000 habitantes, 2014	24
Tabla 4-4	Comparación de datos del registro de colegios profesionales con el censo, 2014	24
Tabla 6-1	Evolución de las derivaciones a Cataluña desde otras comunidades autónomas, 2012-2015	31
Tabla 6-2	Solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, 2012-2015	32
Tabla 6-3	Actividad sanitaria realizada en Cataluña procedente de zonas limítrofes, según SIFCO, 2015	33

Índice de gráficos

Gráfico 2-1	Evolución del número de altas de hospitalización a domicilio realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*	11
Gráfico 2-2	Evolución del número de sesiones de hospital de día realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*	12
Gráfico 2-3	Evolución del porcentaje anual de contactos de cirugía mayor ambulatoria realizados por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*	12
Gráfico 2-4	Evolución de la estancia media en los hospitales del SISCAT, 2006-2015*	13
Gráfico 2-5	Evolución de las activaciones de códigos IAM, ictus y PPT realizadas por el Servicio de Emergencias Médicas, 2012-2015*	15

Índice de figuras

Figura 3-1	Recursos económicos del Departament de Salut Servei Català de la Salut destinados a la financiación de actuaciones de inversión en equipamientos de salud, 2015	20
------------	---	----

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AECT	Agrupación Europea de Cooperación Territorial
AECT-HC	Agrupación Europea de Cooperación Territorial – Hospital de Cerdanya
AMED	<i>Alimentació Mediterrània</i> (Programa de Establecimientos Promotores de la Dieta Mediterrània) http://www.amed.cat/es/
AQIS	Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Cataluña
ARC	Acuerdo de Riesgo Compartido
ARS	Agencia Regional de Salud

B

Beveu menys	Bebed menos, (Programa de difusión de las estrategias de detección e intervención breve en materia de alcohol en el ámbito de la atención primaria) http://drogues.gencat.cat/es/professionals/prevencio/programes_i_recursos/ambit_serveis_de_salut/beveu_menys/index.html
-------------	--

C

CAMSE	Comité de Evaluación de Medicamentos en Situaciones Especiales
CAP	Centro de Atención Primaria
CatSalut	<i>Servei Català de la Salut</i> (Servicio Catalán de la Salud).
CHS	<i>Centre Hospitalier Spécialisé</i> (Centro Hospitalario Especializado)
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD-HA	Conjunto Mínimo Básico de Datos - Hospitalización de Agudos
CRS	Código Riesgo Suicidio
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia

D

DMA	<i>Despesa Màxima Assumible</i> (Gasto Máximo Asumible)
-----	---

E

EM	Enfermedad Minoritaria
ESPIC	<i>Establiment Sanitari Privat d' Interés Col·lectiu</i> (Establecimiento Sanitario Privado de Interés Colectivo)

F

FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FOGA	Fondo de Garantía Asistencial
FITJOVE	Programa de Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes y Jóvenes mediante el Deporte http://esports.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/escolar-i-universitari/esport-escolar/programes-desport-escolar-/fitjove-00001/

I

IAM	Infarto Agudo de Miocardio
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IPT	Informes de Posicionamiento Terapéutico
IQP	Índice de Calidad de Prescripción

M

MACA	<i>Malaltia Crònica Avançada</i> (Enfermedad Crónica Avanzada)
MHDA	Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria
MM	<i>Malalties minoritàries</i> (Enfermedades Minoritarias)

N

Nits Q	<i>Nits de qualitat, Q de festa</i> (Noches de calidad, Q de fiesta) es un distintivo que reconoce espacios de música y baile que cuentan con recursos y Servicios relacionados con la salud, el bienestar y la calidad. http://www.qdefesta.cat/
--------	--

P

PAAS	Plan Integral de Actividad Física y Alimentación Saludable para la promoción de la salud
PAFES	<i>Pla d'Activitat Física, Esport i Salut</i> (Plan de Actividad Física, Deporte y Salud)
PASTFAC	Programa de evaluación, seguimiento y financiación de tratamientos de alta complejidad
PCC	Pacientes Crónicos Complejos
PHFAPC	Programa de Armonización Farmacoterapéutica de Medicamentos del ámbito de Atención Primaria y Comunitaria
PHFMHDA	Programa de Armonización Farmacoterapéutica Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria
PIECES	<i>Policy Investigation in Europe on Child Endangerment and Support</i> . (Programa Europeo sobre Violencia en la Infancia) http://www.childsafetyeurope.org/pieces/index.html

PINSAP	Plan Interdepartamental de Salud Pública
PPAC	Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad
PPT	Paciente Politraumático

R

RE	Receta Electrónica
RPT	Registro de Pacientes y Tratamientos

S

SAMU	<i>Service d'Aide Medical d'Urgence</i> (Servicio de Asistencia Médica Urgente)
SEM	Servicio de Emergencias Médicas
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña
SNS	Sistema Nacional de Salud

T

TACTICS	<i>Tools to Adress Childhood Trauma, Injury and Children's Safety</i> (Programa Europeo de Prevención de Lesiones en Niños y Jóvenes) http://www.childsafetyeurope.org/tactics/
TEV	Tratamiento Endovascular
TIV	Tratamiento Trombolítico Intravenoso

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	<i>Unitats d'Expertesa Clínica</i> (Unidades de Pericia Clínica)
UGECAM	<i>Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie</i> (Sindicatos para la Gestión de Instituciones de Seguros de Salud), (grupo empresarial francés, proveedor de servicios de salud sin ánimo de lucro) http://www.groupe-uegam.fr
UPC	Unidad de Pericia Clínica

V

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
-----	--------------------------------------

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunitat Valenciana



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 El modelo descentralizado de organización: los Centros de Salud Pública	5
1.2 Proceso participativo para la elaboración del IV Plan de Salud 2016-2020	5
1.3 Seguridad alimentaria: estudio de dieta total	5
1.4 Prevención y atención a la violencia de género	6
1.5 Prevención del riesgo sociosanitario y la violencia en la infancia	6
1.6 Cribado de cáncer colorrectal	6
1.7 Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria-IRAS	7
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Universalización de la asistencia sanitaria	9
2.2 La atención sanitaria a los pacientes crónicos. Estrategia y situación	9
2.3 Reproducción asistida en mujeres solas y lesbianas	10
2.4 Programa Pacient Actiu Comunitat Valenciana	10
2.5 Atención a los primeros episodios psicóticos	11
3 Infraestructuras sanitarias	13
3.1 Reactivación de obras y licitaciones	13
3.2 Diagnóstico previo a la elaboración del Plan de Infraestructuras Sanitarias 2016-2019	13
3.3 Inicio del estudio para la centralización de servicios	14
4 Recursos humanos	15
4.1 Cambio de modelo de <i>administración de recursos humanos a dirección estratégica de recursos humanos</i>	15
4.2 Estudios previos para la elaboración del Plan de Ordenación de los Recursos Humanos 2017-2019	15
4.3 Introducción de herramientas de transparencia y rigor en los procesos de selección	16
4.4 Planificación estratégica de la consolidación temporal del empleo	16
4.5 Análisis de situación y planteamiento de líneas de futuro para la mejora de la satisfacción, motivación y compromiso de los profesionales, partiendo de la recuperación de derechos	17
4.6 Acuerdos de gestión 2016 de los departamentos de salud. Información y consulta pública	17
5 Gestión económico-financiera	19
5.1 Plan de actuación para control del gasto en retribuciones variables del personal sanitario	19
5.2 Avances en el sistema de gestión económica y logística y en la medida del producto sanitario y los costes asociados	19
5.3 Acciones sobre los ingresos por la prestación de servicios sanitarios	20
5.4 Unidad de evaluación económica y racionalización del gasto	21
5.5 Aumento del control de las concesiones y de la actividad concertada	21

5.6	Captación de recursos financieros comunitarios y nacionales para la financiación de estrategias innovadoras	22
6	La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	25
6.1	Convenio con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha	25
6.2	Convenio con el Gobierno de Aragón	26
	Índice de tablas	33
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	35

Resumen

Se destacan y detallan las acciones específicas llevadas a cabo en la Comunitat Valenciana para el desarrollo de las políticas y estrategias propias de la misma en el ámbito de la salud pública, la asistencia sanitaria, las infraestructuras sanitarias, los recursos humanos, la gestión económico-financiera y la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes.

En el modelo descentralizado de organización de la salud pública, destacan los 16 centros de salud pública que cubren todo el territorio, con sus áreas funcionales de vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, seguridad alimentaria y promoción de la salud y prevención. Asimismo se detalla el proceso participativo de la elaboración del IV Plan de Salud 2016-2020, el estudio de dieta total de la Comunitat Valenciana, la prevención y atención a la violencia de género, junto a la prevención del riesgo sociosanitario y la violencia en la infancia, el cribado de cáncer colorrectal y la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En el ámbito de la asistencia sanitaria se especifican las acciones llevadas a cabo en la universalización de la asistencia sanitaria, la atención sanitaria a pacientes crónicos, el acceso a tratamientos de reproducción humana asistida en mujeres solas y lesbianas, el programa Pacient Actiu y la atención a los primeros episodios psicóticos.

Las infraestructuras sanitarias se han reactivado en la licitación y obras de diferentes hospitales y centros, a la vez que se han realizado los trabajos diagnósticos previos a la realización del Plan de Infraestructuras 2016-2019 junto al estudio para la centralización de determinados servicios.

Se ha iniciado el proceso de cambio del modelo tradicional de gestión de recursos humanos hacia un modelo de dirección estratégica de los mismos, iniciando también los estudios previos para la elaboración del Plan de Ordenación de los Recursos Humanos 2017-2019.

La introducción de herramientas de transparencia y rigor en los procesos de selección de personal, la planificación estratégica de la consolidación temporal del empleo y el análisis realizado para la mejora de la satisfacción, motivación y compromiso de los profesionales, partiendo de la recuperación de derechos son elementos destacables de la política de personal en nuestra Comunitat, junto a los acuerdos de gestión 2016 de los departamentos de salud.

En la gestión económico-financiera destacan las acciones de control del gasto en retribuciones variables del personal sanitario, los avances realizados en el sistema de gestión económica y logística; y en la medida del producto sanitario y los costes asociados, el sistema de facturación intercentros, la creación de la unidad de evaluación económica y de racionalización del gasto, así como el incremento del control de las concesiones y la actividad concertada y la captación de recursos financieros comunitarios y nacionales para la financiación de estrategias innovadoras.

Finalmente se detallan los convenios de asistencia sanitaria en las zonas limítrofes con Castilla-La Mancha y Aragón.

1 Salud Pública

1.1 El modelo descentralizado de organización: los Centros de Salud Pública

La estructura de Salud Pública en la Comunitat Valenciana cuenta con una organización descentralizada, existiendo 16 Centros de Salud Pública (CSP) distribuidos por todo el territorio y que cubren los 24 departamentos de salud. Estos CSP abarcan todas las áreas funcionales de la Dirección General de Salud Pública (vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, seguridad alimentaria, promoción de la salud y prevención). Desde 2015 se están desarrollando estrategias innovadoras de trabajo para fortalecer el potencial de los CSP en el ejercicio de una salud pública basada en la proximidad y en el conocimiento específico de la población y del territorio de referencia, apoyada por sistemas de información y programas orientados a la acción local.

1.2 Proceso participativo para la elaboración del IV Plan de Salud 2016-2020

En la elaboración del IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana se ha seguido un amplio proceso participativo, contando desde la elaboración del borrador inicial con más de 400 colaboraciones de profesionales y representantes de diferentes sectores de la Comunitat, así como asociaciones ciudadanas y de pacientes. Entre septiembre y octubre de 2015, el borrador del Plan fue revisado por personal técnico y responsables de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP). El principio de *Salud en todas las Políticas* que sustenta el IV Plan de Salud se fortaleció con la presentación del documento en una Comisión Interdepartamental integrada por representantes de las principales consellerías y estamentos del Gobierno Valenciano.

Finalmente, las líneas estratégicas y objetivos principales del Plan se han sometido a consulta pública a través de un foro de discusión online, con el que se han obtenido 451 opiniones y propuestas concretas, reforzando la transparencia y la participación en la definición de las políticas de salud en nuestra Comunitat y permitiendo también identificar áreas de especial interés entre los participantes antes de la aprobación final del documento por el Gobierno Valenciano.

1.3 Seguridad alimentaria: estudio de dieta total

El estudio de dieta total de la Comunitat Valenciana permite estimar la exposición de la población a contaminantes y residuos alimentarios. Durante 2015 se ha evaluado la exposición a *metales, micotoxinas y dioxinas*.

1.4 Prevención y atención a la violencia de género

En la Comunitat Valenciana existe un programa específico para la detección precoz de los casos de violencia en mujeres que acuden a consulta por otros motivos y para la búsqueda activa de casos entre las mujeres atendidas en el sistema sanitario con síntomas o lesiones sospechosas de violencia de género. En ambos casos, el personal sanitario que atiende a la mujer dispone de instrucciones y procedimientos estandarizados para registrar la información y para activar los mecanismos de asistencia y prevención necesarios. Para fortalecer la participación en este programa, desde 2015 se estableció el mes de febrero como *mes del cribado de la violencia de género* desde el sistema sanitario. Previamente, se desarrolló un programa de formación dirigido a las personas coordinadoras de los Centros de Atención Primaria. El impacto del cribado se multiplicó por 100 durante este mes de febrero (cubriendo a más de 22.000 mujeres usuarias del sistema sanitario, entre las que se identificaron casi 500 casos de maltrato físico, psíquico o sexual por violencia de género), aunque disminuyó radicalmente con posterioridad. El cribado de la violencia de género entre las mujeres atendidas en atención primaria se ha incluido como objetivo en los Acuerdos de Gestión para 2016 de los departamentos de salud.

1.5 Prevención del riesgo sociosanitario y la violencia en la infancia

En la historia de salud de atención primaria de la Comunitat Valenciana se incluye un acceso a la Hoja de Notificación para la Atención Sociosanitaria Infantil y la Protección de Menores. En 2015 se ha elaborado un informe que analiza la incidencia y características de los casos de violencia en la infancia registrados en el periodo 2010-14 a partir de los datos de este sistema de notificación y de otros registros sanitarios. La tasa de notificación en este periodo fue de 73 por 100.000 menores-año. La violencia motiva el 0,1 % del total de ingresos hospitalarios en menores de 18 años y el 1,0 % del total de los fallecimientos en los menores de 15 años. Las notificaciones y los ingresos por violencia son más frecuentes en las niñas, aunque la mortalidad es mayor en los niños. Las niñas y niños menores de un año presentan las tasas de notificación más elevadas (328 por 100.000) y la mayor mortalidad (0,78 por 100.000). Las tasas de ingresos por violencia son más frecuentes en la segunda década de la vida. La vulnerabilidad es mayor en los niños y niñas con nacionalidad no española o con riesgo de exclusión social. Los intentos de suicidio motivan más de la mitad de los ingresos por violencia en menores.

1.6 Cribado de cáncer colorrectal

El Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana comenzó en el año 2005, llegando en 2015 a cubrir a todos los departamentos de salud y atendiendo a una población diana de más de 1.100.000 personas. Está dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años. La prueba de cribado es el Test de Sangre Oculta en Heces inmunológico cuantitativo (TSOH), con confirmación mediante colonoscopia. Hasta el 31 diciembre de 2015 se ha invitado a participar en el programa a 1.000.478 personas (513.574 mujeres, 487.104 hombres), de las que han aceptado participar el 50 %. La tasa de positividad ha sido de 5,5 % (34.608 personas con TSOH positivo), superior en hombres (6,9 %) que en mujeres (4,4 %). La tasa de aceptación de colonoscopias es del 96,8%, similar en ambos sexos. La tasa de detección de adenomas de riesgo alto o intermedio ha sido de 16,7 %. La tasa de detección de cáncer colorrectal ha sido de 2,7 %.

Los programas de cribado de cáncer en la Comunitat Valenciana se complementan con proyectos de investigación sobre el impacto de los beneficios y efectos adversos de estos programas, la perspectiva de equidad en el control del cáncer o la calidad de la información que se ofrece sobre el cáncer y los programas de cribado de cáncer a la población general, entre otros.

1.7 Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria-IRAS

Un 30 % de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son prevenibles. Desde la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comunitat Valenciana (RedMIVA), creada por Orden de 2013, se han implementado acciones específicas para apoyar a los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios en el control de las IRAS, incluyendo la vigilancia de los 15 microorganismos más frecuentemente asociados a la infección en el ámbito hospitalario y de las alertas por resistencias a antimicrobianos de especial relevancia. Durante 2015, este sistema de vigilancia ha registrado en la Comunitat Valenciana 118 alertas confirmadas de resistencias en gram-positivos (la mayoría, n=75, en *Streptococcus* resistentes a teicoplanina) y 1169 alertas confirmadas de resistencias en gram-negativos (la mayoría, n=534, en *Klebsiella pneumoniae* resistente a imipenem).

2 Asistencia sanitaria

2.1 Universalización de la asistencia sanitaria

El derecho a la protección de la salud está reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

El modelo español del Sistema Nacional de Salud, que garantiza la protección de la misma, se sustenta en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

La aplicación en la Comunitat Valenciana de lo establecido en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, dejó sin cobertura de acceso reglado al Sistema Valenciano de Salud a un total de 127.000 ciudadanos, que anteriormente disponían legalmente de tarjeta sanitaria del SNS, de acuerdo con el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, la normativa básica de la Seguridad Social y la propia Ley 6/2008, de 2 de junio, de Aseguramiento Sanitario de la Comunitat Valenciana.

La limitación de cobertura a la garantía de acceso en caso de urgencias y a la inclusión de determinados procedimientos de salud pública, así como la indefinición en los conceptos de gratuidad de la asistencia prestada, han generado, de hecho, una situación contraria a lo establecido como principios rectores en la propia Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Por todo ello, y ante la necesidad de paliar urgentemente la situación actual, en coherencia con el principio rector de universalidad de acceso a la asistencia sanitaria recogido en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, se crea el Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, que tiene por objeto establecer, en el ámbito del sistema sanitario público valenciano, los requisitos que garanticen el acceso a las prestaciones sanitarias, en igualdad de condiciones de acceso y calidad que el resto de la población asegurada, a aquellas personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la Comunitat Valenciana que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, previsto en el artículo 3.5 de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y que no puedan exportar el derecho a cobertura sanitaria en el SNS desde sus países de origen, ni exista un tercero obligado al pago.

2.2 La atención sanitaria a los pacientes crónicos. Estrategia y situación

En 2014 se publica la *Estrategia para la atención a los pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana* alineada con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, actualmente vigente. La idea fundamental es *situar a las personas en el centro de la atención*.

Nuestra política se centra en la estratificación del riesgo de cronicidad de la población de la Comunitat Valenciana y ofrecer estrategias de intervención diferenciadas para cada estrato, adaptadas a las necesidades específicas de cada ciudadano.

Nivel 0. Estado de salud sano; 2.426.920 ciudadanos (51,7% de la población). La estrategia óptima son programas de promoción de salud.

Nivel 1. Personas con factores de riesgo o con enfermedad crónica de baja complejidad; 1.574.590 ciudadanos (33,5%). La mejor estrategia a adoptar es la educación sanitaria, el autocuidado y el seguimiento ocasional.

Nivel 2. Personas con enfermedad crónica moderada. Son 566.810 ciudadanos (12,1%). Susceptibles de estrategias de gestión de su enfermedad. Son los programas de seguimiento apropiado basado en las mejores evidencias científicas disponibles (guías, protocolos...).

Nivel 3. Personas con enfermedades crónicas avanzadas o complejas con alto nivel de comorbilidad y un nivel importante de atención sanitaria o con necesidad de cuidados paliativos. Son 131.000 ciudadanos (2,8% de la población). La estrategia a adoptar es la gestión de casos dirigida a los pacientes y sus cuidadores.

2.3 Reproducción asistida en mujeres solas y lesbianas

El 15 de octubre de 2015, la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP) emitió las Instrucciones sobre criterios generales de acceso a los tratamientos de Reproducción Humana Asistida (RHA) en los centros sanitarios e instituciones dependientes de la CSUiSP.

En su instrucción primera se establecen los criterios generales de indicación y aplicación de las técnicas de RHA, en el ámbito de los centros sanitarios e instituciones dependientes de la CSUiSP.

Dentro de esos criterios, se incorpora como novedad el siguiente:

5. Mujeres solas o mujeres con pareja mujer, sin necesidad de acreditar la existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva o la ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

2.4 Programa Pacient Actiu Comunitat Valenciana

El desarrollo del programa de formación entre iguales Pacient Actiu, basado en la metodología de la Universidad de Stanford, se vincula a la necesidad de desarrollar intervenciones para la mejora del autocuidado de personas con enfermedades crónicas y cuidadoras, enmarcadas en las estrategias de atención a pacientes crónicos y de envejecimiento activo, que están siendo impulsadas desde esta comunidad.

El período de la licencia concedido para la realización de los programas *Tomando Control de su Salud (Spanish CDSMP)* y *Manejo Personal de la Diabetes* abarca desde el 14 de julio de 2014 hasta el 13 de julio de 2017).

La implementación del Programa Pacient Actiu en la CV, se ha llevado a cabo en diferentes etapas:

- Formación de Formadores: Master-Trainers (MT).
- Presentación del programa en la organización sanitaria, planificación del calendario y las sedes para impartir los Talleres para Pacientes por los MT. Se habilitó un espacio en la web institucional, para publicitar el calendario de talleres y facilitar la solicitud de inscripción a las personas interesadas <http://cuidatecv.es/problemas-de-salud/paciente-activo/>
- Talleres dirigidos a pacientes con al menos una enfermedad crónica y/ a las personas cuidadoras.
- Formación de líderes: Se invitó a formarse como líderes a aquellas personas que habían mostrado capacidad y habilidades durante los talleres en la comunidad, así como a otras

nuevas identificadas en atención primaria (sanitarios o no), para poder optimizar el número de personas formadas en esta fase.

2.5 Atención a los primeros episodios psicóticos

La evidencia ha demostrado que la capacidad de los tratamientos para modificar el curso de la psicosis depende en parte de lo precoz que sea su aplicación. Existen numerosos estudios que analizan las razones por las que el inicio temprano del tratamiento de la psicosis puede determinar el curso del trastorno (Stafford y cols, 2013). Los importantes costes en todos los niveles (personal, social, económico, etc.) que supone no intervenir precozmente o prevenir la aparición de este importante problema de salud mental, ha llevado a plantear la necesidad de desarrollar programas y de destinar recursos para que puedan llevarse a cabo en personas con edades comprendidas entre los 14 y 35 años.

En la Comunitat Valenciana existe un interés suscitado por diferentes servicios de salud mental en el desarrollo de programas de detección precoz de Primeros Episodios Psicóticos. El grado de implementación de estos programas difiere entre unos y otros, ya que algunos servicios cuentan con una amplia experiencia sobre este tema.

Con el objetivo de consensuar unas líneas básicas de actuación en la fase temprana de la psicosis y haciéndose eco de la demanda de determinados departamentos, la CSUiSP ha recogido todas las iniciativas que se están realizando en la práctica clínica sobre intervención en Primeros Episodios Psicóticos en diferentes departamentos de salud, para poder acercar posturas y elaborar un marco de actuación común, evitando con ello la variabilidad clínica y así poder ampliar la implementación de actuaciones comunes con el resto de dispositivos.

El programa se basa en una serie de principios:

- El tratamiento en la comunidad, evitando entornos restrictivos o coercitivos.
- Coordinación con atención primaria para facilitar la detección temprana y rápido acceso a los servicios especializados de salud mental.
- La disponibilidad de intervenciones farmacológicas y psicosociales.
- Empoderamiento del paciente en su proceso.
- La colaboración de familiares, asociaciones u otras organizaciones.
- La formación de profesionales de los servicios asistenciales sobre la psicosis temprana y su tratamiento.
- El desarrollo de indicadores sobre la salud mental de la comunidad: duración de la psicosis no tratada, tasas de recuperación, morbilidad, mortalidad (incluido suicidio).
- El apoyo a la investigación sobre la prevalencia, evolución e impacto de la psicosis temprana en la comunidad: causas, tratamientos, modelos asistenciales y necesidades.

Tabla 2-1 Objetivos y resultados esperados del programa de atención a los primeros episodios psicóticos

Objetivo a alcanzar	Resultados esperados
Disminuir la variabilidad clínica	Mejora de la calidad asistencial
Optimizar el tratamiento específico en cada fase de la enfermedad	Adquirir conocimientos de cada fase
Implicar a todos los agentes en el proceso	Facilitar la evaluación
Equidad en la prestación en todos los departamentos de salud	Aumentar la calidad de atención percibida por el usuario y familia
Promover la detección e intervención temprana	Formación más específica de los profesionales
	Permitir la investigación

Fuente: Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP).

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Reactivación de obras y licitaciones

A partir del mes de septiembre de 2015 se reactivaron los expedientes de contratación de obras que estaban paralizados, destacando la obra de terminación de la UCI y urgencias de traumatología del Hospital Arnau de Vilanova, la reforma y ampliación de urgencias del Hospital d'Ontinyent, la construcción del Centro de salud Orihuela I -*El Rabaloch*, la reforma y ampliación del centro de salud de la Pobla de Vallbona y la reforma y ampliación del centro de salud de Cocentaina.

3.2 Diagnóstico previo a la elaboración del Plan de Infraestructuras Sanitarias 2016-2019

Durante 2015 se han realizado los trabajos de diagnóstico previo al Plan de Infraestructuras Sanitarias para el periodo 2016-2019, lo que ha permitido elaborar un documento de avance del Plan.

El objetivo del Plan es mejorar la atención sanitaria a las personas, con seguridad, confort, intimidad y eficiencia, facilitando espacios adecuados para que los profesionales puedan realizar su trabajo con la máxima eficacia, contribuyendo a ello con un nuevo impulso al parque inmobiliario y a los equipamientos de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública para recobrar una senda de modernización y actualización progresiva tras un periodo de inversión reducida que ha supuesto un evidente deterioro.

El Plan, con una inversión total prevista de 250 millones de euros, se enmarca en una estrategia a largo plazo, si bien su horizonte se concreta para los ejercicios 2016-2019, y no parte de cero, sino de una visión crítica constructiva para aprovechar todo lo que considera positivo dentro del objetivo general, continuar con determinados proyectos en fase de ejecución y, al mismo tiempo, establecer nuevas prioridades en base a determinadas inversiones y proyectos de carácter estratégico.

Los tres ejes principales de intervención son los siguientes:

- Un plan de inversiones directas que conlleva la reforma, ampliación y nueva construcción de centros, complementado con una ambiciosa renovación del equipamiento en electromedicina e inversión en alta tecnología sanitaria.

Destacan como más relevantes las operaciones estratégicas del complejo sanitario de La Fe-Campanar y del Hospital Militar de Quart de Poblet Mislata, así como el nuevo Hospital de Ontinyent y la ampliación del Hospital de La Vila Joiosa, además de la conclusión de varios centros de salud y consultorios auxiliares, la reforma o ampliación de algunos centros existentes y la ejecución de otros nuevos.

Los equipos de electromedicina se irán renovando paulatinamente a lo largo del Plan, intentando sustituir los más obsoletos por las últimas tecnologías existentes en el mercado. En el ámbito de la alta tecnología, destaca la adquisición de un PET-TAC para el Hospital Dr. Peset y la actualización de un acelerador lineal para el Hospital Sant Joan de Alicante, lo que permitirá un ahorro importante en el gasto por servicios externalizados.

- Un plan de dignificación, entendido como un programa para dar una respuesta más inmediata a las necesidades existentes en los servicios de urgencias, pediatría y oncología. Las actuaciones a realizar se extienden a la totalidad de los departamentos gestionados por la Consellería y pretenden ofrecer una imagen más humana y agradable de las instalaciones en los puntos en los que la estancia en los hospitales es más dura, con un tratamiento muy especial a las zonas de pediatría y obstetricia.
- Un plan de ahorro energético para reducir el consumo de energía y las emisiones de las edificaciones alineado con las políticas de ahorro energético establecidas por la Unión Europea. Las actuaciones a realizar tienen carácter puntual, pero abarcan todos los departamentos de gestión pública. Dichas actuaciones se enmarcan en el programa operativo 2014-2020, en el que se incluye la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, y se concretarán en la extensión de la utilización de la energía solar térmica en la red hospitalaria, la sustitución de los equipos de climatización por otros más eficientes, mejoras en los sistemas de alumbrado y medidas pasivas como la mejora de aislamientos.

Estos tres ejes se integran con dos estrategias transversales de la Consellería que deben de ser tenidas en cuenta en el proceso de desarrollo del Plan:

- La estrategia medioambiental, de concienciación respecto a la sostenibilidad y responsabilidad con el medio ambiente.
- La estrategia en materia de accesibilidad, de concienciación para facilitar la accesibilidad universal al servicio público a aquellas personas con diversidad funcional.

3.3 Inicio del estudio para la centralización de servicios

Se ha iniciado la elaboración de un estudio para la centralización de determinados servicios. La base del planteamiento es que ciertos servicios y equipamientos, que no necesariamente han de estar ubicados en los centros sanitarios, están actualmente localizados en los propios hospitales y, con ello, ocupando espacios que podrían destinarse a usos puramente asistenciales. Dichos servicios podrían ser trasladados y agrupados en nuevas instalaciones cercanas a los actuales hospitales, incrementando su eficiencia y, a la vez, liberando espacios en los hospitales de origen. También hay algunos centros dispersos que podrían trasladarse a estas nuevas ubicaciones.

Se han identificado distintas oportunidades de optimización y se ha iniciado el estudio y desarrollo de sus posibles implantaciones, entre las que cabe destacar los servicios de esterilización y lavandería así como la atención a necesidades adicionales planteadas desde los distintos ámbitos que participan en el proyecto. El resultado ha de concretarse en un plan director y un anteproyecto de trabajo que sirvan de base para la construcción de uno o dos parques de servicios centralizados a ubicar cerca de la ciudad de Valencia y, si es posible, también en el sur de Alicante.

4 Recursos humanos

4.1 Cambio de modelo de *administración de recursos humanos a dirección estratégica de recursos humanos*

En 2015 se ha iniciado el paso de un modelo tradicional de gestión de personal basado en la administración de recursos humanos hacia un modelo de dirección estratégica de los mismos, que debe dotarse de fórmulas flexibles que faciliten la adaptación a los cambios en el entorno social y tecnológico y la implicación de los trabajadores en los objetivos de la organización.

El progresivo abandono del obsoleto modelo de gestión de *administración de personal* y el avance hacia un modelo de dirección estratégica de recursos humanos es un requisito ineludible de modernización de la Administración Pública que conlleva:

- La consideración de las personas como una inversión y el principal activo de la organización, y no solo como un coste a controlar. El enfoque se traslada al retorno de dicha inversión, a la valoración y mejora de rendimientos, al valor añadido que los recursos humanos pueden ofrecer y a la calidad de las relaciones con los usuarios de los servicios.
- La incorporación de la evaluación del desempeño y del rendimiento de las personas como instrumento fundamental de gestión. El control del personal se complementa y, en parte, se sustituye por el estudio sistemático de las situaciones y procesos de trabajo a fin de mejorarlos y facilitar una mejor relación con las condiciones de trabajo, la aplicación de los conocimientos y habilidades de las personas y la calidad de los servicios que se prestan.
- La imprescindible seguridad jurídica de las relaciones laborales y su reglamentación se complementa con la exploración de nuevas formas de organización, la constitución de equipos de trabajo y la implantación de fórmulas que potencien la autonomía (empowerment) en la toma de decisiones en cada nivel de la organización, reforzando la asunción de responsabilidades y la implicación de las personas en los objetivos de la organización.
- Además de la necesaria adaptación de las personas a los requerimientos específicos del puesto de trabajo, han de mostrarse flexibles y adaptables a los cambios en las competencias, condiciones y contenidos del desempeño laboral tales como la orientación a las necesidades de los usuarios, comunicación interpersonal, liderazgo, autoorganización, capacidad para asumir riesgos controlados, flexibilidad, orientación a resultados o capacidad para trabajar en equipo, entre otras.

En este marco, la aplicación intensiva de conocimientos y la calidad de los servicios resultan fundamentales para constituir un estilo de trabajo caracterizado por el compromiso con la organización y con los ciudadanos.

4.2 Estudios previos para la elaboración del Plan de Ordenación de los Recursos Humanos 2017-2019

El Plan de Ordenación de los Recursos Humanos 2017-2019 pretende hacer compatible la mejora de la calidad en el empleo y en las condiciones laborales del personal sanitario con un análisis,

planificación y dotación adecuada de capital humano que responda a las necesidades reales y a los objetivos asistenciales.

Durante 2015 se han realizado diversos trabajos previos a la elaboración del Plan: análisis de la estructura de la organización, estudio de planes anteriores y planes de otras comunidades autónomas, reuniones de trabajo con técnicos y directivos de distintas unidades de la Consellería y los departamentos de salud.

4.3 Introducción de herramientas de transparencia y rigor en los procesos de selección

En 2015 se ha mejorado el protocolo a seguir en los supuestos de provisión temporal de puestos de trabajo de plantilla o bien necesidades coyunturales de personal para el desarrollo de proyectos o programas concretos.

La estandarización de los trámites permite un seguimiento directo por parte de los órganos directivos de la Consellería, además de introducir mayor rigor en los procesos de selección, siempre con riguroso cumplimiento de los principios constitucionales de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. Además, su publicación en la página web de la Consellería dota al nuevo procedimiento de total transparencia, con observancia de las normas de función pública y del procedimiento administrativo.

4.4 Planificación estratégica de la consolidación temporal del empleo

En el ámbito de la estrategia relacionada con las Ofertas Públicas de Empleo (OPE), y en consonancia con los resultados del Plan de Ordenación de Recursos Humanos 2017-2019, se han establecido las siguientes medidas:

- Las OPE de 2017 a 2019 se elaborarán con carácter anual y la tasa de temporalidad de la plantilla se reducirá a los porcentajes de temporalidad estructural técnica según especialidad que se establezcan en base a los criterios del nuevo Plan de Ordenación de Recursos Humanos, ofreciéndose el mayor número de puestos de trabajo que permita la normativa estatal básica.
- Se trabajará para la eliminación de las tasas de reposición que limitan la consolidación de empleo estable en nuestra Comunidad y se buscarán soluciones a la situación de estabilidad en el empleo de los funcionarios de gestión sanitaria en el plazo más breve posible.
- Previamente a la realización de los procesos selectivos de nuevo ingreso, y en cada una de las categorías convocadas, se llevarán a efecto procesos de movilidad voluntaria de personal (concurso de traslados).
- Las categorías de personal ofertadas en las OPE de 2014, 2015 y 2016 se agruparán, cuando sean coincidentes, en una única convocatoria.

4.5 Análisis de situación y planteamiento de líneas de futuro para la mejora de la satisfacción, motivación y compromiso de los profesionales, partiendo de la recuperación de derechos

Para mejorar el vínculo y compromiso de los profesionales con la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública deben identificarse previamente los objetivos estratégicos capaces de alinear a los profesionales con propósitos motivadores y de generar la idea de pertenencia a un proyecto común.

Las tres líneas de potenciación del compromiso y de motivación del personal planteadas en este sentido son las siguientes:

- El reconocimiento de los esfuerzos y dedicación de personal a través de un proceso de recuperación de los derechos laborales.
- La recuperación de la iniciativa y la innovación en materia de planificación y gestión sanitaria a través del Plan de Salud para modernizar el sistema, completarlo en cuanto a prestaciones y calidad de los servicios y establecer un nuevo compromiso con los ciudadanos de la Comunitat Valenciana.
- El diseño de una nueva manera de entender las relaciones laborales a través del nuevo Plan de Ordenación de Recursos Humanos 2017-2019 que permita implantar un nuevo modelo para el desarrollo profesional del personal, la modernización de las formas de gestión de los recursos humanos y el establecimiento de unas relaciones laborales basadas en el compromiso, la motivación y el reconocimiento de esfuerzos y resultados.

4.6 Acuerdos de gestión 2016 de los departamentos de salud. Información y consulta pública

Los acuerdos de gestión (AG) de los departamentos de salud establecen los compromisos de objetivos comunes para el conjunto del Sistema Valenciano de Salud (SVS) y sirven de instrumento para alinear las actuaciones y asignar incentivos a los profesionales que atienden a la población de un departamento. Estos objetivos se enmarcan en las líneas estratégicas del Plan de Salud 2016-2020 y se agrupan en tres grandes áreas temáticas: ganar en salud, mejorar la atención prestada y asegurar la correcta utilización de los recursos (sostenibilidad/eficiencia).

Los objetivos de mejora se centran en aspectos de especial relevancia que requieren mejorarse durante 2016. Su consecución se mide con indicadores, los cuales han de poderse obtener sistemáticamente con la información disponible y ser manejables en número, por lo que representan solo una pequeña parte de los que se utilizan para evaluar el SVS.

Se pretende incorporar en su elaboración elementos de transparencia y participación, a través de la información y consulta pública de la propuesta de objetivos e indicadores elaborada por un grupo de trabajo de la Consellería. Para ello, se solicitaron opiniones y propuestas de mejora tanto de la ciudadanía como de la comunidad profesional (pacientes y sus organizaciones, sociedades científicas, organizaciones sindicales y otras, equipos directivos...), mediante un foro de discusión en la web que mostraba la propuesta de los indicadores correspondientes a cada área temática, con una breve descripción de cada uno <http://www.san.gva.es/grupo-de-discusion-acuerdos-de-gestion-2016>.

Las visitas durante el periodo de consulta fueron 4.681, con una duración media de dos minutos y medio. En cuanto a la procedencia por provincia, el 76% de las visitas venían de Valencia, el 9% de Alicante y el 2% de Castellón. Un 3% de visitas se produjeron desde Madrid y el 10% desde otros lugares.

Se registraron 682 usuarios durante la consulta, de los cuales 480 se identificaron como profesionales y 202 como ciudadanos. 237 de los registrados aportaron 729 mensajes con opiniones o propuestas.

En el informe se incluyen los objetivos e indicadores definitivos de los AG 2016 tal como han quedado definidos después de la consulta con el detalle de los cambios.

http://www.san.gva.es/documents/151311/6339263/AG2016InformeConsultaPublicaFeb16_vall.pdf

5 Gestión económico-financiera

5.1 Plan de actuación para control del gasto en retribuciones variables del personal sanitario

Al objeto de favorecer la mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos humanos y el control presupuestario, en 2015 se ha dado un paso importante en el desarrollo y utilización de las herramientas de inteligencia de negocio o BI (business intelligence) para el análisis y explotación de los datos sobre gastos de personal así como para la elaboración de métricas de apoyo al establecimiento de objetivos y su seguimiento a partir de las siguientes iniciativas:

- Por un lado, se ha construido el Data Mart del aplicativo de gestión de la nómina del personal de los centros sanitarios, lo que permite la explotación de la información en el marco de la gestión económico-presupuestaria, así como en el Datawarehouse corporativo de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Por otra parte, se han definido diversos indicadores para su inclusión en los Acuerdos de Gestión 2016 formalizados entre la Consellería y los departamentos de salud.

Estas actuaciones permiten disponer puntualmente de información estratégica sobre diversas variables (retribuciones brutas, coste de la Seguridad Social, guardias, atención continuada, incapacidad temporal, días retribuidos, sustituciones etc.) según distintas dimensiones (temporal, geográfica, presupuestaria, categorías de personal y grupos retributivos, etc.) para los distintos niveles de gestión de la organización (centros, departamentos, etc.). A partir de dicha información, se han iniciado diversas actuaciones para mejorar el seguimiento y control de las retribuciones por sustituciones (maternidad, acumulaciones de tareas, refuerzos, liberados sindicales, etc.) y otras retribuciones de carácter variable (guardias médicas, ATC, productividad, trasplantes y programas especiales, etc.).

5.2 Avances en el sistema de gestión económica y logística y en la medida del producto sanitario y los costes asociados

En el ámbito de la gestión económica y logística de los departamentos de salud, en 2015 se ha continuado avanzando en el desarrollo del sistema de información integral Orion Logis, a través del cual se da soporte a la central de compras y a la gestión del aprovisionamiento, contratación, compras, facturación, almacenes, activos fijos y mantenimiento, constituyendo un software licenciado (ERP: Planificación de Recursos Empresariales) que se parametriza en función de las necesidades de dichas áreas de trabajo. El proyecto ha alcanzado un alto grado de madurez tecnológica y está implantado en la práctica totalidad de la red sanitaria pública. El adecuado manejo y explotación del enorme volumen de información que abarca el sistema ha de permitir el seguimiento cercano y la evaluación continua de la gestión realizada en los centros y departamentos, tanto a nivel de la micro como de la macrogestión, favoreciendo la planificación y el diseño de estrategias para el ahorro de costes y la mejora de la eficiencia.

Entre los últimos trabajos realizados destaca la integración de Orion Logis con el registro unificado de facturas (RUF) de la Generalitat, con G-factura y con la factura electrónica del

Gobierno central (FACE), así como la configuración electrónica del *libro de estupefacientes* de cada hospital y su integración con el Sistema de Información, Control y Ordenación de Medicamentos y Productos Sanitarios (Sicomeps), lo que permite su remisión electrónica al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una vez finalizadas estas tareas, se ha iniciado la construcción de nuevos módulos y el desarrollo de nuevas funcionalidades en los módulos ya existentes, además de construir nuevos componentes de apoyo a la explotación de la información recogida en el sistema y la evolución de los actuales. En paralelo se seguirán realizando trabajos de revisión y análisis de datos para obtener estándares homogéneos en precios, stocks, mantenimiento, etc.

En el ámbito de la medida del producto sanitario y de los costes asociados, durante 2015 se han introducido diversas mejoras en el sistema de contabilidad analítica de los centros sanitarios, denominado Sistema de Información Económica (SIE), destacando la realización de cierres trimestrales para disponer de información con mayor puntualidad, la introducción de nuevas validaciones e indicadores sobre la calidad de la información, la incorporación del coste de las actividades externalizadas, la mejora en los procesos de importación de datos, la realización de análisis para la mejora de la información sobre recetas de farmacia, atención primaria y otros segmentos de actividad, la revisión de los parámetros de reparto, las mejoras en el módulo de explotación de datos y la utilización paralela de herramientas de software para el trabajo colaborativo.

Asimismo, se han introducido diversos indicadores derivados de la contabilidad analítica en los cuadros de mando de seguimiento del gasto elaborados para toda la organización y se ha iniciado el estudio para la redefinición de los indicadores de gestión estructural en los departamentos de salud.

Por último, destacar los trabajos realizados en 2015 para la elaboración/actualización de catálogos normalizados de actividad y coste de distintas especialidades como el laboratorio de bioquímica y de hematología, medicina nuclear, genética y biología molecular, bioquímica, dermatología, medicina digestiva, neurofisiología, urología, otorrinolaringología, odontoestomatología y odontología preventiva, ginecología y nefrología. El objeto de los trabajos es disponer de un único lenguaje válido para toda la organización que permita medir el producto sanitario, calcular los costes unitarios asociados, facilitar la interoperabilidad entre sistemas y realizar comparaciones entre los distintos centros de trabajo.

5.3 Acciones sobre los ingresos por la prestación de servicios sanitarios

El sistema de facturación intercentros y el aplicativo que le sirve de soporte, denominado COMPÁS, permite automatizar los procesos de facturación y su diferenciación en función del destino, con un enorme impacto económico a favor de la Generalitat: facturación a terceros, asistencias prestadas a pacientes de otras comunidades autónomas y a pacientes desplazados procedentes de otros países y elaboración periódica de las liquidaciones anuales de la Conselleria con las concesiones administrativas. Este sistema requiere del mantenimiento y actualización continua del modelo de captura y validación de la información así como de su tratamiento y explotación posterior.

El sistema abarca distintos ámbitos de atención sanitaria: ingresos hospitalarios, urgencias, cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, consultas médicas de primaria, farmacia de receta, farmacia hospitalaria a pacientes externos, prótesis y técnicas de radiodiagnóstico. No obstante, todavía falta extender el sistema a un conjunto importante de actividades asistenciales que aún no

se han incorporado a COMPÁS y que, por ello, requieren de un tratamiento específico muy laborioso, pormenorizado y heterogéneo.

Entre los trabajos realizados en 2015 para la mejora y/o ampliación del sistema de compensación intercentros destacan los relacionados con la información sobre atención primaria prestada a pacientes de otras comunidades autónomas que se remite al Ministerio para su compensación a través del FOGA y la finalización de los trabajos previos para la inclusión en el sistema de la medicación administrada en los hospitales de día.

5.4 Unidad de evaluación económica y racionalización del gasto

Durante el último trimestre del año 2015 se iniciaron los estudios para la creación de una unidad operativa que desarrolle e implemente un procedimiento de control y evaluación del gasto a partir de criterios de coste-efectividad.

Inicialmente, dicha intervención se limitará a la evaluación previa de las propuestas de licitación de proyectos de gasto con un coste mínimo por determinar según el tipo de gasto.

5.5 Aumento del control de las concesiones y de la actividad concertada

En 2015 se han dado los primeros pasos para el aumento del control de las concesiones y la escrupulosa fiscalización de la actividad y del cumplimiento de los contratos, a la vez que se han reestructurado y redefinido las unidades responsables de llevar a cabo dichas tareas.

Así, el decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell de la Generalitat aprobó el nuevo Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, creando una Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria, entre cuyos cometidos o funciones se encuentra la inspección de la asistencia sanitaria, control de calidad de los servicios y cumplimiento de las cláusulas de explotación de los departamentos gestionados en régimen de concesión. Esta actividad se complementa con las funciones atribuidas a la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos en materia de preparación de las liquidaciones anuales entre la Conselleria y las empresas concesionarias.

Fruto de las actividades emprendidas en este nuevo marco, en 2015 se llevaron a cabo diversos trabajos de control de calidad y asistencia sanitaria de los departamentos en régimen de concesión, se establecieron acuerdos con la Viceintervención General de Control Financiero de Conselleria de Hacienda y la Sindicatura de Cuentas para la elaboración de informes financieros y se diseñaron las bases para la aplicación de criterios definidos y uniformes en la elaboración de las liquidaciones anuales.

Así mismo, se ha iniciado la revisión del marco contractual de las actividades concertadas para garantizar su estricto cumplimiento e intentar aumentar su grado de internalización con el objeto de ir integrándolas en el sistema público y realizándolas con recursos propios en la medida que sea posible.

5.6 Captación de recursos financieros comunitarios y nacionales para la financiación de estrategias innovadoras

El 22 de julio de 2015 la Comisión Europea (CE) procedió a aprobar el Programa Operativo (PO) del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) 2014-2020 de la Comunitat Valenciana. En el marco de dicho PO la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública ha obtenido para el mencionado periodo un compromiso inicial de ayuda FEDER de 74,9 millones de euros que se destinarán a la ejecución de proyectos de inversión con un coste elegible de 149,1 millones de euros.

El desglose del importe de los proyectos por líneas de intervención son los siguientes:

- 35,2 millones de euros para creación de estructuras estables de investigación e innovación sanitaria e infraestructuras y equipamientos científicos y tecnológicos sanitarios;
- 95,8 millones de euros para promoción de servicios públicos digitales en e-salud, principalmente a través de sistemas de información que actúen en el ámbito clínico-asistencial, equipamientos e infraestructuras de apoyo al sistema de información sanitaria, mejora de la gobernanza, así como el refuerzo de sistemas de información que actúen en el ámbito de la gestión-inteligencia del sistema sanitario.
- 18,1 millones de euros destinados a la financiación de diferentes proyectos de inversión incluidos dentro del Plan de Ahorro Energético de la CSUiSP.

Históricamente, la participación relativa de las instituciones y servicios dependientes de la CSUiSP en las convocatorias competitivas de los programas marco comunitarios y de los programas nacionales de I+D+i han estado muy por debajo de la importancia del sector sanitario público valenciano en el total nacional. Ello es explicable tanto por la debilidad de sus estructuras de investigación, su insuficiente interacción con el sector empresarial y la escasa coordinación estratégica entre las mismas. Por otra parte, la escasa atención institucional a la I+D+i salud queda en evidencia ante la práctica inexistencia de planes o programas específicos propuestos para fomentar la participación en los programas competitivos, y por el hecho de que las dotaciones financieras de apoyo a la capacidad investigadora y de innovación ha sido muy restringida.

En los dos primeros años del Programa marco de investigación e innovación de la Unión Europea H2020 (2014-2015), no obstante, se ha producido una notable mejora, habiéndose obtenido los mejores registros hasta la fecha por nuestra Comunidad en retornos europeos en I+D+i Salud.

El elemento primario para el éxito en las convocatorias competitivas es la calidad y adecuación de los proyectos presentados que, a su vez, tiene su origen en la calidad y capacidad de los grupos de investigación que los presentan. En el momento actual, las fundaciones de investigación vinculadas a la CSUiSP cuentan con grupos de excelencia y laboratorios relativamente bien dotados para abordar muchos de los tópicos de investigación traslacional señalados en las convocatorias europeas (ómicas, biomarcadores de imagen, big data y Real World Data, medicina de precisión, drug Discovery, medicina computacional, enfermedades raras, envejecimiento, y otros).

La CSUiSP, además del importante volumen de recursos financieros que va a comprometer, con la cofinanciación del FEDER, para la dotación de equipamientos de última generación, tanto en los laboratorios como para construir las plataformas de datos necesarias para el funcionamiento de las líneas de investigación mencionadas, inició en el ejercicio de 2015 tres tipos de acciones:

- Elaboración del Plan Estratégico de I+D+i en Salud. Debe marcar las líneas estratégicas de nuestro desarrollo investigador, pero también, y quizás sobre todo, los cambios

organizativos que requieren nuestros centros de investigación y las líneas de investigación que se realizan en nuestros centros sanitarios.

- Desarrollo de estrategias conjuntas de investigación. El plan de inversiones puesto en marcha está orientado a construir plataformas y acciones comunes entre centros y grupos de investigación, al objeto de evitar duplicidades en equipamientos tecnológicos, potenciar la masa crítica y las economías de escala, la productividad de la acción investigadora y su traslación a la práctica clínica.
- Mejoras de las relaciones con las empresas innovadoras. Los desarrollos en este campo pasan por la introducción de esquemas de Compra Pública Innovadora, el desarrollo de un órgano de evaluación de tecnologías sanitarias y el apoyo a los estudios clínicos en productos innovadores.

Esperamos que el desarrollo de las citadas actuaciones supongan un impulso importante a las acciones de I+D+i en la CSUiSP, y por extensión en la Comunitat Valenciana, y, en especial, a su capacidad para obtener fondos competitivos.

Por último, durante el ejercicio 2015 se han iniciado los trabajos para la presentación de proyectos a financiar de la CSUiSP por el Programa de Formación, Innovación y Desarrollo (FID) del Ministerio de Sanidad con cargo al Programa Operativo Plurirregional FEDER Crecimiento Inteligente 2014-2020.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

6.1 Convenio con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

El convenio con la Junta de la Comunidad de Castilla - La Mancha, fue firmado el 9 de julio de 2012 y publicado en el DOCV el 17 de septiembre de 2013, con una vigencia de 5 años prorrogables desde su publicación.

Su objeto es la asistencia sanitaria y atención especializada de primer nivel a la ciudadanía de las zonas geográficas limítrofes descritas a continuación:

- Valencianos residentes del Valle de Ayora, que comprende los términos municipales de las localidades de Ayora, Jalance, Jarafuel, Teresa de Cofrentes y Zarra. Con un total de 8.470 habitantes.
- Conquenses residentes de las localidades de Castilla-La Mancha: Algarra, Aliaguilla, Campillo-Paravientos, Casas de Garcimolina, Casillas de Ranera, El Arrabal, Fuentelespino de Moya, Garaballa, Graja de Campalbo, Henarejos, Higuera, La Cañada, La Olmeda, Landete, Las Rinconadas, Los Huertos, Manzaneruela, Mira, Pedro Izquierdo, Santa Cruz de Moya, Santo Domingo de Moya y Talayuelas. Con un total de 5.718 habitantes.

La atención sanitaria urgente se excluye de este nivel de prestación ya que en este caso los ciudadanos acudirán al centro hospitalario más próximo.

En tanto se desarrolla la asistencia especializada domiciliaria en las zonas correspondientes a los municipios objeto del ámbito de influencia de este Convenio, la atención hospitalaria en domicilio queda excluida del ámbito de prestación del presente documento.

Las prestaciones sanitarias que se realicen en aplicación del Convenio serán asumidas económicamente por la Administración que presta la asistencia, no dando derecho a compensación económica alguna.

La comisión de coordinación y seguimiento que crea el convenio se reunirá cuando las circunstancias ordinarias o excepcionales así lo aconsejen, sin perjuicio de que los directivos asistenciales implicados mantengan las reuniones de trabajo que correspondan. No hay ninguna otra obligación al respecto.

Las partes se comprometen a remitir a los respectivos hospitales de Almansa (Cuenca) y Requena (Valencia) la relación de los asegurados incluidos en el ámbito de aplicación del Convenio, así mismo garantizarán la continuidad en los mecanismos ordinarios ya existentes en las cuestiones administrativas. La remisión al hospital que proceda en cada caso deberá ir acompañada de su correspondiente informe clínico y propuesta de seguimiento en la que se hará constar expresamente que se ampara en lo establecido en el Convenio de Colaboración.

La Tarjeta Sanitaria Individual que se utilizará será la del servicio de salud de procedencia, sin perjuicio de utilizar una provisional del servicio de salud prestador de la atención.

El Convenio prevé que puede ser completado con otros convenios sobre las siguientes materias: urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención en salud mental, tarjeta sanitaria, cartera de servicios, formación del personal, investigación en ciencias de la salud y cualesquiera otras que las dos partes firmantes consideren conveniente desarrollar. En 2015 no se ha realizado ninguna actuación al respecto.

Tabla 6-1 Medias anuales en valores absolutos de actividad en Castilla-La Mancha y Comunitat Valenciana, 2008/2011

	Atendidos en Castilla-La Mancha	Atendidos en Comunitat Valenciana
Consultas externas	9.051	14.551
Ingresos hospital	444	1.463
Partos	56	19
Urgencias	1.919	8.686

Fuente: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Programa Compas. Convenio con el Gobierno de Aragón.

6.2 Convenio con el Gobierno de Aragón

El Protocolo entre la Generalitat de la Comunitat Valenciana y el Gobierno de Aragón, en materia de Turismo, Sanidad y Gestión del Medio Ambiente fue firmado el 31 de mayo de 2013, con una vigencia de 2 años prorrogables automáticamente cada año.

Se preveía la firma de convenios específicos de desarrollo de dicho protocolo, que en materia de Sanidad, hasta la fecha de cierre de este informe, no se ha realizado.

Su objeto es la asistencia de atención primaria de salud; atención especializada; transporte sanitario no urgente; prestaciones farmacéuticas de dispensación hospitalaria a pacientes ambulatorios; atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario urgente, en las zonas geográficas limítrofes que están descritas en el mismo.

Tabla 6-2 Municipios y zonas afectadas de la Comunidad Autónoma de Aragón, 2013

Municipio	Entidad singular de población
Cantavieja	Cantavieja
	Casas de San Juan
	Solana
	Umbría
	Vega
Cañada de Benatanduz	Cañada de Benatanduz
La Cuba	La Cuba
Fortanete	Fortanete
La Iglesuela del Cid	La Iglesuela del Cid
Mirambel	Mirambel
Pitarque	Pitarque
Tronchón	Tronchón
Villarluengo	Montoro de Mezquita
	Villarluengo
Linares de Mora	Castelvispal
	Linares de Mora
Mosqueruela	Mosqueruela
Puertomingalvo	Puertomingalvo
Valdelinares	Valdelinares
Alcalá de la Selva	Alcalá de la Selva
	La Virgen de la Vega
Cabra de Mora	Cabra de Mora

Fuentes de Rubielos	Fuentes de Rubielos
Gúdar	Gúdar
Mora de Rubielos	Mora de Rubielos
Nogueruelas	Nogueruelas
Rubielos de Mora	Rubielos de Mora
Valbona	Valbona
Abejuela	Abejuela y La Cervera
Albentosa	Albentosa y Venta del Aire
	Estación Mora de Rubielos
	Fuen del Cepo
	Los Mases
Arcos de las Salinas	Arcos de las Salinas
	La Higuera
	Hoya de Carrasca
Manzanera	Alcotas
	Las Alhambras
	Los Cerezos
	Manzanera
	Los Olmos
	Paraíso Bajo
	El Paul
Olba	La Artiga
	La Civera
	Dines o Ibáñez
	Los Bajos
	Los Giles
	Los Lucas
	El Masico
	Olba
	Los Pertegaces
	Los Ramones
	Los Tarragones
	La Tosca
	Las Ventas
	Los Villanuevas
San Agustín	Los Baltasares
	Caballero
	Poviles
	La Fuenseca
	La Hoz
	Juan Din
	Mas Blanco
	Mases y Tamboril
	Los Pastores
	Los Peiros
	Pozo la Muela
	San Agustín
	La Solana
Tarín Nuevo y Viejo	
Sarrión	La Escaleruela
	Sarrión

Torrijas	Torrijas
Beceite	Beceite
Fomoles	Fornoles
La Fresneda	La Fresneda
Fuentespalda	Fuentespalda
Monroyo	Monroyo
Peñarroya de Tastavins	Peñarroya de Tastavins
La Portellada	La Portellada
Rafales	Rafales
Torre de Arcas	Torre de Arcas
Torre del Compte	Torre del Compte
Valderrobres	Valderrobres
Aguaviva	Aguaviva
Bordón	Bordón
Castellote	Abenfigo
	Los Alagones
	La Algecira
	Castellote
	El Crespol
	Cuevas de Cañart
	Dos Torres de Mercader
	Ladruñan
	Luco de Bordón
	Las Planas
Torremocha	
La Ginebrosa	La Ginebrosa
Mas de las Matas	Más de las Matas
Parras de Castellote	Jaganta
	Parras de Castellote
Seno	Seno
El Cuervo	El Cuervo
Tormón	Tormón
Veguillas de la Sierra	Veguillas de la Sierra
Alobras	Alobras

Fuente: Protocolo entre la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón, en materia de Turismo, Sanidad y Gestión del Medio Ambiente.

Tabla 6-3 Municipios y zonas afectadas de la Comunitat Valenciana, 2013

Herbés
Ademuz
Torrebaja
Castielfabib
Casas Bajas
Casas Altas
Vallanca
Puebla de San Miguel

Fuente: Protocolo entre la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón, en materia de Turismo, Sanidad y Gestión del Medio Ambiente.

Tabla 6-4 Recursos asistenciales de la Comunidad de Aragón para la atención de urgencias y emergencias, 2013

Ubicación	Tipo
Teruel (*)	Helicóptero medicalizado
Alcañiz (*)	Unidad Móvil de Emergencias (UME)
Teruel	UME
Monreal del Campo	UME
Cantavieja (vehículo especial climatología adversa) (*)	Soporte Vital Básico (SVB)
Hijar	SVB
Andorra	SVB
Utrillas	SVB
Mora de Rubielos	SVB
Albarracín (vehículo especial climatología adversa)	SVB
Mas de las Matas (*)	Ambulancia convencional
Mosqueruela (*)	Ambulancia convencional
Sarrión (*)	Ambulancia convencional
Vaderobres (*)	Ambulancia convencional
Teruel	Ambulancia convencional
Alcañiz	Ambulancia convencional
Alcorisa	Ambulancia convencional
Calamocha	Ambulancia convencional
Cella	Ambulancia convencional
Orihuela del Tremedal	Ambulancia convencional
Perales del Alfambra	Ambulancia convencional

Observaciones: (*) Dispositivos fronterizos.

Fuente: Protocolo entre la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón, en materia de Turismo, Sanidad y Gestión del Medio Ambiente.

Tabla 6-5 Recursos de la Comunitat Valenciana para la atención a urgencias y emergencias

Ubicación	Tipo de vehículo
Castellón	Helicóptero medicalizado
Departamento de Vinaroz	SVB
Departamento Hospital General de Castellón	SVB
Departamento de La Plana	SVB
Departamento de Sagunto	SVB
Departamento Clínico-Malvarrosa	SVB
Departamento Arnau de Vilanova	SVB
Departamento de La Fe	SVB
Departamento de Requena	SVB
Departamento Hospital General de Valencia	SVB
Departamento Dr. Peset	SVB
Departamento de Vinaroz	Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU)
Departamento Hospital General de Castellón	SAMU
Departamento de La Plana	SAMU
Departamento de Sagunto	SAMU
Departamento Clínico-Malvarrosa	SAMU
Departamento Arnau de Vilanova	SAMU
Departamento de La Fe	SAMU
Departamento de Requena	SAMU
Departamento Hospital General de Valencia	SAMU
Departamento Dr. Peset	SAMU
Departamento de Vinaroz	Transporte No Asistido (TNA)
Departamento Hospital General de Castellón	TNA
Departamento de La Plana	TNA
Departamento de Sagunto	TNA
Departamento Clínico-Malvarrosa	TNA
Departamento Arnau de Vilanova	TNA
Departamento de La Fe	TNA
Departamento de Requena	TNA
Departamento Hospital General de Valencia	TNA

Fuente: Protocolo entre la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón, en materia de Turismo, Sanidad y Gestión del Medio Ambiente.

Se indica que las prestaciones sanitarias que sean susceptibles de poder ser compensadas con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria se compensarán con cargo a dicho fondo y las que no, se compensarán con cargo al Fondo de Garantía Asistencial que garantiza la sostenibilidad del SNS. En ninguno de los casos se indica, ni cómo, ni cuándo, ni periodicidad de dichas actuaciones.

Al tratarse de un protocolo de colaboración, no se establece nada sobre la constitución o funcionamiento de ninguna comisión de seguimiento o coordinación.

Siguiendo los principios de la atención primaria, entre otros los de accesibilidad, atención integral, continua o esencial, y como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos, los ciudadanos de las zonas geográficas limítrofes de las dos comunidades firmantes del convenio podrán ser atendidos por profesionales sanitarios pertenecientes a los servicios de salud de ambas comunidades. En estos casos, la atención sanitaria y todas las consecuencias que de ella se deriven serán consideradas, con carácter general, como actividades propias de los servicios de salud donde el paciente ha sido atendido.

La atención especializada que se preste en el ámbito del convenio tendrá carácter integral. En todo caso para recibir asistencia se tendrán que seguir los procedimientos establecidos por la comunidad autónoma que presta el servicio.

Para no interrumpir la continuidad del proceso asistencial, se facilitará, en su caso, el flujo de información de cada paciente correspondiente a la historia clínica o cualquier otra información de interés para la gestión del caso.

Nada se dice sobre la Tarjeta Sanitaria Individual, que se utilizará para la atención en el correspondiente servicio de salud.

Se estima una media anual de 9.861 habitantes de las zonas afectadas limítrofes de Aragón con derecho a la asistencia sanitaria con cargo a la Comunitat Valenciana, con una media efectiva, a todos los niveles, de 6.313 asistencias anuales.

Por otra parte la estimación media anual se reduce a 2.575 habitantes de las zonas afectadas limítrofes de la Comunitat Valenciana, con derecho a la asistencia sanitaria con cargo a Aragón, con una media efectiva, a todos los niveles, de 2.472 asistencias anuales.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Objetivos y resultados esperados del Programa de atención a los primeros episodios psicóticos	11
Tabla 6-1	Medias anuales en valores absolutos de actividad en Castilla-La Mancha y Comunitat Valenciana, 2008/2011	26
Tabla 6-2	Municipios y zonas afectadas de la Comunidad Autónoma de Aragón, 2013	26
Tabla 6-3	Municipios y zonas afectadas de la Comunitat Valenciana, 2013	29
Tabla 6-4	Recursos asistenciales de la Comunidad de Aragón para la atención de urgencias y emergencias, 2013	29
Tabla 6-5	Recursos de la Comunitat Valenciana para la atención a urgencias y emergencias	30

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AG	Acuerdos de Gestión
ATC	Atención Continuada

B

BI	Business Intelligence
----	-----------------------

C

CCAA	Comunidades Autónomas
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
CE	Comunidad Europea
cols.	colaboradores
COMPAS	Sistema de Compensación de la Asistencia Sanitaria
CSP	Centros de Salud Pública
CSUISP	Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública
CV	Comunitat Valenciana

D

DOCV	Diario Oficial de la Comunitat Valenciana
------	---

E

ERP	Planificación de Recursos Empresariales
-----	---

F

FACE	Punto general de entrada de facturas electrónicas de la Administración General del Estado
FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FID	Formación, Innovación y Desarrollo

FOGA Fondo de Garantía Asistencial

H

H2020 Programa marco de investigación e innovación de la Unión Europea, horizonte 2020

I

I+D+i Investigación más desarrollo más innovación

IRAS Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria

M

MT Master Trainers

O

OPE Oferta Pública de Empleo

P

PET Tomografía por Emisión de Positrones

PO Programa Operativo

R

RedMIVA Red de vigilancia microbiológica de la Comunitat Valenciana

RHA Reproducción Humana Asistida

RUF Registro Unificado de Facturas

S

SAMU Servicio de Ayuda Médica Urgente

Sicomeps Sistema de información, control y ordenación de medicamentos y productos sanitarios

SIE Sistema de Información Económica

SNS Sistema Nacional de Salud

SVB Soporte Vital Básico

SVS Sistema Valenciano de Salud

T

TAC Tomografía Axial Computarizada

TNA Transporte No Asistido

TSOH Test de Sangre Oculta en Heces

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

UME Unidad Móvil de Emergencias

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma Extremadura



Índice

Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 Plan para la promoción de la alimentación saludable y del ejercicio físico en Extremadura 2015–2019: <i>Comer poco es un problema, comer mal otro añadido</i>	7
1.2 Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la Escuela	8
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Atención primaria	11
2.1.1 Reestructuración de los puntos de atención continuada	11
2.1.2 Impulso a la Estrategia de Atención a la Cronicidad en Extremadura	11
2.1.3 Nuevo reglamento de organización y funcionamiento de la Atención Primaria en Extremadura	12
2.2 Atención especializada	12
2.2.1 Listas de espera	12
2.2.2 Implementación del Código Ictus y del Teleictus	13
2.2.3 Código Infarto	13
2.3 Farmacia	13
2.4 Salud mental	14
2.4.1 Elaboración del III Plan de Salud Mental de Extremadura	14
2.4.2 Actualización del Programa de Trastorno Mental Grave	14
2.4.3 Otras actuaciones en salud mental	14
2.5 Otras actuaciones	14
3 Infraestructuras sanitarias	15
3.1 Construcción del nuevo Hospital de Cáceres	15
3.2 Reforma y ampliación del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres)	16
3.3 Reforma de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Materno-Infantil de Badajoz	16
3.4 Finalización del nuevo Centro de Salud de Olivenza (Badajoz)	17
3.5 Obras de reforma y adaptación de locales para aulas de formación del Complejo Universitario en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz	17
3.6 Centralización de contratos	17
4 Recursos humanos	19
4.1 Culminación de los procesos de estatutarización	19
4.2 Puesta en marcha de las bolsas de trabajo abiertas y permanentes	21
5 Gestión económico-financiera	23

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	25
6.1 Asistencia sanitaria prestada a pacientes del Servicio Andaluz de Salud	25
6.2 Asistencia sanitaria prestada a pacientes del Servicio de Salud de Castilla y León	25
Índice de tablas	29
Índice de gráficos	31
Abreviaturas, acrónimos y siglas	33

Resumen

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha desarrollado durante 2015 distintas actuaciones a destacar.

En Salud Pública sobresalen el Plan para la Promoción de la Alimentación Saludable y del Ejercicio Físico en Extremadura 2015–2019, y el Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela.

En el ámbito de la Asistencia Sanitaria se han realizado distintas actuaciones:

- Atención primaria: reorganización de 23 Puntos de Atención Continuada, impulso al desarrollo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad, e inicio de la elaboración del nuevo Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria.
- Atención especializada: reinicio de la actividad del Observatorio de Listas de Espera y creación de la Oficina Central de Listas de Espera, comienzo de la elaboración del Plan de Eficiencia Quirúrgica, Código Infarto, Código Ictus y Teleictus.
- Farmacia: desarrollo de la interoperabilidad de la receta electrónica.
- Salud mental: comienzo de la elaboración del III Plan de Salud Mental de Extremadura y actualización del Programa de Trastorno Mental Grave.

Respecto a las infraestructuras sanitarias, destacan como actuaciones más importantes: la construcción del nuevo Hospital de Cáceres; la reforma y ampliación del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres); la reforma de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Materno-Infantil de Badajoz; la finalización del nuevo Centro de Salud de Olivenza (Badajoz); la construcción de nuevas aulas de formación en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz y la centralización de contratos.

En el área de los recursos humanos sobresalen dos actuaciones: la culminación de los procesos de estatutarización, y la puesta en marcha de las bolsas de trabajo abiertas y permanentes.

Respecto a la gestión económico-financiera, el ejercicio presupuestario 2015 del Servicio Extremeño de Salud incrementó el crédito inicial un 6,4% sobre el ejercicio anterior.

En cuanto a la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, Extremadura dispone de acuerdos para prestar asistencia sanitaria a pacientes de las Comunidades Autónomas de Andalucía y de Castilla y León:

- Protocolo de actuación para prestar asistencia sanitaria especializada a pacientes de Guadalcanal y Alanís (provincia de Sevilla), a través del Hospital de Llerena (Badajoz).
- Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León. Desde 2009, ambas comunidades autónomas desarrollan actuaciones comunes en materia sanitaria para mejorar la atención a los ciudadanos de los territorios limítrofes.

1 Salud Pública

1.1 Plan para la promoción de la alimentación saludable y del ejercicio físico en Extremadura 2015–2019: *Comer poco es un problema, comer mal otro añadido*

Los malos hábitos en alimentación y la falta de ejercicio físico son actualmente, junto al consumo de tabaco, tres grandes causas de los problemas de salud más prevalentes en nuestra población.

Este hecho está ampliamente documentado y reconocido a nivel mundial, europeo, estatal y regional, por lo que resulta absolutamente prioritario promover hábitos saludables en alimentación y ejercicio físico.

Este Plan se trata de un ambicioso proyecto para promover la alimentación saludable y el ejercicio físico, y con ello luchar frente a la obesidad y los problemas de salud crónicos y degenerativos, que son los que mayoritariamente afectan a nuestra sociedad.

Liderado por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud (SES), tiene carácter multidisciplinar e intersectorial, como así recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), para alcanzar un mayor nivel de efectividad e impacto en salud.

Normativamente se apoya en (ver referencias bibliográficas al final del documento):

- Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura¹.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 15 de septiembre de 2011, sobre la posición y el compromiso de la UE con miras a la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles².
- Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad³.
- Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud⁴.

¹ Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 59, (25-03-2011). <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2011/590/11010007.pdf>.

² Resolución del Parlamento Europeo, de 15 de septiembre de 2011, sobre la posición y el compromiso de la UE con miras a la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Parlamento Europeo, Estrasburgo (15-09-2011). <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0390+0+DOC+XML+V0//ES>.

³ Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2005. http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.shtml.

⁴ Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS, 2004. http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1.

Su objetivo fundamental es promover acciones que favorezcan la adquisición de hábitos saludables en alimentación y actividad física, como forma fundamental de luchar frente a la obesidad y otras enfermedades crónicas.

Otros objetivos son:

- Prevenir la obesidad y el sobrepeso en toda la población, y especialmente, en la infancia y la adolescencia.
- Disminuir la prevalencia de población sedentaria.

La población diana es toda la población extremeña, con especial énfasis en la población infantil y juvenil.

Las medidas son las siguientes:

- Fomento de la detección precoz de la anorexia y de la bulimia.
- Actividad de Educación para la Salud frente a la obesidad infantil y juvenil.
- Proyecto piloto de intervención activa de promoción del ejercicio físico y de alimentación saludable en centros educativos, en colaboración con la Dirección General de Deportes de la Consejería de Educación y Empleo.
- Elaboración y difusión de materiales.
- Actividades formativas.

Por el momento no se disponen de resultados de evaluación, ya que la implantación del Plan se ha iniciado a finales del año 2015.

1.2 Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la Escuela⁵

La diabetes mellitus constituye una enfermedad que debe ser controlada en todo momento lo más estrictamente posible, para lograr que el niño/a pueda desarrollarse de forma completa intelectual y físicamente, y gozar de una buena calidad de vida, tanto él/ella como su familia.

A nivel estatal, la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud⁶ promueve la implantación en las comunidades autónomas de protocolos de actuación específicos para el tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus en situaciones especiales, entre ellas, los casos en niños/as; así como el desarrollo de medidas de atención especial a niños/as con diabetes en circunstancias externas a su ámbito familiar.

⁵ Consejería de Sanidad y Dependencia, Consejería de Educación (Junta de Extremadura). Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela. Jaraíz de la Vera: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Consejería de Educación; 2010.
<http://www.saludextremadura.com/web/portalsalud/listadoDestacados/-/destacados/LkN8/content/protocolo-de-atencion-al-nino-a-y-adolescente-con-diabetes-en-la-escuela?redirect=/>

⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 1995.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf

El objetivo general de este protocolo es establecer y promover medidas de atención específicas al niño/a y adolescente con diabetes dentro del ámbito educativo, velando por su control, seguridad e igualdad de oportunidades; y de apoyo a toda la comunidad educativa para favorecer su adaptación física, social y emocional a la enfermedad.

Entre los objetivos específicos podemos citar:

- Optimizar la atención integral al niño/a y adolescente con diabetes en los centros educativos, en colaboración con el Sistema Sanitario.
- Proporcionar un marco común de actuación que permita igualar las condiciones en que se presta la atención al niño/a y adolescente en los centros educativos de Extremadura.
- Identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales implicados en la atención al niño/a y adolescente con diabetes en el ámbito educativo.
- Favorecer la coordinación en la atención al niño/a y adolescente con diabetes entre educadores, padres y personal sanitario.
- Capacitar a las personas del entorno educativo para que puedan atender óptimamente a los estudiantes con diabetes, favoreciendo su integración, y haciendo efectivo el principio de que todo alumnado escolarizado debe recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades independientemente de sus condiciones físicas, sociales, personales, etc.

Este Protocolo establece las actuaciones necesarias para que los niños/as y adolescentes con diabetes se encuentren en el centro educativo como en sus propias casas. Persigue obtener un control óptimo de la glucemia en todo momento, y para ello fija los mecanismos de coordinación entre las administraciones educativa y sanitaria, las asociaciones y las familias, así como una serie de tareas para las administraciones sanitaria y educativa, asociaciones de afectados y familiares, comunidad educativa y equipos de atención primaria.

Es decir, la metodología de su funcionamiento se basa en un trabajo intersectorial, donde cada agente citado tiene unas funciones claramente establecidas, y en una coordinación efectiva entre todos ellos.

La cobertura estimada del programa ha sido del 78,8%, es decir, se han beneficiado del protocolo un total de 320 estudiantes de las aproximadamente 406 personas menores de 18 años con diabetes mellitus existentes en Extremadura.

Tabla 1-1 Cobertura estimada del protocolo en estudiantes no universitarios con diabetes *mellitus* por áreas de salud en Extremadura, 2015

Áreas de salud	Menores de 18 años con diabetes (aproximado)	Estudiantes no universitarios con diabetes en los que se aplica el protocolo	Cobertura estimada %
Badajoz	93	73	78,5
Mérida	70	53	75,7
Don Benito-Villanueva	59	54	91,5
Llerena-Zafra	39	30	76,9
Cáceres	71	53	74,6
Coria	20	20	100
Plasencia	33	22	66,7
Navalmoral de la Mata	21	15	71,4
Total	406	320	78,8

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Atención primaria

2.1.1 Reestructuración de los puntos de atención continuada

Durante el año 2015 se han reestructurado los Puntos de Atención Continuada (PAC) en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Dicha reestructuración ha consistido en la reapertura de los PAC cerrados durante los años anteriores, y en la ampliación de horario de otros PAC a los que se les restringió el horario de atención continuada.

Esta reestructuración se ha realizado de forma paulatina en varias fases, implicando a un total de 23 PAC de los 127 existentes en la actualidad en la Comunidad Autónoma, lo que supone un porcentaje de PAC reestructurados del 18,1%.

Áreas de salud	Nº de PAC reestructurados	Nº total de PAC	Porcentaje de PAC reestructurados
Badajoz	2	24	8,3
Mérida	2	14	14,3
Don Benito-Villanueva	5	17	29,4
Llerena-Zafra	2	11	18,2
Cáceres	5	25	20,0
Coria	1	8	12,5
Plasencia	4	18	22,2
Navalmoral de la Mata	2	10	20,0
Total	23	127	18,1

Observaciones: (PAC) Puntos de Atención Continuada.
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

Con esta reestructuración se ha incrementado la cobertura sanitaria en horario de atención continuada en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2.1.2 Impulso a la Estrategia de Atención a la Cronicidad en Extremadura

Durante el último trimestre de 2015 se ha llevado a cabo un impulso en la Estrategia de Atención a la Cronicidad en Extremadura, a través de varias actuaciones:

- Desarrollo paulatino de la estratificación de los pacientes crónicos en las diferentes zonas de salud, ayudados por una herramienta informática específica (GMA).
- Se ha pilotado la herramienta de gestión de enfermedades crónicas dirigida a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en dos zonas de salud.
- Se han creado los grupos de trabajo para el desarrollo de las diferentes líneas estratégicas priorizadas en la Estrategia de Atención a la Cronicidad en Extremadura.
- Próximamente se va a iniciar el pilotaje de atención continuada entre Atención Primaria y Medicina Interna en tres áreas de salud.

2.1.3 Nuevo reglamento de organización y funcionamiento de la Atención Primaria en Extremadura

Durante 2015 se ha iniciado la elaboración del nuevo Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria en Extremadura, que será publicado en el año 2016 y que sentará las bases no solo del funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria, sino también de todas las Unidades de Apoyo a la Atención Primaria.

2.2 Atención especializada

2.2.1 Listas de espera

- Observatorio de Lista de Espera (LE): en noviembre de 2015 se retomó la actividad del Observatorio a nivel central, para el análisis y control de las LE, inoperativo desde 2011. Este Observatorio se crea con unos objetivos generales muy definidos:
 - Renovar los manuales de gestión de LE y vigilar su aplicación homogénea en todos los centros del SES.
 - Elaborar e implantar protocolos de inclusión en LE de las principales patologías.
 - Mejorar los sistemas de información de LE.
 - Avanzar en la transparencia de los datos.
 - Diseñar vías rápidas de atención y priorización en LE de las patologías graves.
- Oficina Central de Listas de Espera: se ha creado la Oficina para la monitorización permanente de las LE, cuyos objetivos generales son:
 - Monitorización permanente de las LE con depuración informática y depuración administrativa de las mismas.
 - Control exhaustivo de pacientes Fuera de Garantía, es decir, de aquellos pacientes que superen los plazos establecidos en la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, para recibir la asistencia sanitaria indicada.

- Elaboración del Plan de Eficiencia Quirúrgica: este Plan busca la participación de los servicios quirúrgicos más eficientes en el control de la LE quirúrgica, en su área o fuera de ella.

2.2.2 Implementación del Código Ictus y del Teleictus

Se ha iniciado la elaboración, para su posterior implantación, de los protocolos de actuación que prioricen los cuidados y el traslado inmediato del paciente que sufre un ictus a una Unidad de Ictus, para su mejor atención sanitaria.

Por su parte, el Teleictus se encuentra actualmente en fase de implantación en todos los hospitales.

2.2.3 Código Infarto

Se ha iniciado la elaboración, para su posterior implantación, de los protocolos de actuación que aseguren la atención temprana a pacientes diagnosticados de un síndrome coronario agudo, basado en el abordaje integral a todos los niveles y la creación final de una red asistencial del infarto.

2.3 Farmacia

La Receta Electrónica (RE) está totalmente implantada en casi todas las comunidades autónomas, pero hasta ahora el usuario no podía obtener la medicación fuera de la comunidad donde se había realizado la prescripción.

La interoperabilidad de la receta electrónica posibilita que los diferentes servicios de salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las oficinas de farmacia puedan compartir la información de la prescripción y la dispensación de los medicamentos, de manera que los pacientes identificados con su tarjeta sanitaria tienen acceso a su medicación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

En la actualidad, las comunidades autónomas certificadas para la prescripción y la dispensación son Canarias y Extremadura, a las que progresivamente está previsto que se vayan incorporando el resto de comunidades.

2.4 Salud mental

2.4.1 Elaboración del III Plan de Salud Mental de Extremadura

Se ha iniciado la elaboración del III Plan de Salud Mental de Extremadura, comenzando con la evaluación del plan anterior y el análisis de la situación actual, que servirá de base para fijar los objetivos y actividades del nuevo Plan.

2.4.2 Actualización del Programa de Trastorno Mental Grave

A finales de 2015 se inició la actualización de este Programa, incorporando como novedad la gestión por procesos en salud mental.

2.4.3 Otras actuaciones en salud mental

- Nueva concertación de servicios de rehabilitación psicosocial para trastorno mental grave.
- Redacción del nuevo decreto de subvenciones, donde se recogen como subvencionables los programas de salud mental.

2.5 Otras actuaciones

- En cuidados paliativos, se ha desarrollado durante 2015 el Modelo de Atención en Cuidados Paliativos Pediátricos, y el Plan de Calidad del Voluntariado en Cuidados Paliativos, como modelo de participación ciudadana.
- También en 2015 se retomaron las actuaciones en el entorno del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura, de cara a actualizar e implementar entre otros el Plan del Daño Cerebral Sobrevenido.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Construcción del nuevo Hospital de Cáceres

Durante 2015 se ha iniciado el proceso de terminación de las obras del nuevo Hospital de Cáceres. Para ello se han confeccionado todos los pliegos de prescripciones técnicas referentes a obra, dirección facultativa, control de calidad y gabinete de ingeniería. La intención es que la obra de la terminación del Hospital pudiera comenzar en 2016 y acabar en 2017, pendiente del equipamiento.

La obra ha estado parada durante 4 años con las instalaciones sin terminar y sin garantía de funcionamiento y no se han realizado pruebas que garanticen su correcta ejecución.

Todo esto representa un riesgo de fallos muy alto y difícil de afrontar para el equipo de ingenieros y de la dirección facultativa, que deberá hacer un esfuerzo muy importante en el chequeo de todas las instalaciones y equipos existentes, analizar su estado, revisar cálculos, hacer las pruebas necesarias, entre otras, y sustituir lo que no funcione antes de continuar con el proceso de puesta en obra de todas las instalaciones y equipos que restan y su posterior legalización. La decisión de paralizar esta obra tan compleja durante la anterior legislatura puede acarrear muchos problemas en su puesta en marcha y su posterior desarrollo.

Tabla 3-1 Hospitalización prevista del nuevo Hospital de Cáceres, 2015

Unidad	Ubicación	Servicio
Hospitalización convencional 207 camas distribuidas en 186 habitaciones	Planta Primera 69 camas	Traumatología 33 individuales + 4 dobles = 41 camas Cirugía Plástica y Neurocirugía 22 individuales + 3 dobles = 28 camas
	Planta Segunda 69 camas	Cirugía General 33 individuales + 4 dobles = 41 camas Digestivo y Urología 22 individuales + 3 dobles = 28 camas
	Planta Tercera 69 camas	ORL+Oftalmología+Cirugía Torácica + Cirugía Vasculard 27 individuales + 4 dobles = 35 camas Hospitalización Quirúrgica: 28 individuales + 3 dobles = 34 camas
Reanimación - UCI	Planta Baja	25 boxes
Unidad de Corta Estancia	Planta Semisótano	16 camas

Fuente: Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

El presupuesto de ejecución material es de 10.138.147,0 euros. Los gastos generales y beneficio industrial (19%) suponen 1.926.247,9 euros y el IVA (21%) asciende a 2.533.522,9 euros, alcanzando el total del presupuesto de contratación 14.597.917,9 euros.

3.2 Reforma y ampliación del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres)

Durante la ejecución de la obra han surgido necesidades de carácter asistencial y técnico que han determinado la necesidad de redactar un proyecto Modificado nº 1. En dicho proyecto se incorporan todos los cambios necesarios y se reduce la reforma del servicio de urgencias y reanimación, que no es posible ejecutar por motivos asistenciales. El proyecto modificado se encuentra supervisado técnicamente de forma positiva (27/04/2015), aprobado por el órgano de contratación y dispone de todos los informes necesarios, pero no ha sido posible aprobarlo en Consejo de Gobierno a causa de los reparos de la Secretaria General de Hacienda sobre los fondos a emplear (14/05/2015).

La obra se encuentra en estado de suspensión temporal total al 96% de ejecución desde 22/05/2013. Como elementos destacables pendientes de ejecución se encuentra la finalización del servicio de la unidad de cuidados intensivos, unidad de marcapasos y dos nuevos quirófanos generales.

Durante la ejecución de la obra se han puesto en servicio por razones de interés público sanitario todas las zonas solicitadas por el Hospital. No existen servicios completos que no se hayan puesto en funcionamiento, salvo los quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que se encuentran finalizados pero no operativos, ya que es necesario realizar la reparación de una serie de defectos detectados durante la recepción del resto de la CMA. La empresa constructora realizará las reparaciones necesarias una vez aprobado el Modificado nº 1. El plazo estimado de ejecución de las obras pendientes es de 6 meses. Las obras una vez dotadas económicamente, podrán reanudarse en el año 2016.

3.3 Reforma de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Materno-Infantil de Badajoz

En febrero de 2015 se contrata la redacción del proyecto para la reforma de un ala de hospitalización de la planta 5 del Hospital Materno Infantil, al objeto de adecuarla a las necesidades requeridas por la Unidad de Oncohematología Pediátrica.

Para tal fin se mantienen reuniones de coordinación entre el arquitecto redactor, los médicos facultativos del servicio, responsables médicos del Hospital y los servicios técnicos de la Subdirección de Obras. Tras decidir un cambio de ubicación de la unidad, de un ala al ala opuesta, el equipo redactor realiza el proyecto presentando el mismo en tiempo y forma.

Al iniciarse la supervisión del mismo se plantean dos cuestiones que pueden afectar al funcionamiento final:

- Pequeñas dimensiones de algunos espacios (aseos, consultas o habitaciones).
- La climatización prevista no tiene características para unidades de enfermos inmunodeprimidos.

Se ha corregido, supervisado y aprobado el proyecto de reforma, quedando por contratar la dirección facultativa y el control de calidad. Queda pendiente el proceso de licitación de la obra,

entendiendo que la misma pueda iniciarse durante 2016 si se cuenta con presupuesto. El plazo de ejecución podría ser de 8 meses.

3.4 Finalización del nuevo Centro de Salud de Olivenza (Badajoz)

La construcción de este nuevo edificio permitirá dar de baja el actual centro de salud. La empresa constructora adjudicataria es Placonsa, S.A.

La obra se ha diseñado para finalizar la ejecución del edificio, que quedó paralizada al haber entrado la anterior empresa adjudicataria, Procondal, en concurso de acreedores.

El nuevo proyecto ha sido redactado por el arquitecto José Rincón, tomando como base el proyecto inicial redactado por Manuel Fortea. La obra ha sido recepcionada en este periodo y se encuentra actualmente sin uso a falta del equipamiento del edificio.

El estudio técnico para la descentralización del importe necesario para su equipamiento ha finalizado y se han remitido los datos económicos a Presupuestos, pero no se ha realizado aún la descentralización.

3.5 Obras de reforma y adaptación de locales para aulas de formación del Complejo Universitario en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Las obras, que se han llevado a cabo entre los meses de abril y noviembre de 2015, han consistido en la ejecución de aulas para la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Éstas se sitúan en unos locales que se encontraban en bruto en la planta inferior de la ampliación del Hospital Infanta Cristina (pabellón ambulatorio).

Este nuevo espacio complementa a los diferentes edificios existentes en el Campus Universitario. Se han creado 3 nuevas aulas (para 405 alumnos), 2 seminarios (para 120 alumnos) y 8 despachos, aparte de una zona wifi. La superficie construida es de 1.480 m².

Una vez finalizada la obra, solo falta equipar las aulas (lo que corresponde a la Universidad).

3.6 Centralización de contratos

- Se ha procedido a la centralización de contratos para economizar en todos aquellos ámbitos en los que es viable esta solución, en aras de una mayor operatividad y contención de gasto.
- Mantenimiento de los edificios del Servicio Extremeño de Salud (SES), del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) y Consejería de Sanidad y Políticas Sociales con el Pliego de Prescripciones Técnicas (PPT) en ejecución.

- Electromedicina del SES con el PPT en ejecución.
- Mantenimiento técnico-legal del SEPAD con el PPT en ejecución.
- Propano del SES y SEPAD con el PPT en redacción.
- Legionella del SES con el PPT en redacción.

4 Recursos humanos

Entre las medidas más reseñables en materia de recursos humanos en el ámbito del SES durante el ejercicio 2015, destacan:

4.1 Culminación de los procesos de estatutarización

Estos procedimientos se han ido desarrollando en distintas etapas a lo largo de varios años para intentar dotar de homogeneidad a todo el colectivo de profesionales, tanto sanitarios como de gestión y servicios, que si bien dependían de la Consejería de Sanidad desde su creación en 2002, aun mantenían su vinculación originaria, fundamentalmente como funcionarios aunque también se transfirió personal laboral, o bien personal que fue adscrito al SES con posterioridad y, por ello, no había tenido oportunidad de optar a su estatutarización.

Mediante Decreto 25/2011, de 11 de marzo, publicado en el Diario Oficial de Extremadura de 22 de marzo, se procedió a la adscripción al SES de puestos de trabajo de personal funcionario pertenecientes al Cuerpo de Titulados Superiores, Especialidades de Medicina y Cirugía y de Psiquiatría, y de personal laboral perteneciente a la categoría profesional de Titulado Superior, Especialidades de Medicina Geriátrica, Medicina Generalista, Medicina Rehabilitadora y Psiquiatría, ubicados en centros residenciales de atención a la personas mayores, en centros de atención a personas con discapacidad y en dos centros sociosanitarios.

Dichos puestos fueron objeto de inclusión en las correspondientes relaciones de puestos de trabajo del mencionado SES, conforme a lo establecido en el Decreto 37/2006, de 21 de febrero, por el que se regulan los instrumentos de ordenación de personal del mismo, y sus titulares pasaron a prestar servicios en dicho Organismo bajo el mismo régimen jurídico de procedencia, previéndose en su disposición adicional primera un nuevo proceso de integración en el régimen de personal estatutario para el personal funcionario y laboral objeto de adscripción al SES mediante dicho decreto. Un primer paso se culminó mediante la Orden de 14 de abril de 2011 de la Consejería de Sanidad y Dependencia, que estableció los procedimientos para la integración del personal funcionario y laboral, licenciados sanitarios especialistas en Psiquiatría, adscrito al SES por el Decreto 25/2011 mencionado.

No obstante, quedaba pendiente el resto del personal adscrito al SES por el citado decreto y que no había tenido la posibilidad de acceder a su estatutarización. Esta previsión ya estaba contemplada en el párrafo tercero de la disposición adicional primera del mismo, que establecía que para el resto de personal médico no especialista en psiquiatría, pertenecientes a los centros sociosanitarios, a los centros residenciales de atención a las personas mayores y a los centros de atención a personas con discapacidad, el procedimiento de integración se iniciaría cuando se determinaran, previa negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad, la forma, condiciones y requisitos de integración. Y todo ello, siempre conforme a las previsiones establecidas en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, concerniente a la posibilidad de establecer procedimientos para la integración directa, con carácter voluntario, en la condición de personal estatutario, de quienes presten servicios en los centros, instituciones o servicios de salud con la condición de funcionario de carrera o en virtud de contrato laboral fijo.

Por ello, y para dar cumplimiento al objetivo de homogeneización del régimen jurídico de los profesionales que prestan servicios en el SES, se procedió a culminar el proceso mediante la

Orden de 14 de abril de 2015 por la que se establecen los procedimientos para la integración del personal funcionario del Cuerpo de Titulados Superiores, Especialidad Medicina General, y del personal laboral de la Categoría de Titulado Superior, Especialidades de Medicina Geriátrica, Medicina General y Medicina Rehabilitadora adscritos al Servicio Extremeño de Salud por Decreto 25/2011, de 11 de marzo, en el régimen jurídico del personal estatutario de los servicios de salud.

Ello unido al número de profesionales que optaron también por estatutarse en virtud del Decreto 43/2014, de 25 de marzo, por el que se establece el procedimiento para la integración directa en el régimen jurídico de personal estatutario fijo de los servicios de salud, del personal funcionario sanitario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas que publicó el SES, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Disposición adicional decimosexta de la Ley 55/2003, en su nueva redacción introducida por el artículo 10.4 RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha supuesto una evolución positiva en el rumbo señalado de la homogeneización de régimen jurídico.

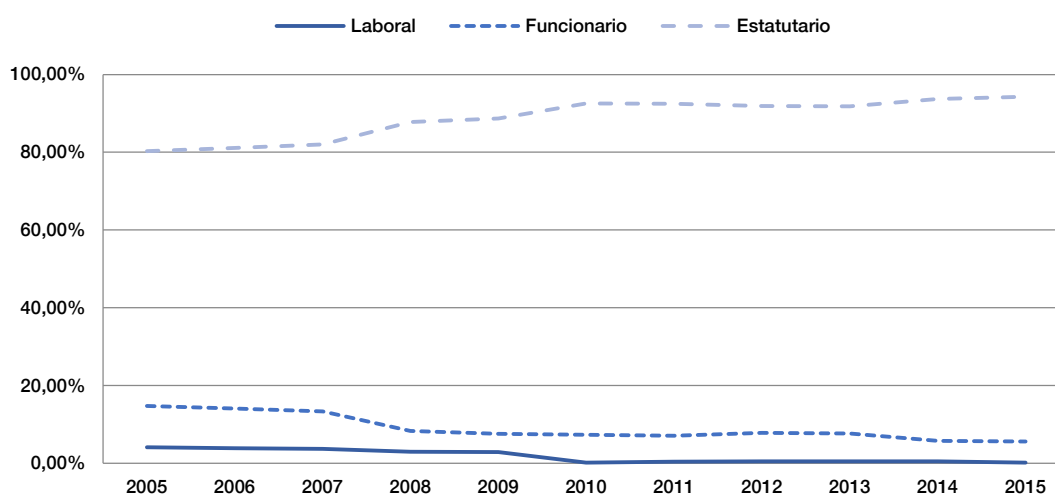
Este proceso se ha visto reflejado en la tendencia a la homogeneización en el régimen estatutario del personal perteneciente al SES durante la última década.

Tabla 4-1 Evolución hacia la homogeneización en el régimen estatutario del personal perteneciente al Servicio Extremeño de Salud, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Laboral (%)	4,1	3,9	3,7	3,0	2,9	0,2	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1
Funcionario (%)	14,7	14,1	13,4	8,3	7,6	7,3	7,0	7,8	7,7	5,8	5,6
Estatutario (%)	80,3	81,1	82,0	87,8	88,7	92,5	92,5	91,9	91,8	93,7	94,3

Fuente: Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

Gráfico 4-1 Evolución porcentual hacia la homogeneización en el régimen estatutario del personal perteneciente al Servicio Extremeño de Salud, 2005-2015



Fuente: Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

4.2 Puesta en marcha de las bolsas de trabajo abiertas y permanentes

La selección del personal temporal en el ámbito sanitario tiene especial trascendencia, dada la necesidad de garantizar en todo momento la asistencia sanitaria, por lo que es preciso contar con instrumentos ágiles de selección que permitan disponer en cada momento del personal necesario para asegurar una adecuada prestación de los servicios.

Con este fin se publicó el nuevo Pacto por el que se regulan los procedimientos de selección de personal temporal y provisión de plazas de carácter temporal en los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos dependientes del SES, suscrito el 17 de enero de 2013, entre el SES y las organizaciones sindicales CSI-F, SATSE, SIMEX y USAE, publicado mediante Resolución de 20 de febrero de 2013, de la Dirección General de Trabajo en el Diario Oficial de Extremadura nº 45, de 6 de marzo de 2013.

Durante 2015 se han constituido y comenzado a funcionar, conforme al pacto mencionado, las siguientes bolsas:

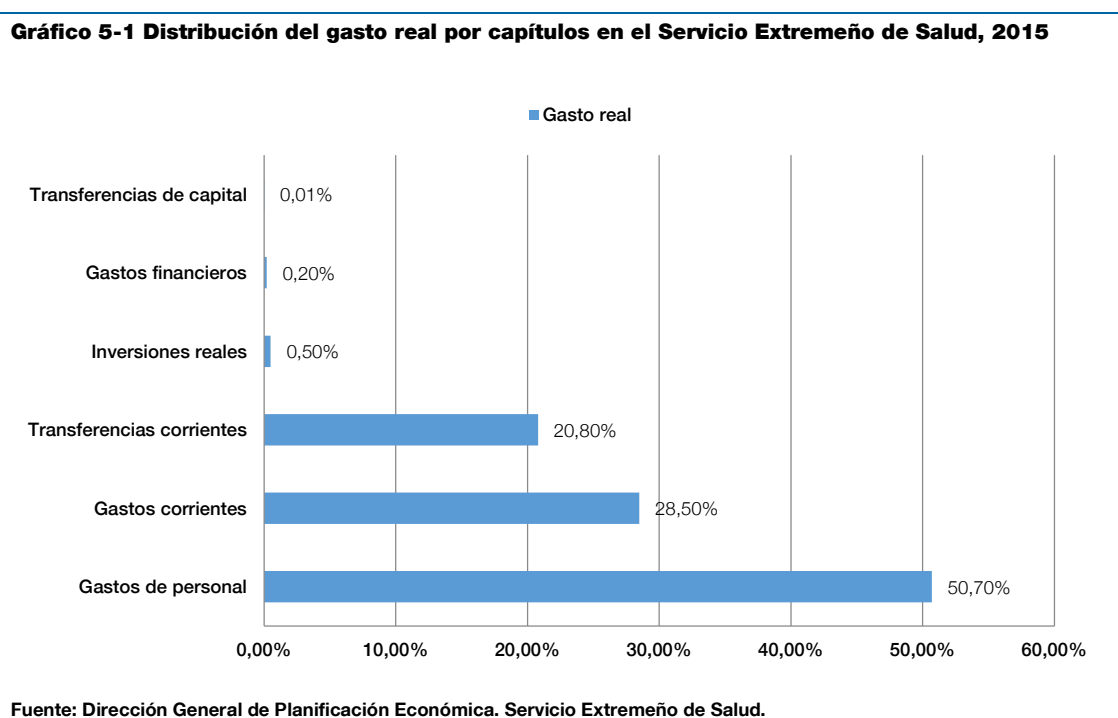
- Profesor logofonía / logopedia.
- Veterinario de EAP.
- Farmacéutico de EAP.
- Auxiliar de Enfermería, con sus 8 bolsas de especiales características: quirófano, UCI reanimación, unidad de recuperación de cirugía cardiaca, UCI pediátrica, neonatología, urgencias, oncología pediátrica y hemodiálisis.

5 Gestión económico-financiera

El ejercicio presupuestario de 2015 presenta un incremento del crédito inicial del 6,4% con respecto al ejercicio anterior para el Servicio Extremeño de Salud, rompiendo la tendencia de los últimos años y contribuyendo de este modo a acercar la dotación presupuestaria y el gasto real.

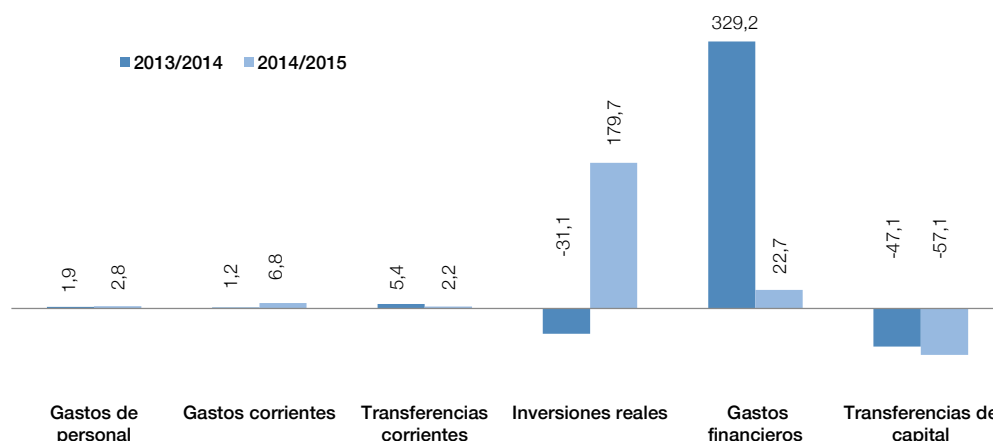
Los gastos de personal representan más de la mitad del total, seguido de los gastos corrientes, entre los que destacan los de material sanitario y farmacia hospitalaria, incluyendo estos últimos a su vez las compras de los nuevos medicamentos contra la Hepatitis C.

Ligeramente por encima del 20% se encuentran los gastos del capítulo 4, fundamentalmente los originados por las recetas médicas dispensadas a través de las oficinas de farmacia. El resto de capítulos no llega al 1%.



Comparando el incremento interanual entre capítulos de gastos, en concreto 2015 y 2014, destacaríamos en el capítulo 2 el crecimiento en 2015 de la farmacia hospitalaria por la compra de los nuevos medicamentos contra la Hepatitis C, y en material sanitario por el cambio del tipo impositivo del impuesto sobre el valor añadido en material sanitario, que ha pasado del 10,0% al 21,0%.

Gráfico 5-2 Variación porcentual en el gasto real por capítulos en el Servicio Extremeño de Salud, 2013/2014 y 2014/2015



Fuente: Dirección General de Planificación Económica. Servicio Extremeño de Salud.

También es destacable, aunque no por su valor económico sobre el total del gasto, sino por su significado, la recuperación de cierto importe para inversiones del capítulo 6, y el incremento del capítulo 3 de gastos financieros asociados a la situación presupuestaria y de tesorería del Servicio Extremeño de Salud.

En los últimos años, para solventar, al menos parcialmente, la necesidad de financiación que dé cobertura al gasto real del ejercicio y las partidas pendientes de aplicar a presupuesto del año anterior, se ha acudido a los Fondos de Financiación a las Comunidades Autónomas, bien sea por la vía del Plan de Pago a Proveedores, el Fondo de Liquidez Autonómica o el Fondo de Facilidad Financiera. Durante el año 2015 el importe recibido por estas vías extraordinarias de financiación en el Servicio Extremeño de Salud ascendió a 207,1 millones de euros.

Tabla 5-1 Evolución de los importes recibidos a través de los fondos de financiación a las comunidades autónomas por el Servicio Extremeño de Salud, 2012-2015

Año	Millones de euros
2012	163,1
2013	59,8
2014	178,0
2015	207,1

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

Como medida adicional y de refuerzo a los fondos de financiación a las comunidades autónomas, y con el objetivo de facilitar el pago a proveedores, durante el año 2015 se ha habilitado un contrato de pagos confirmados con una capacidad de 100 millones de euros. Mediante este pago de *confirming*, la entidad financiera adjudicataria del contrato remite a los proveedores del SES la posibilidad de adelantar el cobro de sus facturas a un tipo de interés muy ventajoso, facilitando de este modo la gestión de su tesorería y reduciendo la incertidumbre que pudiera generar la situación presupuestaria y de liquidez del Servicio Regional de Salud.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

La Comunidad Autónoma de Extremadura presta asistencia sanitaria a pacientes de otras comunidades autónomas, según lo establecido en los acuerdos al respecto entre ambas partes.

De esta manera, se cubre en la actualidad la asistencia sanitaria de determinadas poblaciones del sur de la provincia de Salamanca (Castilla y León), y del norte de la provincia de Sevilla (Andalucía).

6.1 Asistencia sanitaria prestada a pacientes del Servicio Andaluz de Salud

No existe convenio, pero sí un Protocolo de Actuación.

El procedimiento de actuación se basa en que los pacientes de las poblaciones de Guadalcanal y Alanís (provincia de Sevilla), que requieran asistencia especializada, deberán ser dados de alta en el programa CIVITAS (programa que regula la Tarjeta Sanitaria Individual) como desplazados. Para ello deberán asignarse a un médico del Centro de Salud de Llerena e indicar como domicilio la dirección del propio centro de salud (al no existir un convenio, no se dispone del callejero de las poblaciones de Guadalcanal y Alanís), pero con un título específico denominado Desplazado Guadalcanal, que le da validez a la cartulina de desplazamiento por 1 año, en lugar de 3 meses como al resto de desplazados.

De esta forma, siguen adscritos a su comunidad autónoma, no pierden su médico de cabecera, pero ya están correctamente identificados en Extremadura, lo que permite comunicar esta información al Sistema Nacional de Salud, que nos remite su tipo de ciudadano y la aportación a farmacia de su comunidad de origen.

El asignarlos a la Comunidad Autónoma de Extremadura como desplazados no supone incremento alguno en los cupos de los médicos de la Zona de Salud de Llerena.

A efectos de notificaciones por correo postal y por teléfono, deberá registrarse la verdadera dirección y el teléfono de contacto del paciente de Guadalcanal o Alanís en el Sistema de Información Sanitaria Integrado-Jara Asistencial.

6.2 Asistencia sanitaria prestada a pacientes del Servicio de Salud de Castilla y León

Desde el año 2009 existe un Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León.

Se basa en que la Comunidad de Extremadura y la Comunidad de Castilla y León comparten elementos tanto territoriales, históricos, económicos y culturales, que facilitan la realización de programas y proyectos comunes en beneficio de sus habitantes, permitiendo así conseguir un futuro de progreso y desarrollo.

El documento para el desarrollo del Protocolo General de Colaboración, en materia de asistencia sanitaria, se firmó con fecha 21 de enero de 2009.

Posteriormente, con fechas 19 de mayo de 2009 y 19 de mayo de 2010 se firmaron las adendas al citado Protocolo que desarrollaron algunos aspectos del mismo.

Cláusulas del Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León:

- Primera: Asistencia sanitaria.

Los territorios limítrofes entre ambas comunidades autónomas constituyen un caso especial en el momento de organizar los servicios de salud, ya que en su accesibilidad prima la realidad funcional a la dependencia orgánica, y la primera se impone a la segunda para beneficio de los ciudadanos, al resultar fundamental para toda la población, favoreciendo con ello el desarrollo de estos territorios.

Por todo ello, la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León manifiestan su voluntad recíproca de desarrollar actuaciones comunes en materia sanitaria que mejoren la atención a los ciudadanos de los territorios limítrofes, facilitándoles el acceso al Sistema Sanitario Público.

Las materias objeto de posible colaboración podrán ser las siguientes:

- Atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario.
- Atención primaria de salud.
- Atención especializada (ambulatoria y hospitalaria).
- Atención en salud mental y asistencia psiquiátrica.
- Tarjeta sanitaria.
- Formación del personal.
- Investigación en ciencias de la salud.
- Trasplante hepático.

Y cualesquiera otras que, dentro del ámbito sanitario y en el ámbito de sus competencias, consideren oportuno ambas partes.

En particular, en el Protocolo de Colaboración se promoverá el intercambio de información y experiencias de los siguientes programas de salud:

- Programa Regional de Dolor.
- Programa Regional de Cuidados Paliativos.
- Planes de Atención Bucodental.
- Programa Regional de Telemedicina.
- Plan Marco de Atención Sociosanitario.

- Segunda: Atención a la dependencia.
- Tercera: Protección a la infancia y a los menores de edad.
- Cuarta: Personas mayores.
- Quinta: Mujer.
- Sexta: Jóvenes.
- Séptima: Educación.
- Octava: Protección civil.
- Novena: Medio ambiente.
- Décima: Cultura y turismo.
- Undécima: Agricultura y desarrollo rural.
- Duodécima: Infraestructuras de comunicación.
- Decimotercera: Transporte público de viajeros por carretera.
- Decimocuarta: Deportes.
- Decimoquinta: Cooperación transfronteriza con Portugal.
- Decimosexta: Comité de enlace y coordinación.
- Decimoséptima: Vigencia de acuerdos anteriores.

Cuantificación de la población afectada:

- En Atención Primaria:

Ciudadanos de Valdelamatanza (Salamanca) que reciben atención sanitaria ordinaria y urgente en la Zona de Salud de Aldeanueva del Camino (Cáceres). La población afectada es de 168 personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).
- En Atención Especializada:

Por la Comunidad Autónoma de Extremadura, se posibilita a los ciudadanos de las zonas limítrofes de Salamanca la atención al Hospital de Plasencia, también en los Hospitales de Coria y Navalmoral de la Mata, en todas las especialidades incluidas en su cartera de servicios.

Estas zonas limítrofes y su población en base a las TSI son: Béjar (18.740), Ciudad Rodrigo (16.712), La Alberca (2.266), Miranda del Castañar (2.182), Robleda (2.155) y Fuenteguinaldo (2.099).

Por la Comunidad Autónoma de Castilla y León se presta asistencia sanitaria a los pacientes derivados de los Hospitales de Plasencia, Coria y Navalmoral de la Mata al Complejo Asistencial de Salamanca, para las siguientes especialidades: medicina nuclear (para tratamiento con yodo radiactivo), cardiología (para estudios electrofisiológicos y ablación), onco-hematología, cirugía plástica y UCI pediátrica.

Los ciudadanos de las poblaciones limítrofes del norte de Cáceres, cuya distancia a Badajoz es superior a la distancia al Complejo Universitario Hospitalario de Salamanca, podrán recibir en este hospital atención sanitaria en las siguientes especialidades: cirugía cardiovascular; determinados procesos de angiología y cirugía vascular (patología arterial); cirugía oral y maxilo-facial (tratamiento de deformidades cráneo-faciales y tratamiento de

la lipoatrofia facial en pacientes con VIH según protocolo nacional); determinados procesos de cirugía torácica; tumores, quistes hidatídicos; y neurocirugía (tumores).

Las poblaciones de referencia para estas prestaciones en base a las TSI son: Nuñomoral (2.409), Pinofranqueado (2.834), Mohedas de Granadilla (3.358), Aldeanueva del Camino (4.819), Hervás (5.090) y Cabezuela del Valle (7.218).

Los ciudadanos de las Zonas de Salud de Nuñomoral, Pinofranqueado, Torre de Don Miguel y Hoyos, de la provincia de Cáceres limítrofes con la provincia de Salamanca, también podrán acudir al Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo para la asistencia en consulta externa, y pruebas diagnósticas de las especialidades en cartera de servicios del centro.

- Estructura organizativa de transporte urgente y programado:
 - El transporte sanitario de urgencias y emergencias se coordinará a través de los Centros Coordinadores de Urgencias (CCU) de ambas comunidades autónomas.
 - Los traslados programados de alta hospitalaria o traslado hospitalario a su comunidad autónoma, se harán por los medios de transporte sanitario de la comunidad a la que pertenezca el paciente, a solicitud del servicio de admisión del hospital.
- Recursos asistenciales disponibles para transporte sanitario de Castilla y León:
 - Terrestres: Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de Béjar, UME de Ciudad Rodrigo, Soporte Vital Básico (SVB) de Béjar, SVB de Ciudad Rodrigo, Ambulancia Convencional de Urgencia (ACU) de Béjar y ACU de Ciudad Rodrigo, UME de Arenas de San Pedro, SVB de Arenas y SVB de Barco de Ávila.
 - Aéreos: helicóptero sanitario de Salamanca
- Recursos asistenciales disponibles para el transporte sanitario de Extremadura:
 - Terrestres:
 - UME de Caminomorisco, de Plasencia y de Jaraíz de la Vera.
 - ACU 24 horas de Valverde del Fresno, de Torre de Don Miguel, de Pinofranqueado, de Nuñomoral, de Hervás, de Cabezuela del Valle y de Villanueva de la Vera.
 - Ambulancias convencionales para transporte de personal sanitario para la asistencia de urgencias de Atención Primaria de los Puntos de Atención Continuada (PAC) de Valverde del Fresno, de Torre de Don Miguel, de Pinofranqueado, de Nuñomoral, de Aldeanueva del Camino, de Hervás, Cabezuela del Valle y de Villanueva de la Vera.
 - Aéreos: helicóptero sanitario de Malpartida de Cáceres.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Cobertura estimada del protocolo en estudiantes no universitarios con diabetes mellitus por áreas de salud en Extremadura, 2015	10
Tabla 2-1	Puntos de atención continuada reestructurados por áreas de salud en Extremadura, 2015	11
Tabla 3-1	Hospitalización prevista del nuevo Hospital de Cáceres, 2015	15
Tabla 4-1	Evolución hacia la homogeneización en el régimen estatutario del personal perteneciente al Servicio Extremeño de Salud, 2005-2015	20
Tabla 5-1	Evolución de los importes recibidos a través de los fondos de financiación a las comunidades autónomas por el Servicio Extremeño de Salud, 2012-2015	24

Índice de gráficos

Gráfico 4-1	Evolución porcentual hacia la homogeneización en el régimen estatutario del personal perteneciente al Servicio Extremeño de Salud, 2005-2015	20
Gráfico 5-1	Distribución del gasto real por capítulos en el Servicio Extremeño de Salud, 2015	23
Gráfico 5-2	Variación porcentual en el gasto real por capítulos en el Servicio Extremeño de Salud, 2013/2014 y 2014/2015	24

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACU	Ambulancia Convencional de Urgencias
AECOSAN	Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

C

CCU	Centro Coordinador de Urgencias
CIVITAS	Programa que regula la Tarjeta Sanitaria Individual
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CSI-F	Central Sindical Independiente y de Funcionarios

E

EAP	Equipo de Atención Primaria
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

G

GMA	Gestor Móvil de Ajuste
-----	------------------------

L

LE	Listas de Espera
----	------------------

N

NAOS	Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
------	--

O

OMS	Organización Mundial de la Salud
-----	----------------------------------

P

PAC	Puntos de Atención Continuada
PPT	Pliego de Prescripciones Técnicas

R

RE Receta Electrónica

S

SALUD Servicio Aragonés de la Salud

SATSE Sindicato de Enfermería

SCA Síndrome Coronario Agudo

SEPAD Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

SNS Sistema nacional de Salud

SES Servicio Extremeño de Salud

SIMEX Sindicato Médico de Extremadura

SVA Soporte Vital Avanzado

SVB Soporte Vital Básico

T

TMG Trastorno Mental Grave

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

UME Unidad Medicalizada de Emergencias

USAE Unión Sindical Auxiliares de Enfermería

USM Unidades de Salud Mental

V

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Galicia



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Programa de estilos de vida saludables y educación para la salud	5
1.2 Programa gallego de cribados	6
1.2.1 Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama - PGDPCM	6
1.2.2 Programa de detección precoz del cáncer colorrectal	8
1.2.3 Programa de detección de la sordera en periodo neonatal y programa de detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal	9
1.3 Programa gallego de vacunación	10
2 Asistencia sanitaria	13
2.1 Robotización de la distribución y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario	13
2.2 Punto de atención diagnóstico-terapéutico móvil	13
2.3 Teleseguimiento en el hogar de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, tras el alta hospitalaria	14
2.4 Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia	15
2.5 Plan de continuidad de cuidados del Servicio Gallego de Salud: CONECTA 72	16
2.6 Programa e-consulta	16
2.7 IANUS-HCEPRO: la historia clínica por procesos	17
2.8 Plataforma É-Saúde	17
2.9 Programa Infección ZERO en unidades de cuidados críticos	18
2.10 Estrategia integral del dolor	19
2.11 Proyecto Có-digo Amable	20
2.12 Programa de atención a pacientes polimedicados	21
2.13 Procesos Asistenciales Integrados-PAI	22
2.13.1 Procesos oncológicos	22
2.13.2 Procesos asistenciales específicos para patologías crónicas prevalentes	23
2.14 Protocolos y guías	23
2.14.1 Protocolo de CHAGAS	23
2.14.2 Guía asistencial para el abordaje del ICTUS: Código Ictus y Teleasistencia	24

2.14.3	Protocolo para la constitución de consultas de alto riesgo de cáncer hereditario y asesoramiento genético	24
2.14.4	Guía técnica para el abordaje de la disfunción del suelo pélvico	24
2.15	Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud	24
2.16	Creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos	25
3	Infraestructuras sanitarias	27
3.1	Obras, reformas y equipamientos	27
3.1.1	Hospitales	27
3.1.2	Atención Primaria	27
3.2	Alta tecnología	27
4	Recursos humanos	29
4.1	Expediente profesional electrónico - expediente-e	29
4.2	Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS	29
4.2.1	Aplicativos informáticos de gestión de la prevención	29
4.2.2	Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo	30
4.2.3	Actuaciones en materia de violencia laboral	30
5	Gestión económico financiera	31
5.1	Eficiencia energética y sostenibilidad del medioambiente	31
6	La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	33
6.1	Urgencias sanitarias	33
6.1.1	Procedimiento conjunto de emergencia entre Galicia y Portugal	33
6.1.2	Procedimiento para atención de pacientes en la zona fronteriza	33
6.1.3	Ayuda sanitaria en Accidentes de Múltiples Víctimas - AMV	34
6.2	La ordenación sanitaria en zonas limítrofes	35
	Índice de tablas	37
	Índice de gráficos	39
	Índice de figuras	41
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	42

Resumen

Salud Pública

Galicia en 2014-2015 continuó incidiendo en las estrategias para el abordaje de la cronicidad; desde el punto de vista de la promoción, consolidó los programas iniciados en 2013: el Plan Xermola (prevención de la obesidad infantil) y la plataforma Xente con vida (web, redes sociales, blogs) y se desarrollaron otros como Estilo de Vida Activo o dentro del Plan Proxecta, la promoción de la alimentación saludable en el ámbito escolar.

El programa de cribados se ha mantenido con muy buenos resultados (sordera y metabolopatías en recién nacidos, cáncer de mama en mujeres). El cribado de cáncer de colon, pilotado en el Área de Ferrol, se consolidó y extendió en esa área e inició su implantación en el Área de Ourense.

En la prevención, sobresalen las actuaciones eficientes y efectivas en la utilización de las vacunas, donde Galicia siempre ha estado en la vanguardia. En 2015 se actualizó el calendario de vacunación infantil siguiendo los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial de Salud.

Asistencia Sanitaria

Galicia mejoró la asistencia aprovechando las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías. Se destacan:

- La robotización de la distribución y dispensación de fármacos puesta en marcha en dos hospitales.
- Teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC, tras el alta hospitalaria: disminuye la tasa de reingresos, evita posibles complicaciones y desplazamientos para el paciente.
- Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia: prestación reglada con las mismas características que la atención presencial, comenzó en 2013 para los médicos de familia y se extendió a otros profesionales (pediatras, enfermería, matronas, odontólogos de atención primaria, higienistas dentales y trabajadores sociales). Se destaca la plena aceptación entre los profesionales y en la población.
- *Proyecto e-interconsulta*: canal bidireccional de comunicación entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, para la remisión de consultas relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El número de interconsultas ha ido incrementándose estos años, demostrando la mejora en la capacidad resolutoria de la atención primaria y reduciendo el espacio que separa ambos niveles asistenciales.
- Plan de continuidad de cuidados *Conecta 72*: seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria, para detectar precozmente complicaciones o problemas, mediante una llamada telefónica de la enfermería de atención primaria a las 72 horas.
- *IANUS-HCPRO*: historia clínica por procesos para facilitar al médico la actuación clínica específica para la patología que está tratando.
- *Plataforma É-Saúde*: permite al ciudadano el acceso, desde su móvil, a su historia clínica del SERGAS y del Sistema Nacional de Salud, disponer de una biblioteca sanitaria *online*, acceder a la formación de la escuela de ciudadanos, realizar trámites y consultar los recursos disponibles (geolocalización).
- *Proyecto Có-digo Amable*: permite evaluar y gestionar el cambio en función de las expectativas de los pacientes y familiares.
- Puntos de atención diagnóstico-terapéutico móviles: aumentan la accesibilidad de poblaciones geográficamente apartadas del hospital de referencia y refuerzan otros centros sanitarios en situaciones de contingencia, emergencia o estacionales, en las que se requieran recursos sanitarios extras.

- Programa de Atención a Pacientes Polimedicados: incide en la educación sanitaria, mejora la adherencia al tratamiento y detecta y evita reacciones adversas en estos pacientes habitualmente crónicos y pluripatológicos.
- Definición de procesos asistenciales integrados y sus vías rápidas: permiten un abordaje multidisciplinar coordinado, son una garantía para evitar la variabilidad clínica y aseguran la equidad en el acceso.
- Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud y de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos.

Infraestructuras Sanitarias

Se finalizó la construcción del nuevo Hospital de Vigo *Álvaro Cunqueiro* y la reforma integral del Laboratorio de Salud Pública de Lugo. Se construyeron 8 nuevos centros de salud y se pusieron en marcha nuevas fórmulas para la renovación de los equipamientos (el *socio tecnológico*).

Recursos humanos

El proyecto del *Expediente Profesional Electrónico (expediente-e)*, sigue siendo uno de los principales objetivos en este campo. El proceso de digitalización de méritos y documentos de los profesionales del sector sanitario público prevé que en un futuro estos no tendrán que entregar ningún tipo de documento en formato papel cuando participen en procesos de selección o provisión de empleo.

También se destacan diversas actuaciones para la prevención de riesgos laborales en el SERGAS.

Gestión económico-financiera

Se destaca la orientación de la gestión hacia la eficiencia energética y la sostenibilidad del medio ambiente, acometiéndose cinco grandes actuaciones, Planes integrales de eficiencia energética (PIEEs), buscando el ahorro y la reducción de emisiones de CO₂ en más del 40% y la potenciación del uso de energías renovables (biomasa).

Asistencia sanitaria en zonas limítrofes

Se señalan los convenios de actuación sanitaria entre Galicia y las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Asturias, el procedimiento conjunto establecido entre la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia (061) y Portugal para la atención de urgencias sanitarias en las zonas limítrofes.

1 Salud Pública

En el campo de la Salud Pública, en la Comunidad Autónoma de Galicia, las principales acciones llevadas a cabo en los años 2014-2015 se pueden clasificar y englobar en los siguientes programas:

1.1 Programa de estilos de vida saludables y educación para la salud

Se pone en marcha el Plan para la prevención de la obesidad infantil (Plan Xermola) con unas líneas de acción consensuadas entre los ámbitos académico y científico, empresarial, escolar, familiar y comunitario, y sanitario. Se elabora la guía para su implantación en el ámbito local.

Se desarrolla el proyecto de Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral (EVA-AL) y en el Ámbito de Atención Primaria (EVA-AP). Este último recibió el reconocimiento de Buena Práctica en el Sistema Nacional de Salud en el año 2014, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención.

Dentro del Plan general de prevención de la obesidad infantil se elabora la Guía de ayuda para programar los menús escolares, cuyo objetivo es brindar una serie de estrategias e iniciativas para optimizar la oferta alimentaria en la escuela.

Se realiza la validación en el *Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)* de las actividades de promoción de estilos de vida saludables propuestas por ayuntamientos, ONG etc.

Se desarrolla la plataforma *Xente con Vida*, proyecto de educación para la salud que utiliza nuevas tecnologías (webs, redes sociales, blogs, etc.). Esta plataforma introduce contenidos interesantes en cuestiones relacionadas con la alimentación y la actividad física y resuelve dudas de los usuarios.

Se editan y distribuyen materiales de fomento de estilos de vida saludable para las consultas de pediatría y medicina general de los centros de salud y hospitales (*Énchete de Saúde cos alimentos* y *Xenial. Estilos de Vida Saudables*) y para los centros escolares (salvamanteles para fomentar una alimentación saludable).

Dentro del Plan Proxecta, que es una iniciativa dirigida a fomentar la innovación educativa, se ponen en marcha tres proyectos: dos para promoción de la alimentación saludable a través de la adquisición de pautas de consumo responsable (*Xermolón*, para alumnado de Educación Secundaria Obligatoria y *Xermoliño*, para alumnado de Educación Primaria) y uno destinado a la concienciación del alumnado sobre la importancia de la calidad de la oferta alimentaria en la elaboración de los menús de los comedores escolares (*Cociñando con Saúde*, para alumnado de Centros de Formación Profesional).

Tabla 1-1 Estilos de vida activos en atención primaria, 2014 y 2015

	2014	2015
N.º de centros implicados	429	446
N.º de pacientes con registro de actividad física	131.830	173.285
N.º de pacientes con registro de comportamiento sedentario	57.551	84.308
N.º de pacientes con registro de problemas relacionados con la falta de ejercicio físico	3.424	4.353

Fuente: Datos de evaluación del programa *Estilos de Vida Activos en Atención Primaria (EVA-AP)*.

Tabla 1-2 Análisis del impacto del programa Xente con Vida, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹
Web y Blog: páginas vistas	215.342	120.760
Web y Blog: visitas	58.081	41.948
Web y Blog: votaciones	96	404
Blog: comentarios de personas usuarias	0	0
Web: comentarios de personas usuarias	0	13
Web: participaciones en encuestas	6.839	2.766
Facebook: consecución de fans	8.287	921
Facebook: páginas vistas	4.984.401	1.357.358
Facebook: interacción personas seguidoras	193.832	10.307
Twitter: personas seguidoras	154	31
Twitter: impresión mensajes	45.908	66.938
Twitter: interacción personas seguidoras	797	791
YouTube: reproducciones ²	7.153	3.620
YouTube: minutos de reproducción ²	18.995	9.924
YouTube: personas suscriptoras ²	81	84

Observaciones: ¹Por motivos de procedimientos económicos no se colgaron contenidos desde marzo a junio de 2015. ²El canal habilitado en *Youtube* comenzó a funcionar en el año 2014.

Fuente: Datos de evaluación del programa *Xente con Vida*.

1.2 Programa gallego de cribados

1.2.1 Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama - PGDPCM

Durante el período 2014/15, igual que en años anteriores, se realizan las actividades de gestión y de control del programa mediante una evaluación continua de la calidad a través de la monitorización de los indicadores de proceso y resultado, y su comparación con los estándares establecidos e incluidos en las guías europeas de referencia para el cribado. Se valoran también los indicadores predictores del impacto del programa a largo plazo: evaluación de los cánceres de intervalo (identificación, cuantificación y categorización clínica y radiológica para monitorizar los falsos negativos en cribado), comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama y supervivencia.

Se inició el proceso de mejora y modernización del sistema de información del programa: migración de las funcionalidades de SICMA (Sistema de Información del Cáncer de Mama), a SIDICM (Sistema de Información de Diagnóstico por Imagen de Cribado de Mama).

Se organizó la Reunión anual de la Red de Programas de Cribado del Cáncer en España, celebrada en Santiago de Compostela en junio de 2014.

Tabla 1-3 Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2014 y 2015

		2014	2015	Valor estándar	
Participación de las mujeres	N.º de mujeres invitadas	190.147	179.422		
	N.º de mujeres exploradas	155.337	143.363		
	Participación (%)	A Coruña	82,9	77,9	Aceptable: >70 Deseable: >75
		Lugo	81,8	85,7	
		Ourense	80,8	78,4	
		Pontevedra	80,3	81,0	
Total	81,7	79,9			
Derivación para valoración clínica adicional	Cribado inicial	Total	1.438	1.259	Aceptable: <7 Deseable: <5
		%	7,6	7,0	
	Sucesivos	Total	2.942	2.678	Aceptable: <5 Deseable: <3
		%	2,1	2,1	
	Inicial + sucesivos	Total	4.380	3.937	
		%	2,8	2,7	
Proporción de mujeres con tiempo entre exploración mamográfica y resultado de la lectura de la mamografía ≤10 días (%)		93,7	98,7	Aceptable: 90 Deseable: >90	
Proporción de mujeres con tiempo entre resultado de mamografía y cita en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) ≤ 21 días (%)		68,6	95,2	Aceptable: 90 Deseable: >90	
Fuente: Datos de evaluación del PGDPCM.					

Tabla 1-4 Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2012 y 2013

		2012	2013	Valor estándar
N.º de cánceres detectados		564	567	
Tasa de detección	Cribado inicial (%)	5,4	4,4	Aceptable: 4,2 Deseable: >4,2
	Sucesivos (%)	3,5	4,1	Aceptable: 2,1 Deseable: >2,1
	Inicial+sucesivos (%)	3,8	4,1	
Valor predictivo positivo de la mamografía de cribado	Cribado inicial (%)	8,0	6,0	
	Sucesivos (%)	16,7	17,8	
Proporción de tumores invasivos (%)		87,6	83,7	Aceptable: 90 Deseable: 80-90
Proporción de tumores detectados en estadios II y más	Cribado inicial (%)	40,0	30,0	Deseable: <30
	Sucesivos (%)	29,7	26,9	Aceptable: 25 Deseable: <25
Proporción de cánceres invasivos sin afectación ganglionar	Cribado inicial (%)	50,0	50,0	Deseable: >70
	Sucesivos (%)	59,4	60,3	Aceptable: 75 Deseable: >75
Proporción de cánceres invasivos de tamaño menor o igual a 10 mm	Cribado inicial (%)	29,4	30,9	Deseable: >=25
	Sucesivos (%)	36,2	39,2	Aceptable: >=25 Deseable: >=30
Proporción de mujeres con tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento ≤ 21 días (%)		30,6	33,1	Aceptable: 90 Deseable: >90
Proporción de mujeres con tiempo entre exploración mamográfica e inicio de tratamiento ≤ 60 días (%)		35,2	42,0	Aceptable: 90 Deseable: >90

Observaciones: 2012 y 2013 son los dos últimos años consolidados.

Fuente: Datos de evaluación del PGDPCM.

1.2.2 Programa de detección precoz del cáncer colorrectal

En estos dos años 2014-15, se consolida la extensión del Programa en la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Ferrol con invitación en segunda vuelta, y se inicia la invitación de la población diana en la EOXI de Ourense.

Colaboramos en el proyecto de investigación *EpoS (European Polyp Surveillance trial group)*, proyecto multicéntrico en el que participan varios países europeos con el objetivo de evaluar la mejor estrategia de seguimiento para personas con lesiones precursoras de cáncer colorrectal (adenomas).

Tabla 1-5 Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹	Referencia europea	
N.º de personas invitadas	16.210	48.726		
N.º de personas con test de sangre oculta en heces entregado	8.045	20.459		
Participación (%)	49,6	42,0		
Porcentaje de test SOH positivo	7,1	6,7	4,4-11,1	
N.º de personas con colonoscopia completa	758	1.277		
Detección de cáncer invasivo	Tasa detección cáncer invasivo (‰)	4,7	2,2	1,8-9,5
	Valor predictivo positivo para cáncer invasivo (%)	7,0	3,4	4,5-8,6
	Estadio I (% respecto del total)	44,7	43,8	
	Estadio II (% respecto del total)	25,0	12,6	
	Estadio III (% respecto del total)	21,4	34,3	
	Estadio IV (% respecto del total)	8,9	9,3	
Detección de adenomas	Tasa detección adenomas de alto riesgo (‰)	10,9	8,1	
	Tasa detección adenomas de riesgo intermedio (‰)	17,5	13,2	
	Tasa detección adenomas de riesgo bajo (‰)	13,5	10,7	
	Valor predictivo positivo para adenomas (%)	62,1	49,2	19,6-40,3

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales a fecha 05/04/2016.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal.

1.2.3 Programa de detección de la sordera en periodo neonatal y programa de detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal

La cobertura de ambos programas fue mayor del 99% de los nacidos en Galicia, realizando el control y seguimiento de los indicadores establecidos para el cumplimiento de los objetivos del programa.

Tabla 1-6 Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹	Valor estándar
N.º de niños y niñas recién nacidos participantes ²	19.285	19.155	
Tasa de participación (%)	99,6	99,7	Aceptable: > 95 Deseable: > 99
Tasa de derivación (%)	1,0	1,2	<4
Tasa de detección (‰)	0,88	0,70	
Proporción de niños y niñas con primera consulta en la unidad de diagnóstico a una edad inferior a 60 días (%)	90	89	< 60 días en el 95% de las niñas y niños derivados
Proporción de niños y niñas con inicio del tratamiento a una edad inferior a 6 meses (%)	60	100	< 6 meses en el 95% de las niñas y niños diagnosticados
N.º de pérdidas en derivación a diagnóstico	3	7	

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales. ² Los recién nacidos participantes se refiere a aquellos nacidos vivos en hospitales en los que está implantado el programa con la prueba realizada.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección de la sordera en período neonatal.

Tabla 1-7 Programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal, 2014 y 2015

		2014	2015 ¹	Valor estándar
Nº de niños y niñas recién nacidos participantes ²		19.613	19.383	
Tasa de participación (%)		99,9	99,9	Aceptable:98
N.º de primeras muestras no válidas	Sangre	791	778	
	Orina	213	149	
Indicador de primeras muestras válidas analizadas con resultado positivo (%)		5,4	5,2	
Tasa de detección (‰)		0,87	0,98	
Demora entre el nacimiento y la toma de la primera muestra de sangre y orina (media de días)	Sangre	3,4	3,3	Recoger las muestras al 3º día de vida
	Orina	4	4	
Demora entre la toma de la primera muestra y la fecha de entrada en laboratorio (media de días)		4,2	4,2	Entre 1-5 días
Demora entre la fecha de entrada en el laboratorio y la fecha de obtención del resultado (media de días)		3,1	2,3	< 4 días
Edad (media de días) a la detección (obtención de resultado)		11	10	

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales. ² Se considera *participante* aquella niña o niño nacido en el período estudiado en uno de los hospitales gallegos, y que tiene registrada una muestra válida analizada por lo menos para una de las patologías pertenecientes al programa. La población objetivo del programa son las niñas y niños recién nacidos de madre cuyo parto tuvo lugar en Galicia y se le oferta participar en el programa con entrega a los padres de la carpeta de salud infantil que incluye las instrucciones y el material necesario para ello.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección precoz de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal.

1.3 Programa gallego de vacunación

En los años 2014 y 2015 se realiza la gestión de la campaña de vacunación antigripal/antineumocócica.

Durante el año 2015, se actualiza el calendario de vacunación infantil del *Programa gallego de vacunación*, para adaptarse a los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial. A partir del 1 de abril de 2015 se incorporó al calendario de vacunación infantil la vacuna antineumocócica conjugada y se modificó la edad de administración de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) a los 12 años. Esta medida empezará a aplicarse el 1 de enero de 2016. Sin embargo, con el fin de garantizar el acceso a esta vacuna para las adolescentes gallegas que están en edades entre 12 y 14 años, se mantendrá también la vacunación a los 14 años durante 2016 y 2017.

Se proporcionó información al personal del sistema sanitario sobre la adaptación temporal del calendario de vacunaciones infantiles derivada del problema de suministro a nivel mundial de las vacunas con componente pertúsico, sobre las vacunas disponibles para su uso en el calendario sistemático de vacunaciones y sobre la utilización de la vacuna antimeningocócica B.

Se pone en marcha asimismo el programa de vacunación en mujeres embarazadas frente a la tosferina.

Se diseña y elabora una web temática de gripe <http://gripe.sergas.es/?idioma=es>.

Tabla 1-8 Porcentaje de cobertura de vacunación antigripal, temporada 2014-15 y 2015-16

	Temporada 2014-2015	Temporada 2015-2016
Adultos ≥ 65 años (%)	52,2	54,0
Personal sanitario (%)	18,3	23,7

Fuente: Registro del Programa gallego de vacunación (RVACU).

Tabla 1-9 Porcentaje de coberturas de vacunación, 2014 y 2015

		2014	2015
Primovacunación	Poliomielitis	96,7	96,5
	DTPa	96,7	96,5
	Hib	96,7	96,5
	Hepatitis B	90,9	95,6
	Meningitis C	97,8	98,5
	Triple vírica	96,8	97,8
	Neumocócica conjugada	99,1	96,4
Vacunación de refuerzo (hasta 3 años)	Poliomielitis	92,6	97,8
	DTPa	92,6	97,8
	Hib	92,6	97,8
	Meningitis C	96,2	97,5
	Triple vírica	90,8	92,3
	Neumocócica conjugada	93,0	99,1
Refuerzo 6 años	dTpa	93,7	34,2 ¹
Vacunación de adolescentes	Td	90,2	91,9
	VPH (2 dosis, solo niñas)	74,4	79,3
	Meningitis C	.. ²	84,2
	Varicela (solo susceptibles)	10,9	12,8

Observaciones: ¹Por dificultades en cuanto al suministro de vacuna dTpa por parte de los laboratorios, se tuvo que realizar una adaptación temporal del calendario en mayo de 2015, de modo que se suspendió temporalmente la dosis de recuerdo con dTpa de los 6 años desde ese momento. ² La vacunación frente a la meningitis C en adolescentes comenzó en 2014.

Fuente: Registro del Programa gallego de vacunación (RVACU).

2 Asistencia sanitaria

2.1 Robotización de la distribución y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario

Este proyecto se enmarca dentro de la apuesta actual por la innovación asistencial y la implantación de las nuevas tecnologías con el fin de conseguir una mejora de los servicios. Consiste en la implantación de un sistema automatizado de logística y gestión de fármacos que redunde en la mejora de la fiabilidad de los servicios sanitarios y garantiza una mayor seguridad al paciente. Es un sistema de gestión avanzado para el control y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario, que consigue de esta forma la trazabilidad completa del medicamento desde su recepción en el servicio de farmacia hasta la administración o dispensación al paciente, permitiendo un seguimiento en tiempo real de su circuito en el flujo hospitalario.

Así pues, los objetivos que el SERGAS pretende conseguir con este proyecto son aumentar la seguridad en la atención al paciente, el control y la dispensación de medicamentos, minimizando los errores en su administración. Se pretende integrar este sistema de identificación y control con el resto de sistemas de información hospitalaria y gestión automática de los stocks de la farmacia con mayor precisión.

Este sistema se ha puesto en marcha en los siguientes servicios y hospitales:

- Servicio de farmacia y las plantas de nefrología, cirugía general y pacientes externos del Hospital Universitario de Ourense.
- Servicio de farmacia y en las plantas de cardiología, oncología y pacientes externos del Hospital Universitario A Coruña.

2.2 Punto de atención diagnóstico-terapéutico móvil

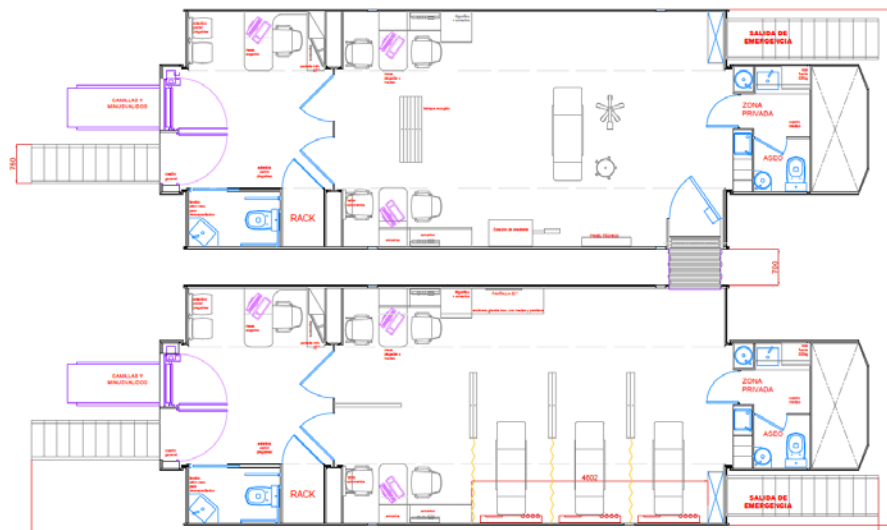
El Servicio Gallego de Salud ha impulsado una solución innovadora basada en un nuevo modelo asistencial que permite cubrir las necesidades sanitarias de poblaciones geográficamente apartadas del hospital de referencia y reforzar otros centros sanitarios en situaciones de contingencia, emergencia o estacionales, en las que se requieran recursos sanitarios extras. En este sentido, es de sobra conocida la dispersión de los núcleos de población en Galicia, que obliga a una continua innovación en la gestión asistencial para conseguir incrementar la accesibilidad y cercanía de todas las prestaciones a que tienen derecho todos los gallegos.

Se han adquirido para ello dos puntos de atención móvil compuestos cada uno de ellos por un remolque de casi 14 metros de largo por 4,7 metros de ancho, distribuidos en una zona de recepción, dos consultas (médico y enfermera) separadas por un tabique móvil, 2 aseos y un office.

Estos dispositivos disponen de todo el equipamiento necesario para ser utilizados como centro de salud, para la realización de procedimientos diagnósticos y cirugía menor en el ámbito de Atención Primaria, y para formación tanto a pacientes como profesionales.

También se pueden utilizar, aprovechando su escalabilidad horizontal y versatilidad, los dos dispositivos conectados en paralelo para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), adoptando en este caso uno de ellos la funcionalidad de un quirófano y el otro una sala de adecuación al medio.

Figura 2-1 Plano de los Puntos de Atención Diagnóstico-Terapéuticos Móviles



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria

Estas unidades han sido usadas hasta ahora en modo CMA por los servicios de dermatología, cirugía general, traumatología, urología, cirugía vascular y anestesiología del hospital universitario de Ourense, y en modo centro de salud por profesionales de atención primaria de la misma provincia.

Los resultados obtenidos a través de encuestas de satisfacción a pacientes y profesionales en ambos casos, han sido muy satisfactorios.

2.3 Teleseguimiento en el hogar de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC, tras el alta hospitalaria

Esta línea de trabajo, denominada *Fogar Dixital*, se encuadra dentro del proyecto de InnovaSaúde de utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la asistencia sanitaria diaria.

Entre los años 2014 y 2015 se ha llevado a cabo un estudio con 380 pacientes diagnosticados de EPOC, tras ser dados de alta hospitalaria por exacerbación de su enfermedad. En ellos se realizó un seguimiento a través de telemonitorización con dispositivos móviles de comunicación (*tablets*), registro de biomedidas (pulsioxímetro), de síntomas clínicos (cuestionario) y videoconferencia. Se realizó durante un año en tres fases de intervención divididas según el nivel de intensidad de la asistencia (telemonitorización alta, media o baja), y con una duración específica para cada nivel (10 días, 40 días y hasta completar un año).

Participaron todos los servicios de neumología de los hospitales gallegos, 2 enfermeras gestoras de casos, y 7 enfermeras de atención primaria. Se contó con la colaboración de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria y de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Los objetivos de este proyecto son analizar el impacto de la telemonitorización sobre el número de reingresos, asistencia a urgencias y consultas de atención primaria de los casos estudiados en comparación con un grupo control, y de acuerdo a los resultados obtenidos plantear la posibilidad de incluirlo dentro de la cartera de servicios del SERGAS a través de la historia clínica electrónica.

Tabla 2-1 Resultados del pilotaje del teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC. Proyecto Fogar Dixital. 2014 y 2015

Número de reingresos		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	76	35
Nivel bajo de telemonitorización	69	181
Total	145	216
Número de consultas en urgencias		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	37	19
Nivel bajo de telemonitorización	65	162
Total	102	181
Número de consultas en atención primaria		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	1.044	607
Nivel bajo de telemonitorización	1.891	3.051
Total	2.935	3.685

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Para los tres objetivos planteados en el estudio se observan mejores datos en los controles que en los casos. En definitiva, disminuye la tasa de reingresos de pacientes, mejora la gestión de la consulta, evita desplazamientos innecesarios de los pacientes al centro asistencial, mejora la continuidad de cuidados y evita potenciales complicaciones tras el alta.

2.4 Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia

Dadas las peculiares características de la población en nuestra Comunidad Autónoma (dispersión geográfica, envejecimiento de la población, etc.), se decidió la puesta en marcha para los profesionales de atención primaria de la consulta telefónica de forma organizada y con las mismas características que la atención presencial.

En el año 2013 se comenzó con la consulta telefónica para el médico de familia. Un año más tarde, en 2014, se extendió a la consulta de pediatría, enfermería, matrona, odontología, higienistas dentales, y trabajo social. En enero de 2016 se ha incorporado la consulta telefónica para los farmacéuticos de atención primaria.

Durante el año 2015 se registraron 477.200 citas telefónicas más para el facultativo médico que en los dos años anteriores juntos, resultado que refleja claramente que se trata de una

prestación plenamente aceptada por la población. Han sido resueltas a través de este medio el 99,8% de las citas telefónicas correspondientes al año 2015 sin necesidad de que el paciente acudiese a su centro de atención primaria (lo que significó más de 3.000.000 de desplazamientos evitados).

Tabla 2-2 Evolución del programa de consultas telefónicas, 2013-2015

Año	Número de citas para consultas telefónicas	
	2013-2014	2015
Médicos	1.002.134	1.479.334
Resto profesionales	141.440	386.706
Total	3.009.614	

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.5 Plan de continuidad de cuidados del Servicio Gallego de Salud: *CONECTA 72*

Con esta nueva modalidad de atención sanitaria no presencial se pretende mejorar la continuidad de los cuidados en los pacientes que reciben el alta hospitalaria en la red del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Este proyecto consiste en la realización de una consulta telefónica, que se registra de forma automatizada en la agenda de la enfermera de atención primaria, durante las primeras 72 horas después del alta del paciente, con el objetivo de detectar precozmente complicaciones o problemas y comprobar que el paciente ha comprendido todas las explicaciones y recomendaciones que recibió durante el período del ingreso hospitalario.

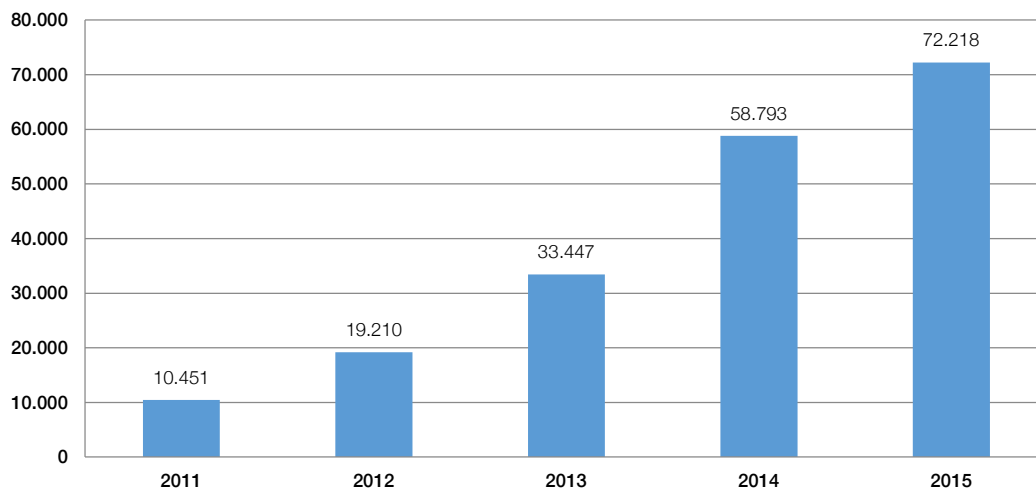
En cuanto a los resultados de este programa, el 98,2% de todas las altas hospitalarias del SERGAS se han registrado con éxito de forma automática en la agenda de la enfermera. Además, se ha conseguido contactar con el 85,4% de los pacientes, lo que supone que más de 129.000 pacientes se han beneficiado de este programa.

2.6 Programa e-consulta

Dentro de la mejora de resolución en el nivel asistencial de atención primaria y en la misma línea de la estrategia de la atención no presencial, el SERGAS ha puesto en marcha la e-consulta que posibilita un canal de comunicación directa entre este nivel y la atención hospitalaria.

El número de interconsultas a través de la e-consulta ha ido incrementándose progresivamente desde su comienzo en el año 2011, pasando de 10.451 a las 72.218 del año 2015. Las especialidades médicas especialmente beneficiadas de esta actuación han sido cardiología, endocrinología y dermatología.

Gráfico 2-1 Evolución del programa e-consulta, 2011-2015



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.7 IANUS-HCEPRO: la historia clínica por procesos

Optimizar los sistemas de información para su evolución y adaptación a las nuevas necesidades es un reto irrenunciable. La orientación hacia el paciente crónico y la estratificación de riesgos del paciente son una prioridad. La historia clínica electrónica en Galicia (IANUS) pretende avanzar a través de *IANUS-HCEPRO* hacia un nuevo sistema que tenga al problema de salud del paciente como columna vertebral del mismo, y dirigido fundamentalmente al seguimiento de pacientes crónicos y pluripatológicos. En este nuevo sistema se encuentra integrado cada Proceso Asistencial Integrado (PAI) previamente definido, lo que facilita al profesional la actuación clínica específica en función de la patología que se está tratando.

2.8 Plataforma *É-Saúde*

La plataforma *É-Saúde* tiene como objetivo facilitar el acceso a la información y comunicación con las personas. Lo que se pretende es simplificar el acceso a todos los servicios existentes y a toda la información de salud disponible, para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en cuanto a la mejora de su propia salud.

Desde la plataforma *É-Saúde* el ciudadano podrá:

- Acceder desde su dispositivo móvil a los informes de su historia clínica electrónica en el Servicio Gallego de Salud y en el Sistema Nacional de Salud.
- Disponer de una extensa y rigurosa biblioteca sanitaria *online*.
- Consultar documentación sanitaria de su interés que cuente con el aval de profesionales del SERGAS.
- Acceder a toda la formación *online* y/o presencial de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.

- Realizar los trámites *online* que ya están a día de hoy a su disposición en la página web del SERGAS.
- Consultar los recursos disponibles (geolocalización de los centros sanitarios, Puntos de Atención Continuada (PACs), oficinas de farmacia, etc.).

Se ha puesto especial énfasis en las condiciones de seguridad de acceso a la plataforma, cumpliendo todas las garantías contempladas en la normativa legal de aplicación.

El proyecto ha sido pilotado inicialmente en noviembre de 2015 con 200 usuarios controlados y en marzo de 2016 a través de los cupos de dos profesionales del centro de salud Fontenla Maristany de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Ferrol, con unos excelentes resultados, siendo las funcionalidades más utilizadas por los usuarios aquellas que ofrecen información personalizada sobre su salud. Su extensión a la totalidad de la población gallega, que se está planificando de manera escalonada en las siete EOXI del SERGAS, está previsto que finalice entre junio y septiembre de 2016.

2.9 Programa *Infección ZERO* en unidades de cuidados críticos

Las bacteriemias relacionadas con Catéteres Venosos Centrales (CVC) y las neumonías relacionadas con la Ventilación Mecánica (VM) son algunos de los problemas y complicaciones de la atención sanitaria que surgen en las unidades de cuidados críticos. España fue el primer país en sumarse a estas iniciativas, donde Galicia participa en *Bacteriemia Zero* desde el año 2009 y *Neumonía Zero* desde el año 2011.

Los tres programas están ampliamente extendidos en esta comunidad autónoma, participando activamente la mayor parte de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), reanimación y unidades de cuidados coronarios. Con la implantación de estos programas, se está consiguiendo reducir de forma importante las infecciones graves en las unidades de cuidados críticos del SERGAS.

Tabla 2-3 Resultados del Programa *Bacteriemia Zero* y *Neumonía Zero* en las unidades de cuidados críticos del SERGAS. Densidad de Incidencia, 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Acumulado post-intervención ‰
DI bacteriemia primaria y secundaria asociada a CVC (‰)	4,1*	3,4	2,3	2,6	2,4	2,4	2,1	2,3	2,4
Días de CVC controlados	3.898	13.345	22.722	33.594	36.289	34.620	41.222	45.129	
DI neumonía asociada a VM (‰)	18,4*	10,8*	9,9*	8,5	5,9	4,7	6,0	4,7	5,8
Días de VM controlados	3.211	6.123	14.454	22.314	29.762	27.665	30.227	31.964	

Observaciones: DI-Densidad de Incidencia (casos por mil días de factor de riesgo). * Datos tomados del estudio ENVIN previos a la implantación de la intervención.

Fuente: Datos aplicativo registro ENVIN-HELICS.

Tabla 2-4 Resultados del Programa Resistencia Zero en unidades de cuidados críticos del SERGAS, 2015

RZ	Pacientes BMR	Pacientes ingresados controlados	Días estancias	Días ATB	Días BMR	Días aislamiento	% Pacientes BMR
SERGAS	242	8.605	43.336	28.588	2.943	11.874	2,81

Observaciones: RZ-Resistencia Zero, BMR-Bacterias Multirresistentes, ATB-Antibioterapia.

Fuente: Datos aplicativo registro ENVIN-HELICS.

Los objetivos propuestos para estos programas se incluyeron dentro de los acuerdos de gestión con las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada del SERGAS para el ejercicio 2015 en sus respectivas unidades de cuidados críticos de adultos, y son los siguientes:

- Densidad de Incidencia (DI) de bacteriemia primaria y secundaria asociada a Catéter Venoso Central (CVC) inferior a 4 casos por 1.000 días de CVC.
- Densidad de Incidencia de neumonía asociada a VM inferior a 9 casos por 1000 días de VM.
- Mantener un porcentaje de pacientes con infección por Bacterias Multirresistentes (BMR) inferior a 4%.

2.10 Estrategia integral del dolor

Con esta estrategia, Galicia pretende mejorar el abordaje del paciente con dolor en los centros asistenciales del SERGAS tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. Los resultados conseguidos en su implantación a lo largo del año 2015 expresan la consecución de los objetivos: para el centro hospitalario, que el porcentaje de pacientes con valoración del dolor como quinta constante en la gráfica sea $\geq 80\%$ de los pacientes ingresados; y para atención primaria, tener implantado el procedimiento de atención al paciente con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en al menos el 40% de los servicios de atención primaria de cada EOXI.

Tabla 2-5 Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en centros hospitalarios del SERGAS, 2015

Total pacientes ingresados acumulado	262.010
Total pacientes valorados en gráfica acumulado	226.543
Total pacientes valorados en gráfica con dolor	86.191
Total (%) de pacientes con valoración del dolor en la gráfica	86,5
Objetivo de la Estrategia Integral del Dolor (%)	≥ 80

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Tabla 2-6 Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en servicios de atención primaria, 2015

Total Servicios Atención Primaria (SAP)	140
Número de SAP para implantar la estrategia y conseguir el objetivo asistencial	56
Número de SAP que han cumplido el requisito de > 40 diagnósticos de DCNO	83
Porcentaje de SAP que cumplen requisito (%)	59,3
Objetivo de la <i>Estrategia Integral del Dolor</i> (%)	≥ 40

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

A lo largo del año 2016 se consolidarán las líneas principales de actuación de la Estrategia Integral del Dolor en Galicia a través de los siguientes objetivos:

- Implantar el procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico en el 60% de los centros de atención primaria del SERGAS.
- Pilotaje del registro de dolor en la historia clínica electrónica, para garantizar la continuidad asistencial, mejorar la comunicación interniveles y prevenir eventos adversos.
- El paciente con dolor en edad pediátrica: diseño e implementación del Plan de formación/información en dolor infantil dirigido a profesionales/pacientes, familias, ciudadanos, etc.

2.11 Proyecto Có-digo Amable

El proyecto *Có-digo Amable* forma parte de un total de 12 proyectos innovadores de carácter transversal englobados en un proyecto financiado con Fondos FEDER.

Las actuaciones de implantación y evaluación se llevaron a cabo a lo largo del año 2015. Se aplica la metodología *Lean Health Care*, apoyada en herramientas cualitativas para facilitar el encuentro entre pacientes, profesionales y directivos para incorporar a la gestión factores que provienen de la experiencia de los ciudadanos y pacientes.

Se diseñó el flujograma de recorrido del paciente, los grupos focales y se recogió información y se señalaron los desperdicios, para realizar un nuevo flujograma recogiendo iniciativas, propuestas e ideas de todos los participantes en el proyecto.

Finalmente se elaboró un manual que permita evaluar y gestionar el cambio en función de las expectativas de los pacientes y familiares.

Figura 2-2 Líneas estratégicas sobre las que versa el Proyecto Código Amable



De este proyecto se espera un impacto positivo tanto en la organización (prestigio, compromiso de la calidad), como en los profesionales (mejora de la relación médico-paciente, mejor desarrollo del proceso asistencial), y para los ciudadanos y pacientes (minimización de las barreras de accesibilidad y comunicación, mejora de la confianza en la institución y los profesionales, mejora de la calidad percibida).

2.12 Programa de atención a pacientes polimedicados

Una de las consecuencias inmediatas del progresivo envejecimiento de la población es el incremento en el número de pacientes con múltiples enfermedades crónicas y el aumento de la utilización de los servicios sanitarios. Esta situación es particularmente importante en Galicia, pues el 23,6% de la población gallega corresponde a personas mayores de 65 años.

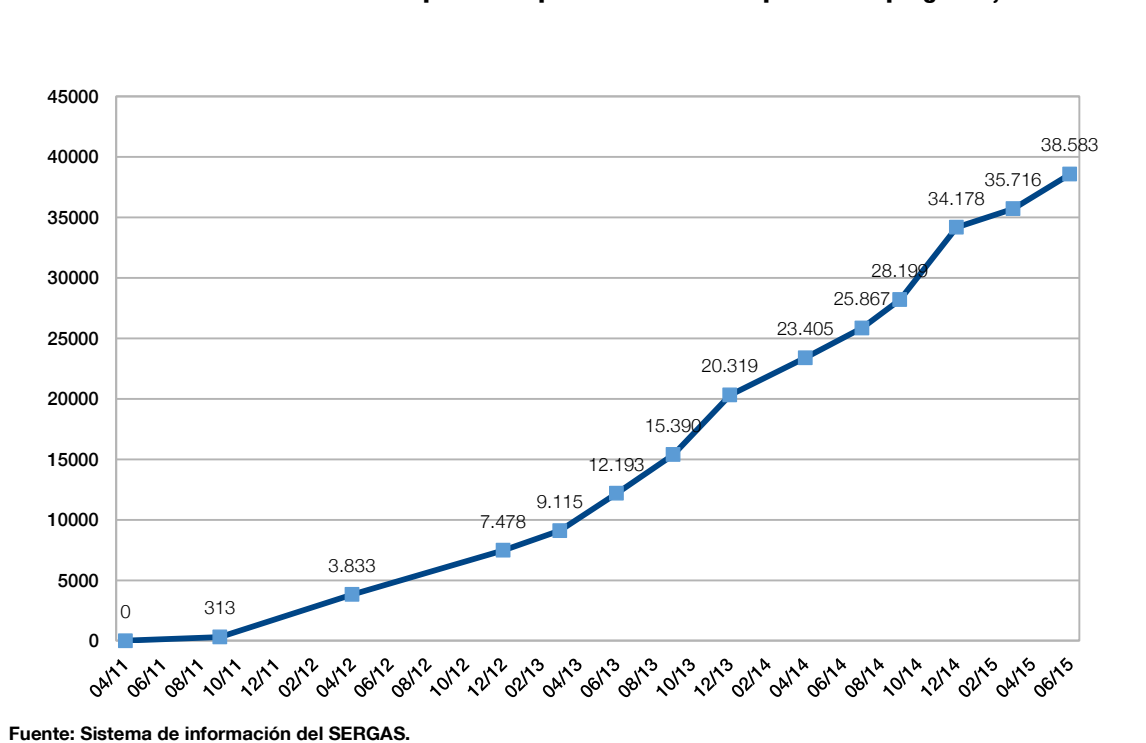
La finalidad del Programa de Atención a Pacientes Crónicos y Polimedicados en Galicia es mejorar la calidad, la seguridad asistencial y la prestación farmacéutica a este tipo de pacientes mediante el asesoramiento en el uso de fármacos, educación sanitaria y la idónea colaboración entre los profesionales sanitarios.

El programa tuvo como población diana, en una primera fase, los pacientes crónicos y polimedicados, que tomaban más de 15 medicamentos durante un período igual o superior a 6 meses. Conforme avanza el programa, se contempla la revisión de pacientes con un menor número de medicamentos.

La intervención consiste básicamente en lo siguiente: el farmacéutico de atención primaria revisa el historial farmacoterapéutico de cada paciente que cumple los criterios citados. A través de un informe individualizado formula una propuesta de intervención para cada paciente. La enfermera de atención primaria se centra en la educación sanitaria, mejora de la adherencia al tratamiento, detección de reacciones adversas y seguimiento posterior de los pacientes incluidos en el programa. Por su parte, el médico de atención primaria, observando las propuestas

realizadas por el farmacéutico de atención primaria y el personal de enfermería evalúa las prescripciones del paciente y actúa en consecuencia.

Gráfico 2-2 Evolución del número de pacientes polimedcados incorporados al programa, 2011-2015



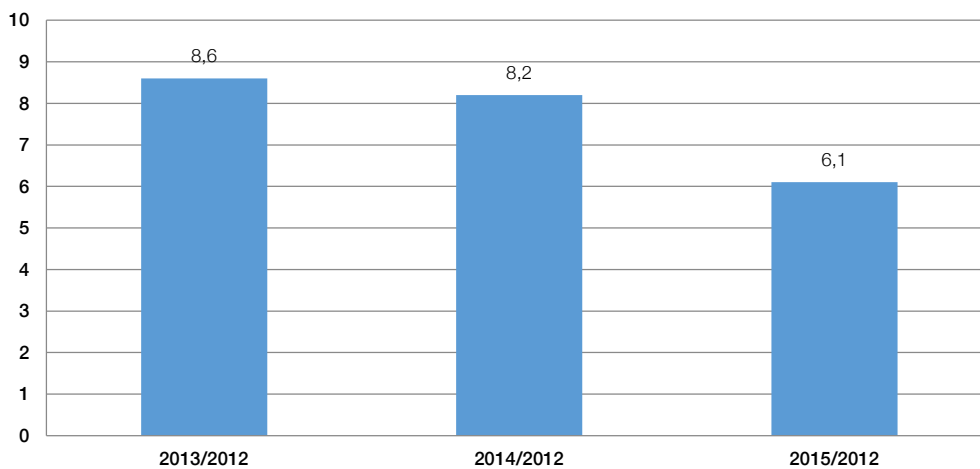
2.13 Procesos Asistenciales Integrados-PAI

2.13.1 Procesos oncológicos

El abordaje de la prevención, el diagnóstico y tratamiento del cáncer exige no solo buenos profesionales sino también una organización de las actividades que permitan un abordaje multidisciplinar coordinado y sin rupturas en la continuidad asistencial.

La aplicación de la metodología de los procesos supone una garantía para disminuir la variabilidad clínica y asegurar la equidad del acceso. Con esta filosofía se han desarrollado en Galicia los siguientes PAIs con sus correspondientes vías rápidas asociadas: cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer de próstata; a través de las cuales se constata la prioridad en su ejecución, pasando de 8,6 días de tiempo medio de espera en 2013 a 6,1 días en 2015 (lo que supone una reducción del tiempo medio de espera en más de un 29%).

Gráfico 2-3 Evolución del tiempo medio de espera en días, en las vías rápidas de cáncer, 2012-2015



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.13.2 Procesos asistenciales específicos para patologías crónicas prevalentes

En esta línea, se han definido e implantado los PAI de diabetes, EPOC y para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), entre otros.

2.14 Protocolos y guías

2.14.1 Protocolo de CHAGAS

Sin ser un problema de salud con la relevancia que tiene en otras comunidades autónomas del país, el SERGAS, en consonancia con las políticas del Sistema Nacional de Salud tiene que tener prevista en su cartera de servicios el abordaje de esta enfermedad.

La detección de anticuerpos anti *Trypanosoma cruzi* en gestantes de riesgo constituye una actividad importante para la promoción de la salud de las mujeres y de sus familias. Esta prueba está disponible y debe ser ofertada a todas las mujeres embarazadas con factores riesgo que sean atendidas en nuestro Sistema Público de Salud, así como el cribado al resto de descendencia y familiares susceptibles de estar infectados por el T. cruzi.

2.14.2 Guía asistencial para el abordaje del ICTUS: Código Ictus y Teleasistencia

En la Estrategia SERGAS 2020 es prioritario el desarrollo e implantación de esta Guía, cuyos objetivos son: informar a la población sobre los síntomas más característicos del ictus, coordinar la actuación de los profesionales para reducir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso al diagnóstico y tratamiento especializado, formar al personal que atiende los teléfonos de emergencia, protocolizar el traslado y los cuidados de los pacientes hasta la confirmación diagnóstica, protocolizar la atención intrahospitalaria, incrementar el número de pacientes que puedan acceder a una técnica confirmatoria rápida y puedan entrar en tratamiento de trombolisis, implementación de la asistencia monitorizada por video-conferencia en hospitales comarcales (teleictus), disponer de información fiable para evaluar la eficacia del proceso, y rescatar y seleccionar pacientes para otras opciones terapéuticas complejas en hospitales de tercer nivel.

2.14.3 Protocolo para la constitución de consultas de alto riesgo de cáncer hereditario y asesoramiento genético

En fase de próxima presentación se ha protocolizado la realización de tests genéticos, dentro de un contexto global de consejo genético y consentimiento informado, a familias consideradas de alto riesgo. Inicialmente este protocolo se referirá al cáncer de mama, ovario y colon.

2.14.4 Guía técnica para el abordaje de la disfunción del suelo pélvico

Se trata de una referencia para el cuidado y las posibles intervenciones que desde el ámbito de atención primaria se pueda dar a este problema así como establecer los criterios de derivación a otros servicios asistenciales y hospitalarios.

2.15 Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud

Durante el año 2015 se constituyó la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (Decreto 112/2015, de 31 de julio; DOG núm. 157 de 19 de agosto de 2015), y su puesta en marcha tendrá lugar en el primer trimestre del 2016. Nace como entidad pública gallega creada con vocación de convertirse en el elemento nucleador del ecosistema de conocimiento e innovación en salud en la Comunidad Autónoma. Responde a los siguientes fines generales:

- Realizar la gestión de la formación continua de los profesionales del Sistema público de salud de Galicia.
- Fomentar la investigación en las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud, coordinando las actividades y proporcionando valor a los resultados de la misma.

- Impulsar y coordinar las actividades que en materia de innovación se están desarrollando en la Consellería de Sanidad, en el Servicio Gallego de Salud y en las entidades adscritas y vinculadas.

2.16 Creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos

La creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos (Decreto 142/2015, del 17 de septiembre; DOG núm. 1797, de 15 de octubre de 2015) responde a los siguientes fines generales:

- Garantizar el abastecimiento de sangre y de sus derivados a los proveedores de servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, según los estándares de calidad vigentes y la legislación de aplicación.
- Coordinar la donación, los trasplantes de órganos y el implante de células y tejidos, velando por el cumplimiento de los estándares de calidad y la legislación de aplicación.
- Asumir la organización y garantizar la disponibilidad de muestras de máxima calidad de células y tejidos.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Obras, reformas y equipamientos

3.1.1 Hospitales

En el periodo 2013-2015 se llevaron a cabo inversiones en la mayoría de los centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud, destacando entre otras, la finalización en 2015 de la construcción del nuevo Hospital de Vigo Álvaro Cunqueiro con una inversión de 253.600.000 euros (obra y mobiliario) o la reforma integral del Laboratorio de Salud Pública de Lugo. A lo largo de 2016 finalizarán obras de gran calado como la fase II del Plan Director del Complejo Hospitalario de A Coruña, la fase I del Plan Director H2050 del Complejo Hospitalario de Ourense, y la ampliación y reforma del Hospital del Salnés.

La inversión en equipamientos hospitalarios alcanzó en el periodo aludido la cifra de 306.856.000 euros, de los cuales más de 7 millones de euros fueron para el Hospital Álvaro Cunqueiro, a los que habrá que añadir 9,59 millones de euros más en el año 2016.

3.1.2 Atención Primaria

Entre los años 2013 y 2015 se construyeron 8 nuevos centros de salud y en los próximos meses está previsto que finalicen las obras de otros 10. Todo ello con una inversión de 38,8 millones de euros.

3.2 Alta tecnología

El sector de la salud se caracteriza por la rapidez en los avances tecnológicos, lo que repercute de forma importante tanto desde un punto de vista asistencial como de su impacto económico en el presupuesto del SERGAS. Por otro lado, las instalaciones de alta tecnología presentan un elevado grado de obsolescencia así como importantes dificultades en su explotación, actualización y mantenimiento.

Dada la asimetría de conocimiento que existe en la gestión de las instalaciones de alta tecnología, se han buscado nuevas fórmulas para acometer la renovación y actualización de la tecnología sanitaria en Galicia. Así, en el año 2015 ha comenzado a funcionar una nueva fórmula de gestión para la tecnología de imagen, radioterapia e intervencionismo: el *socio tecnológico*. Para la elección de los socios tecnológicos se utiliza la fórmula del diálogo competitivo, que permite acceder a las soluciones idóneas en función de la demanda para el periodo marcado.

Tabla 3-1 Resumen de actuaciones realizadas a través de la fórmula de gestión *socio tecnológico*, 2015

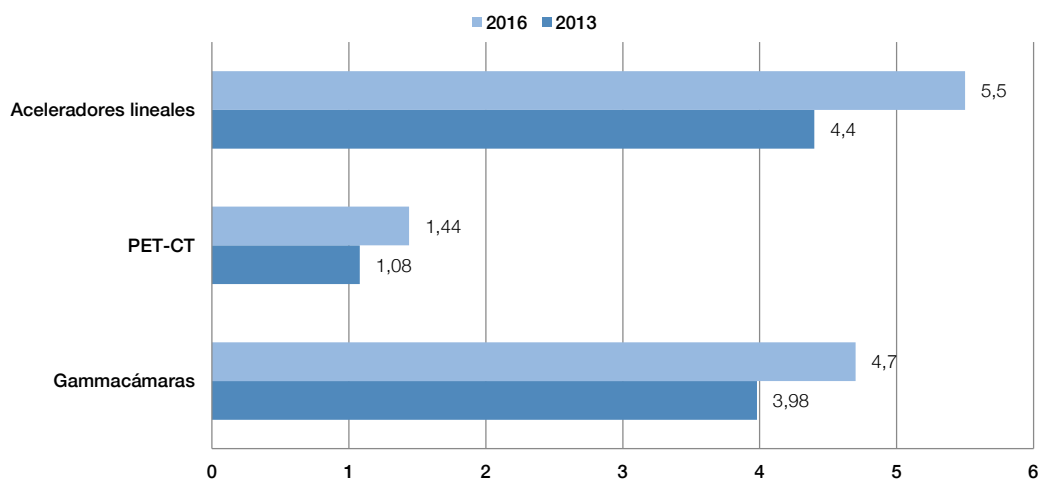
Lote 1	Diagnóstico por Imagen y Medicina Nuclear Presupuesto: 40 millones de euros Adquisición de 8 TC multicorte, 2 TC para simulación RT, 7 RM, 2 PET/CT, 4 gamma cámaras y otras tecnologías (vascular, mamógrafos, RX). Actualización de los equipos existentes
Lote 2	Intervencionismo guiado por imagen Presupuesto: 4,5 millones de euros Adquisición de 2 salas de hemodinámica, 2 unidades de electrofisiología Actualización de los equipos existentes
Lote 3	Oncología Radioterápica Presupuesto: 25,4 millones de euros Adquisición de 10 aceleradores lineales Actualización de los equipos existentes

Observaciones: TC=Tomografía Computerizada, RT=Radioterapia, RM=Resonancia Magnética, PET/CT=Tomografía por Emisión de Positrones/Tomografía Computerizada.

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Con la ejecución del contrato *socio tecnológico*, que contó también con la colaboración de la Fundación Amancio Ortega, se consigue dar un gran salto cualitativo y cuantitativo, consiguiendo mejorar los indicadores de equipamiento preexistentes: un 25% en las dotaciones de aceleradores lineales, un 33,3 % en equipos PET-CT y un 18 % en gamma-cámaras.

Gráfico 3-1 Evolución de la ratio de los equipos de alta tecnología por millón de habitantes en Galicia, 2013-2016



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

4 Recursos humanos

4.1 Expediente profesional electrónico - *expediente-e*

En el año 2011 el Servicio Gallego de Salud puso en funcionamiento el expediente profesional electrónico (*expediente-e*). Se trata de una herramienta de gestión de la información curricular y un punto de encuentro entre la Administración y los profesionales del sector sanitario público en Galicia. A través del *expediente-e* se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema y supuso grandes ventajas como son la explotación de la información contenida de méritos y requisitos de participantes en procesos, la automatización de resultados de baremación, la simplificación y agilidad en los procesos, transparencia, interacción en procesos administrativos, etc.

A lo largo de los años 2014 y 2015 se inició el proyecto de digitalización de los documentos acreditativos de requisitos y méritos de los profesionales. Las ventajas que aporta, tanto a los profesionales como a la propia Administración, son:

1. Transparencia: los documentos acreditativos de requisitos y méritos son inmediatamente visibles para cualquier usuario del sistema.
2. Localización exacta e inmediata de la documentación. No es necesario acudir al archivo para validar un mérito o para revisar dicha documentación.
3. Seguridad. Se reduce la posibilidad de extravío del *expediente-e*.
4. Ahorro de tiempo, medios y espacio.
5. Se facilita la tramitación de reclamaciones y recursos administrativos en los procesos de selección y provisión.

Como en este momento el volumen de aspirantes en procesos abiertos es muy elevado, se está priorizando la digitalización por categorías y/o procesos. Sin embargo, el objetivo a medio plazo, es conseguir la digitalización del 100% de todos los expedientes aportados por los profesionales. De esta manera, se prevé que en un futuro los profesionales interesados en participar en cualquier proceso de selección o provisión no tengan que entregar ningún tipo de documento en formato papel.

4.2 Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS

4.2.1 Aplicativos informáticos de gestión de la prevención

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud han desarrollado una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia, poniendo a disposición del personal la posibilidad de solicitar telemáticamente la realización de su reconocimiento médico laboral. Los profesionales interesados en realizar el examen de salud pueden inscribirse a través del formulario disponible en el *Portal del Empleado*.

Los resultados correspondientes a la vigilancia de la salud, quedan registrados en un aplicativo que favorece la integración de la prevención en el sistema de gestión de la organización.

Además, se ha desarrollado e implantado una nueva aplicación de comunicación *online*, con el objeto de homogeneizar criterios en todos los centros del SERGAS para la comunicación interna de los accidentes e incidentes de trabajo. Intervienen en su gestión la Dirección de recursos humanos, mandos intermedios, representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, coordinadores de violencia de origen externa, y los profesionales técnicos y sanitarios de las unidades de prevención de riesgos laborales.

Estas actuaciones reflejan el impulso que se pretende dar a la integración de la prevención de riesgos laborales en el sistema de gestión de la organización.

4.2.2 Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo

Con el apoyo de la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), se ofrece a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa *online* en materia de prevención orientada a los riesgos concretos que pueden estar presentes en su lugar y/o puesto de trabajo y las medidas preventivas o de protección que deben seguirse.

Esta formación se imparte mediante pequeñas unidades de información independientes, denominadas *píldoras formativas o learning-coffee*, que incluyen contenidos de prevención de riesgos laborales con materiales gráficos y multimedia a través de módulos estructurados para conseguir el máximo rendimiento pedagógico utilizando las últimas herramientas tecnológicas. Esta metodología de formación permite facilitar el acceso de los profesionales a la misma y hace que su aprendizaje sea más fluido y dinámico.

De este modo, y en el marco de los objetivos de la modernización en la gestión de recursos humanos y de avance continuo en la seguridad y salud, en años anteriores se dio respuesta a las necesidades de formación en materia de prevención a profesionales.

Las diferentes actividades formativas se configuran en base a las 32 unidades formativas elaboradas a tal fin, correspondiendo a los riesgos evaluados de los puestos de trabajo. Por estas vías se formaron 5.725 profesionales.

4.2.3 Actuaciones en materia de violencia laboral

La violencia en el lugar de trabajo constituye una clara y grave amenaza contra la eficacia de las organizaciones. En el sector sanitario, las relaciones entre el personal que trabaja en los centros sanitarios y los usuarios, pacientes, familiares o acompañantes de los mismos, pueden desembocar en situaciones conflictivas de diversa etiología.

El Servicio Gallego de Salud implantó los planes específicos para la Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo (PEVE), en el que se establecen las medidas concretas y adaptadas a las principales características de cada institución sanitaria, a partir de un consenso previo en cuanto a los criterios básicos de actuación para crear una cultura de responsabilidad colectiva en la prevención de episodios violentos.

El objeto de estos planes es dar una adecuada respuesta a las situaciones de conflicto entre usuarios y personal de nuestra organización así como establecer e identificar los medios necesarios para la atención y apoyo de los trabajadores víctimas de la violencia, con el fin de proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de esta institución sanitaria, y de mejorar el ambiente laboral, favoreciendo el respeto mutuo y la comunicación.

Los PEVE se han incorporado al Plan de Prevención de Riesgos Laborales del SERGAS siendo difundidos a través de los canales de comunicación corporativos.

5 Gestión económico financiera

5.1 Eficiencia energética y sostenibilidad del medioambiente

En la Estrategia SERGAS 2014 se definió la intención y necesidad de abordar un Plan Integral de Eficiencia Energética (PIEE). Han sido ejecutados 5 grandes actuaciones/licitaciones:

- PIEE CHUS: Comprende los 4 hospitales de Santiago.
- PIEE FERROL: Abarca el Hospital Arquitecto Marcide y Hospital Naval.
- PIEE ECOSPITAL: Consistió en la implantación de calderas de biomasa en 5 hospitales comarcales (Hospitales de Verín, Costa, Monforte, Calde y Barbanza).
- PIEE Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU): incluye los 3 hospitales de Ourense.
- PIEE Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC): comprende los hospitales Materno-Infantil, Oza, Abente y Lago, Virxe da Xunqueira-Cee, el Centro de Consultas Especializadas de El Ventorrillo y la lavandería de A Grela.

Uno de los pilares fundamentales de estos planes es el ahorro económico, pues permite y ayuda a consolidar la inversión en la renovación. Al mismo tiempo se consigue una reducción de las emisiones de CO₂ en más del 40% y se potencia el uso de las energías renovables (biomasa). Además genera empleo local y potencia la explotación ordenada y la limpieza de los montes reduciendo el riesgo de incendios forestales.

Alguno de los resultados de su puesta en marcha son: renovación de instalaciones en más de 20 edificios sanitarios, un ahorro de más 4 millones de euros anuales, más de 15 millones de euros en inversiones en la renovación de instalaciones, o una reducción anual de más de 35.000 Toneladas métricas (Tm) de emisiones de CO₂. Este proyecto ya consolidado evoluciona actualmente hacia la sostenibilidad del medio ambiente. Los siguientes proyectos en marcha son:

- Puesta en funcionamiento en 9 centros sanitarios de 17 calderas de biomasa, con una potencia térmica operativa en calderas de biomasa superior a 12.450 Kw (capacidad suficiente para satisfacer las necesidades de calefacción de una ciudad de 10.000 habitantes).
- Consumo anual de biomasa superior a 6.300 Toneladas métricas, lo que equivale a que en épocas de máxima demanda invernal se genere una demanda de 3 camiones diarios de biomasa para el conjunto de estos centros. Esta demanda de biomasa, se estima que genera una creación de empleo anual de más de 22 empleos directos y 32 indirectos, además de fomentar la ordenación forestal y la limpieza de más de 3.000 Hectáreas (Ha) de monte en Galicia.

En la Estrategia SERGAS 2020, se contemplan nuevas actuaciones amparadas en el Convenio con el INEGA (Instituto Energético de Galicia) dentro de los fondos FEDER 2014-2020, con objeto de favorecer el paso a una economía baja en carbono en todos los sectores, y prioridad de inversión. La dotación económica prevista es de más de 10 millones de euros, destinados a las siguientes acciones:

- Actuación integral en las fachadas y cubiertas del Hospital Meixoeiro.
- Actuación integral de la renovación del alumbrado de 5 hospitales comarcales y al menos de 10 centros de salud, que redundará en ahorros energéticos y de emisiones de CO₂ superiores al 40%.
- Incorporación de calderas de biomasa en al menos 10 centros de salud, lo que permitirá sustituir el combustible fósil actual por renovable.

Estas actuaciones supondrán evitar la emisión de más de 600 Tm de CO₂, e implicará la mejora de la calificación energética actual a más de 15 edificios.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

6.1 Urgencias sanitarias

En relación a la asistencia sanitaria urgente desarrollada por la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061) existen los siguientes procedimientos que se llevan a cabo:

6.1.1 Procedimiento conjunto de emergencia entre Galicia y Portugal

Es un proceso que permite la redirección de las llamadas de emergencia entre los Centros Coordinadores de Urgencia de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (CCUSG-061) y el Centro Coordinador (CCU) del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEM) de la República de Portugal.

Consiste en lo siguiente:

- Llamada recibida en el CCUSG-061 procedente del territorio portugués. La gestión de la llamada puede ser:
 - El incidente se resuelve con información o consejo médico telefónico.
 - El incidente requiere intervención de recursos móviles. En este caso se derivará la llamada al CCU del SEM de Portugal correspondiente.
- Llamada recibida en el CCU-Portugués procedente del territorio español. La gestión de la llamada puede ser:
 - El incidente se resuelve con información o consejo médico telefónico.
 - El incidente requiere la intervención de recursos móviles. En este caso se derivará la llamada a la CCUSG-061.

6.1.2 Procedimiento para atención de pacientes en la zona fronteriza

Se hará de la siguiente manera:

A - Atención de paciente español en la zona fronteriza de Portugal

Independientemente del recurso asistencial portugués que atienda al paciente (Unidad de Soporte Vital Avanzado, Unidad de Soporte Vital Básico), éste se pondrá en contacto con su Centro Coordinador para informar de lo siguiente:

- Si el paciente no precisa traslado a un centro sanitario: alta en el lugar.
- Si el paciente precisa traslado a un centro sanitario; en este caso se deben valorar las siguientes circunstancias:

- Si el paciente solicita ir a España y lo permite su gravedad, el CCU de Portugal se pondrá en contacto con la CCUSG-061. Si la FPUSG-061 asume al paciente, se establecerá un punto de encuentro para realizar la transferencia del paciente y posterior traslado del mismo al centro sanitario de la Comunidad Gallega que se considere más adecuado.
- Si el paciente no solicita traslado a España o su gravedad no permite el traslado o la FPUSG-061 no puede asumir dicho traslado (previa confirmación con la CCUSG-061), el paciente será transportado al centro sanitario portugués que se considere más adecuado.

B- Atención de paciente portugués en la zona fronteriza de España

Independientemente del recurso asistencial de la FPUSG-061 que atienda al paciente (Unidad de Soporte Vital Avanzado, Unidad de Soporte Vital Básico), éste se pondrá en contacto con la CCUSG-061 para informar de lo siguiente:

- Si el paciente no precisa traslado a centro sanitario: alta en el lugar
- Si el paciente precisa traslado a un centro sanitario. En este caso se deben valorar las siguientes circunstancias:
 - Si el paciente solicita ir a Portugal y lo permite su gravedad, la CCUSG-061 se pondrá en contacto con el CCU del SEM portugués. Si el SEM de Portugal asume al paciente se establecerá un punto de encuentro para realizar la transferencia del paciente y posterior traslado del mismo al centro sanitario portugués que se considere más adecuado.
 - Si el paciente no solicita traslado a Portugal o su gravedad no permite el traslado o el SEM portugués no puede asumir dicho traslado (previa confirmación con el CCU), este será trasladado al centro sanitario de la Comunidad Gallega que se considere más adecuado.

6.1.3 Ayuda sanitaria en Accidentes de Múltiples Víctimas - AMV

Se establece el siguiente protocolo:

A-AMV en territorio español.

La CCUSG-061 alertará al CCU del SEM portugués si se prevén que los recursos españoles son insuficientes. A partir de este momento pueden darse dos circunstancias:

- Tras recabar más información se determina que no se precisa ayuda del SEM de Portugal, en este caso la CCUSG-061 desactivará la alerta.
- Si se confirma la necesidad de recursos, se informará sobre el número y características de los mismos. Una vez en el lugar del incidente los recursos de Portugal se pondrán bajo el Mando Sanitario español, tanto para la prestación de asistencia como para la evacuación de heridos.
- Si fuese necesario trasladar heridos a centros hospitalarios portugueses, es necesario informar y solicitar permiso a través del CCU del SEM portugués.

Una vez finalizado el incidente independientemente de si ha sido necesaria la intervención de recursos o no, la CCUSG-061 se pondrá en contacto con el CCU del SEM de Portugal para proporcionar la información que sea precisa.

B- AMV en territorio portugués

El CCU del SEM portugués alertará a la CCUSG-061 si se prevén que los recursos portugueses son insuficientes. A partir de este momento pueden darse dos circunstancias:

- Tras recabar más información se determina que no se precisa ayuda de la FPUSG-061, en este caso el CCU del SEM de Portugal desactivará la alerta.
- Si se confirma la necesidad de recursos, se informará sobre el número y características de los mismos. Una vez en el lugar del incidente los recursos de España se pondrán bajo el Mando

Sanitario portugués, tanto para la prestación de asistencia como para la evacuación de heridos.

- Si fuese necesario trasladar heridos a centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma Gallega, es necesario informar y solicitar permiso a través de la CCUSG-061.

Una vez finalizado el incidente independientemente de si ha sido necesaria la intervención de recursos o no, el CCU portugués se pondrá en contacto con la CCUSG-061 para proporcionar la información que sea precisa.

Las posibles dificultades que se puedan generar por las diferencias lingüísticas quedan subsanadas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia por la disposición, durante 24 horas/365 días, de un servicio de traducción telefónica de la FPUSG-061.

El contacto con la CCUSG-061 puede realizarse a través del número: 00 34 981528990 / 00 34 981551990.

6.2 La ordenación sanitaria en zonas limítrofes

La Comunidad Autónoma de Galicia limita geográficamente con dos CCAA, la de Castilla y León y la de Asturias, con las que han sido firmados convenios de colaboración para la atención en zonas limítrofes.

El convenio suscrito entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia está vigente desde el año 2008, para la prestación de asistencia sanitaria en los ámbitos de atención primaria, atención especializada, urgencias y emergencias.

Por parte de nuestra comunidad autónoma están autorizados tanto a ser atendidos en la comunidad limítrofe para atención primaria de salud, como para la libre elección para la atención entre el centro de salud del SERGAS y el del correspondiente ayuntamiento limítrofe de la otra comunidad autónoma, los habitantes siguientes:

- Del ayuntamiento de Rubiá, los lugares de Quereño, Vilar de Xeos, Sobredo y Pardollán: 44 habitantes, de ellos 14 mayores de 64 años.
- Del ayuntamiento de Viana do Bolo los vecinos de la parroquia de Parradomisquelo; 17 habitantes, de ellos 6 mayores de 64 años.

Por parte de la Consellería de Sanidad el compromiso es la atención a nivel especializado, en el Hospital de Verín, de los habitantes de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Alta Sanabria (Zamora), concretamente de los municipios de Hermisende, Lubián, Pías y Porto.

Con el Principado de Asturias, la Comunidad Autónoma de Galicia tiene dos protocolos de colaboración, también desde del año 2008, para las siguientes prestaciones:

- Uno para actividades formativas.
- Otro para la atención al Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Índice de tablas

Tabla 1-1	Estilos de vida activos en atención primaria, 2014 y 2015	6
Tabla 1-2	Análisis del impacto del programa Xente con Vida, 2014 y 2015	6
Tabla 1-3	Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2014 y 2015	7
Tabla 1-4	Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2012 y 2013	8
Tabla 1-5	Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal, 2014 y 2015	9
Tabla 1-6	Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal, 2014 y 2015	9
Tabla 1-7	Programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal, 2014 y 2015	10
Tabla 1-8	Porcentaje de cobertura de vacunación antigripal, temporada 2014-15 y 2015-16	11
Tabla 1-9	Porcentaje de coberturas de vacunación, 2014 y 2015	11
Tabla 2-1	Resultados del pilotaje del teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC. Proyecto Fogar Dixital. 2014 y 2015	15
Tabla 2-2	Evolución del programa de consultas telefónicas, 2013-2015	16
Tabla 2-3	Resultados del Programa Bacteriemia Zero y Neumonía Zero en las unidades de cuidados críticos del SERGAS. Densidad de Incidencia, 2008-2015	18
Tabla 2-4	Resultados del Programa Resistencia Zero en unidades de cuidados críticos del SERGAS, 2015	19
Tabla 2-5	Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en centros hospitalarios del SERGAS, 2015	19
Tabla 2-6	Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en servicios de atención primaria, 2015	20
Tabla 3-1	Resumen de actuaciones realizadas a través de la fórmula de gestión socio tecnológico, 2015	28

Índice de gráficos

Gráfico 2-1	Evolución del programa e-consulta, 2011-2015	17
Gráfico 2-2	Evolución del número de pacientes polimedicados incorporados al programa, 2011-2015	22
Gráfico 2-3	Evolución del tiempo medio de espera en días, en las vías rápidas de cáncer, 2012-2015	23
Gráfico 3-1	Evolución de la ratio de los equipos de alta tecnología por millón de habitantes en Galicia, 2013-2016	28

Índice de figuras

Figura 2-1	Plano de los Puntos de Atención Diagnóstico-Terapéuticos Móviles	14
Figura 2-2	Líneas estratégicas sobre las que versa el Proyecto Có-digo Amable	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACIS	Agencia de Conocimiento en Salud
AMV	Accidentes con Múltiples Víctimas
ATB	Antibióterapia

B

BMR	Bacterias Multirresistentes
-----	-----------------------------

C

CCAA	Comunidades Autónomas
CCU	Centro Coordinador de Urgencias médicas
CCUSG-061	Centro Coordinador de Urgencias Médicas de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061
CHOU	Complejo Hospitalario de Ourense
CHUAC	Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
CHUS	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CVC	Catéter Venoso Central

D

DCNO	Dolor Crónico No Oncológico
DI	Densidad de Incidencia
DOG	Diario Oficial de Galicia
DTPa	Vacuna contra Difteria-Tétanos-Pertussis alta carga
Dtpa	Vacuna combinada contra Difteria-Tétanos-Pertussis baja carga

E

ENVIN	Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI
EOXI	Estructura Organizativa de Gestión Integrada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EpoS	<i>European Polyp Surveillance trial group</i> (Grupo Europeo de Pruebas de Vigilancia de Pólipos)
EVA-AL	Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral
EVA-AP	Estilos de Vida Activos en Atención Primaria

F

FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FPUSG-061	Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

H

Ha	Hectárea
HCEPRO	Historia Clínica Electrónica por Procesos
HELICS	<i>Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance</i> (Proyecto europeo de vigilancia de las infecciones nosocomiales en hospitales)
Hib	Vacuna contra el <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b

I

IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IANUS	Historia Clínica Electrónica en el Servicio Gallego de Salud
INEGA	Instituto Enérgico de Galicia

O

ONG	Organizaciones No Gubernamentales
-----	-----------------------------------

P

PAC	Punto de Atención Continuada
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PET	Tomografía por Emisión de Positrones
PET-CT	Superposición de las imágenes producidas con un PET y Tomografía Computerizada
PEVE	Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo
PIEE	Plan Integral de Eficiencia Energética
PGDPC	Programa Galego de Detección Precoz de Cáncer de Mama

R

RM	Resonancia Magnética Nuclear
RT	Radioterapia
RX	Radiología
RZ	Resistencia Zero
RVACU	Registro del Programa Gallego de Vacunación

S

SAP	Servicios de Atención Primaria.
SEM	Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias
SERGA	Servicio Gallego de Salud
SICMA	Sistema de Información del Cáncer de Mama
SIDICM	Sistema de Información de Diagnóstico por Imagen del Cribado de Mama
SIPES	Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud
SOH	Sangre Oculta en Heces

T

TC	Tomografía Computerizada.
Td	Dosis recuerdo frente Tétanos-Difteria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
Tm	Tonelada métrica

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDT	Unidades de Diagnóstico y Tratamiento del Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama

V

VM	Ventilación Mecánica
VPH	Virus del Papiloma Humano

Z

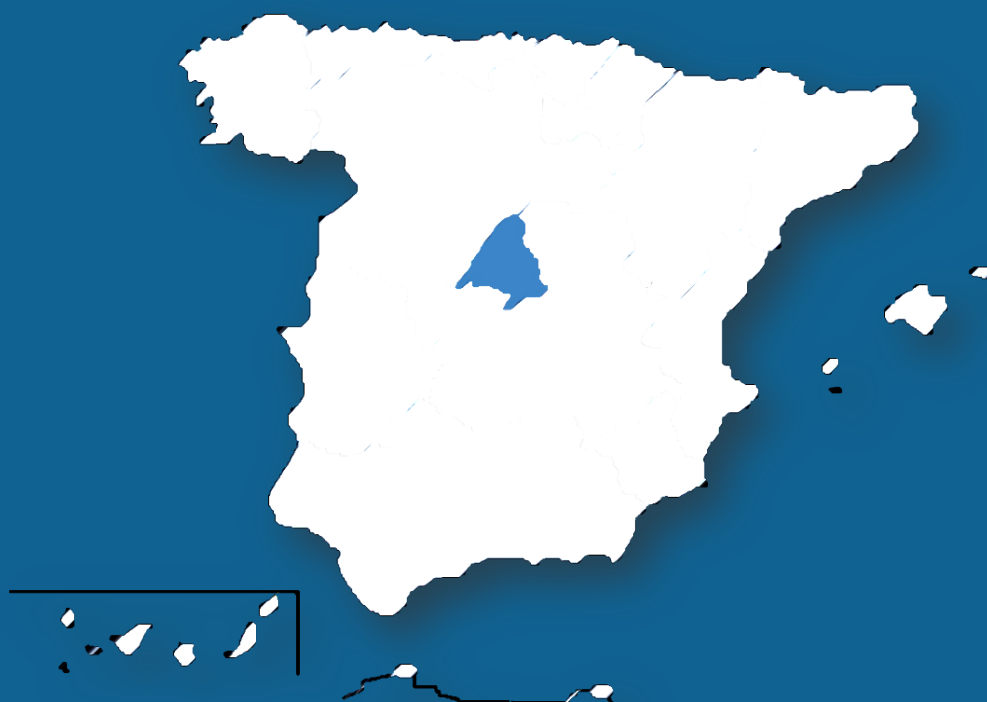
ZBS

Zona Básica de Salud

Informe 3 nual 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.

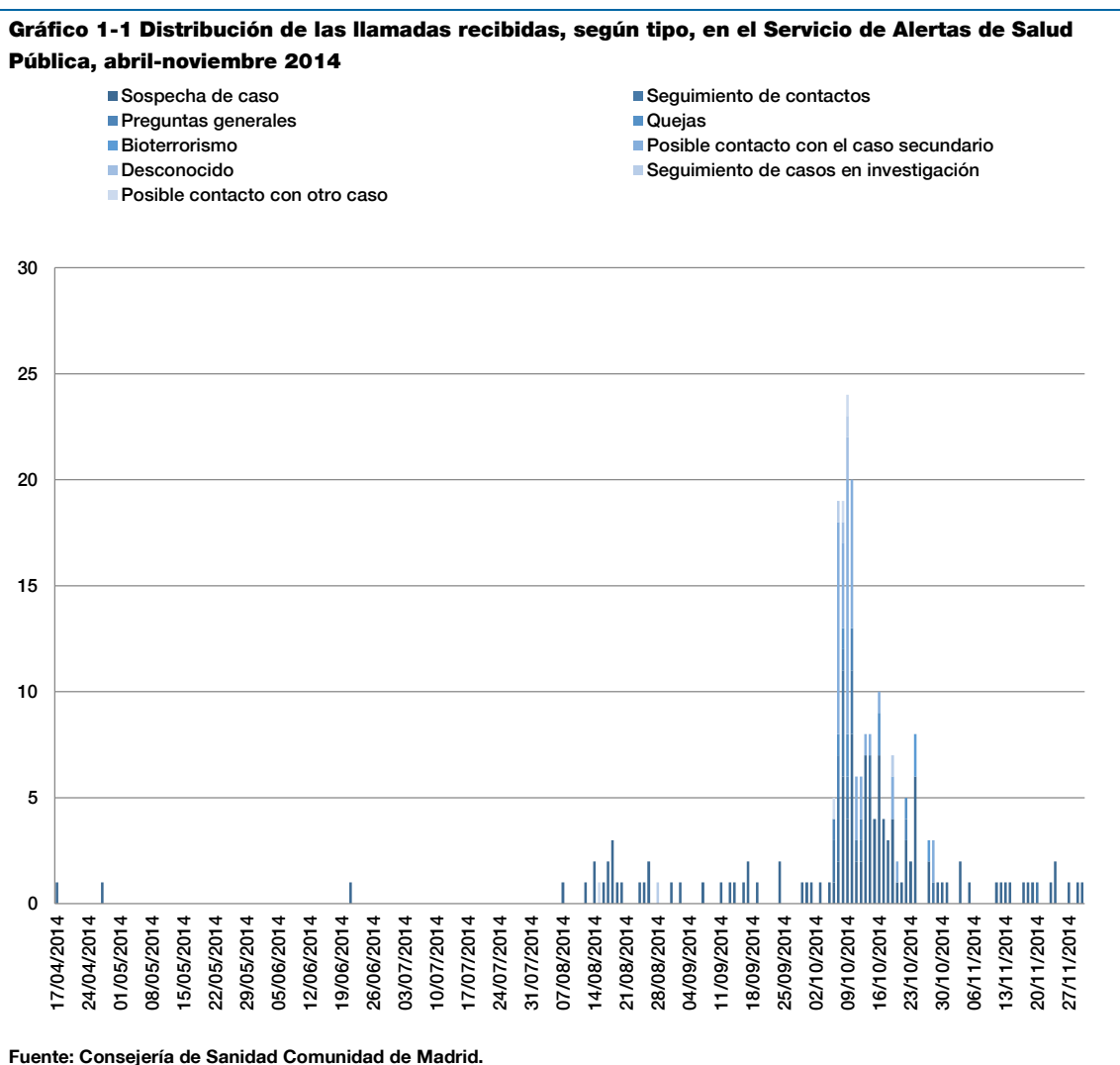
El 5 de agosto de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad comunica la positividad a virus Ébola de un religioso español de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD) que trabajaba en el Hospital de San José en Monrovia (Liberia) y solicitaba su expatriación urgente. El gobierno 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.

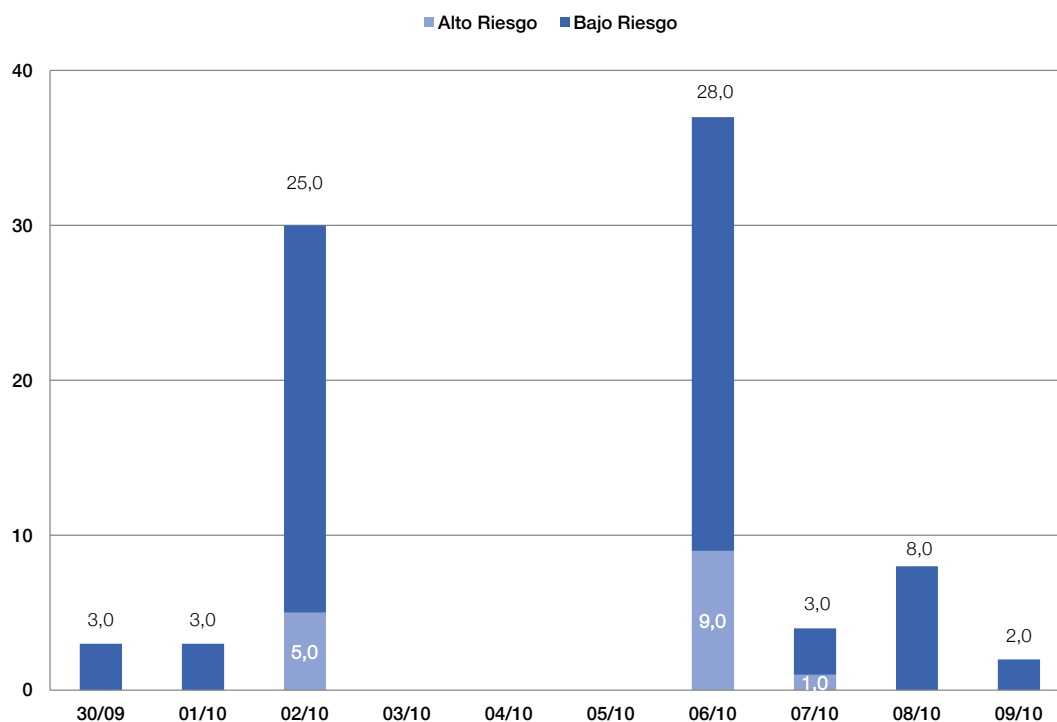
1.1.3 Investigación epidemiológica y seguimiento de contactos

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>

Observaciones: EPI - Equipo de Protección Personal Individual.
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.

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 inmobilizados 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 inmobilizados 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.

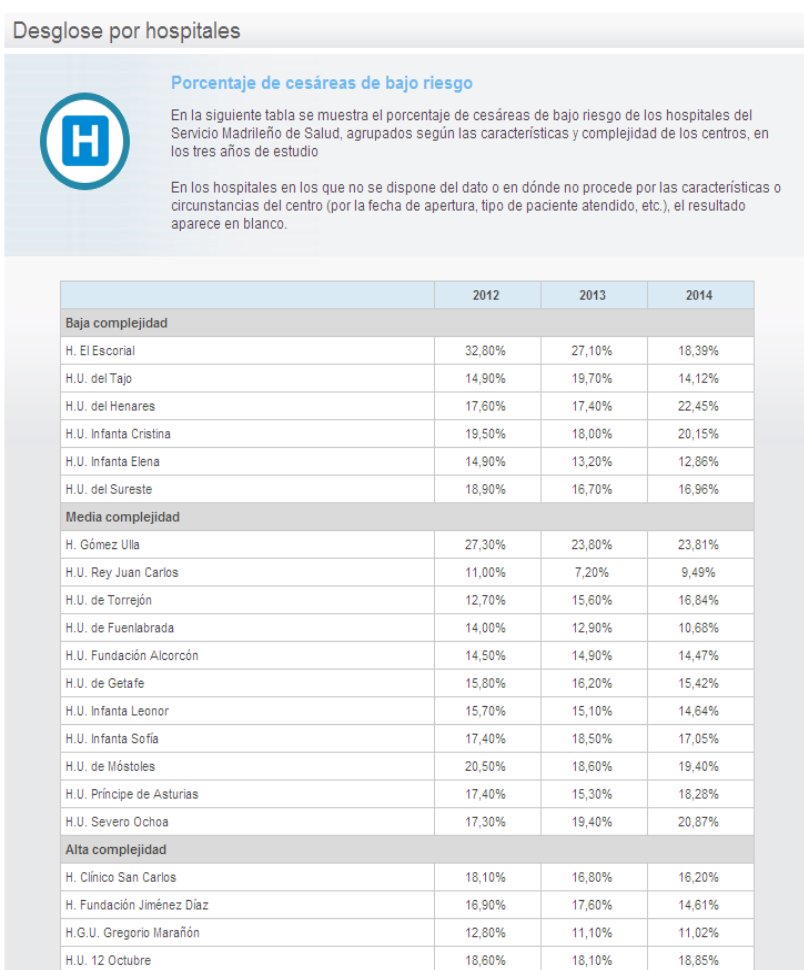
Tabla 2-3 Indicadores de hospitales

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.

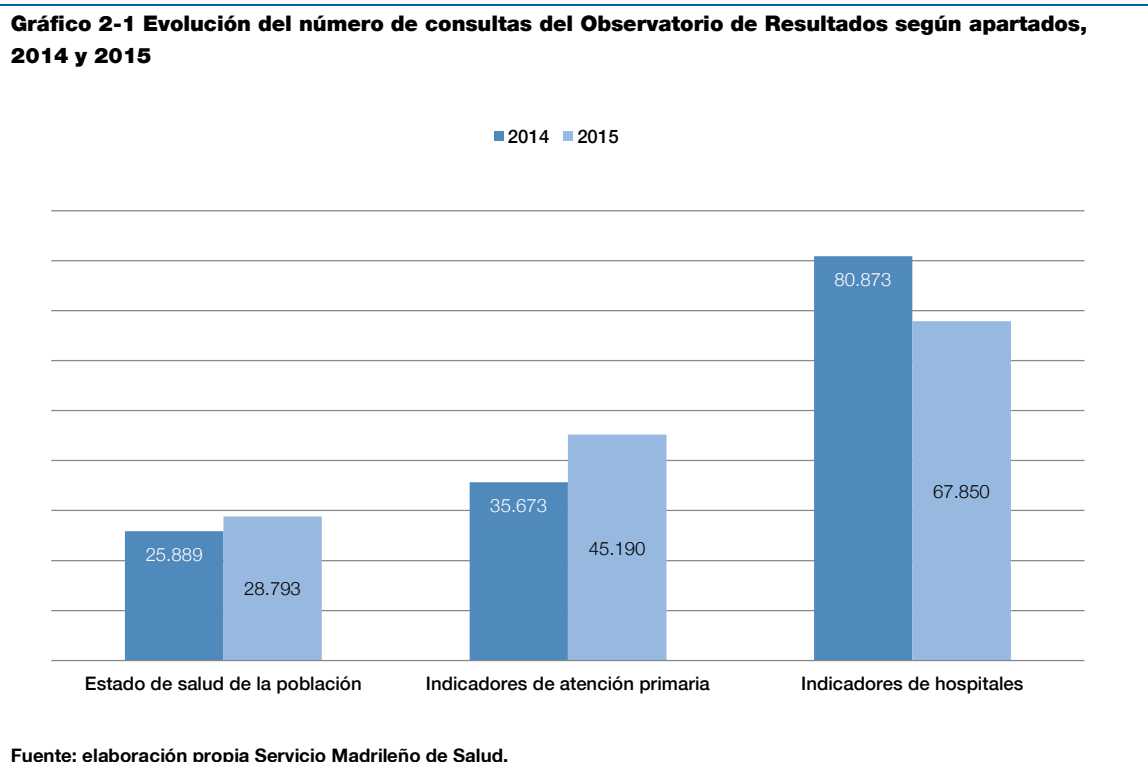
Las fuentes de información utilizadas para el desarrollo del *Observatorio de Resultados* son diversas según los tres apartados desarrollados. Se utilizan estadísticas poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), sistemas de información de atención primaria, sistemas de información de actividad 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.



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

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de la
Región de Murcia



Índice

Resumen	3
1 Asistencia sanitaria	5
1.1 Estrategia para garantizar la cobertura sanitaria en la Región de Murcia	5
1.2 Implantación de la receta electrónica en atención primaria	6
1.3 Proyecto de atención integral a pacientes crónicos complejos	8
1.4 Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Región de Murcia	10
1.5 Proyecto IntégraME	11
1.6 Proyecto Euroempleo Salud Mental 2016-2020	13
1.7 Enfermedades profesionales en la Región de Murcia	15
2 Infraestructuras sanitarias	17
3 Gestión económico-financiera	19
4 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	21
Índice de tablas	25
Abreviaturas, acrónimos y siglas	27

Resumen

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud han continuado durante 2015 con las líneas definidas en el Plan de Salud 2010-2015, así como con la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud. El esfuerzo ha ido dirigido a adaptar la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de salud de la población, impulsando la mejora de los resultados en salud y la calidad de los servicios prestados a través del incremento de la eficiencia para garantizar la sostenibilidad del sistema.

En el marco de la estrategia de atención a los pacientes crónicos se ha puesto en marcha un proyecto de atención a pacientes complejos en el Área VI con una intervención dirigida a la mejora de los circuitos de comunicación entre los niveles de atención primaria y el Hospital Morales Meseguer, con un liderazgo a nivel hospitalario del Servicio de Medicina Interna. Los resultados de la fase piloto han presentado mejoras significativas en la calidad de la atención prestada en relación al número de ingresos así como a la utilización de las consultas externas y las urgencias hospitalarias.

Durante 2015 se ha desarrollado, con la colaboración del Colegio Oficial de Farmacéuticos, la implementación de la receta electrónica en todo el nivel de la atención primaria de salud del SMS. El proyecto se ha llevado a cabo a través de una estrategia coordinada de formación de formadores y de asesoramiento que ha permitido realizar el despliegue en 20 semanas.

A finales de 2015 se ha publicado una monografía sobre la prevalencia de enfermedades raras, donde se recoge la información y experiencia adquirida desde la puesta en marcha del sistema de información en 2009.

En el ámbito de Salud Mental ha finalizado el proyecto IntegraME con una sensible mejora de los objetivos perseguidos. Se ha mejorado el control en atención primaria de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y se ha puesto en marcha un proyecto europeo dirigido a introducir dentro de la cultura de la red de salud mental la perspectiva del empleo como una herramienta útil en la recuperación de las personas con trastorno mental grave.

Este año se ha acreditado el Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria como instituto de investigación sanitaria de acuerdo a los requerimientos acreditados por el Instituto de Salud Carlos III. La finalidad es fomentar, desarrollar e integrar la investigación biosanitaria de excelencia en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

1 Asistencia sanitaria

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud (SMS) han reorganizado su estructura en 2015 con el fin de adecuarla para favorecer la atención integrada y centrada en los pacientes, impulsar la gestión por procesos asistenciales, avanzar en la humanización de la asistencia sanitaria, potenciar la atención a los enfermos con patologías crónicas, y todo ello en el marco adecuado que garantice la calidad asistencial y la seguridad a los pacientes. Con este propósito los Decretos 224 y 228 de 2015 (BORM, 18 de septiembre de 2015), reorganizan la estructura de la sanidad regional, destacando la creación en el SMS de una Subdirección de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial que integra las funciones de atención primaria, atención hospitalaria y salud mental, la integración en el SMS de las funciones de calidad y seguridad en la Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, así como la creación de una Subdirección de Humanización de la Asistencia y una Subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad.

1.1 Estrategia para garantizar la cobertura sanitaria en la Región de Murcia

Con fecha 18 de noviembre de 2015 entró en vigor la Instrucción 6/2015 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (B.O.R.M. nº 266 de 17 de noviembre de 2015) por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, que vive en la Región de Murcia y que tiene recursos insuficientes.

Mediante la citada instrucción se adoptan las necesarias medidas para la prevención, promoción y atención a la salud que permiten prestar una asistencia sanitaria a este colectivo en situación de vulnerabilidad, por razones humanitarias y porque toda inversión en salud es una contribución decisiva al bienestar social.

Pueden incorporarse a este Programa de protección social, las personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en España, que carezcan de recursos económicos suficientes y con residencia efectiva en alguno de los municipios de la Región.

Los requisitos para acceder a esta prestación social sanitaria son no tener derecho a recibir asistencia sanitaria con carácter continuado en ninguna de las modalidades contempladas en la legislación estatal, no tener derecho a exportar a España el derecho a recibir asistencia sanitaria de su país de origen, no haber acreditado recursos suficientes ni tenencia de un seguro médico para el acceso a la residencia o estancia por estudios, prácticas no laborales, intercambio de alumnos, y voluntariado, estar empadronado o mantener residencia efectiva en algún municipio de la Región de Murcia al menos los tres meses previos a la solicitud, teniéndose en cuenta a efectos de cómputo la residencia continuada en territorio del Estado Español cuando exista empadronamiento inmediatamente anterior en otro municipio del Estado Español y estar en situación de insuficiencia de recursos, entendiéndose que se encuentran en tal situación las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), o, aunque se supere dicho límite, si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores dependientes y convivientes a su cargo fuera igual o menor a la mitad del IPREM.

A las personas que acceden al programa se les entrega un documento específico y distinto de la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, que expide el Servicio Regional de

Tarjeta Sanitaria con una validez inicial de dos años prorrogable por iguales periodos de tiempo si persisten los requisitos, y se les asignan profesionales y centros de referencia.

El contenido y extensión de las prestaciones sanitarias que incluye es el correspondiente a la cartera común del Sistema Nacional de Salud, tanto las correspondientes a la cartera común básica como a la cartera suplementaria con una aportación del 40% en la prestación farmacéutica ambulatoria.

Las prestaciones se limitan, por razones competenciales, al ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se prestan mediante los recursos asistenciales dependientes del Servicio Murciano de Salud, sin que pueda hacerse extensivo al resto del Estado Español, salvo cuando para la adecuada atención, sea precisa la derivación por el SMS para que esta se preste en un Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) del SNS o no se disponga en la Comunidad Autónoma del procedimiento, la técnica o tecnología necesaria.

1.2 Implantación de la receta electrónica en atención primaria

Una vez dado por concluido el pilotaje de receta electrónica, que se desarrolló entre febrero de 2013 y junio de 2014, al que se fueron incorporando progresivamente cuatro centros de salud, se planteó la necesidad de desarrollar un plan de implantación de receta electrónica en atención primaria, que se definió y diseñó de forma conjunta entre los siguientes estamentos y organizaciones:

- Consejería de Sanidad y Política Social.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Subdirección General de Tecnologías de la Información del SMS.
- Dirección de Primaria de las áreas sanitarias.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.
- Centro de Soporte del SMS.

El Plan de implantación de receta electrónica constó de las siguientes fases y elementos:

Fase de planificación y definición de las principales líneas de ejecución:

- Definición de fechas y rutas para la implantación que permitan realizar una implantación desde la periferia al centro de la Región, de forma ordenada y efectiva.
- Composición de un equipo de 5 personas formado específicamente en receta electrónica, para realizar el soporte presencial en la implantación de receta electrónica.
- Definición y organización de las principales tareas:
 - Sesiones formativas a formadores.
 - Gestión de certificados para firma electrónica.
 - Soporte presencial y remoto.
 - Diseño de cartelería y folletos informativos.
 - Calendarización de las diferentes actuaciones del trabajo de campo entre 15 de septiembre de 2.014 y 13 de febrero de 2.015.

Fase de implantación (trabajo de campo)

- En cada centro de salud, incluyendo los consultorios que dependían del mismo, se trabajó durante tres semanas:

Primera semana:

- Se procede a la formación de un formador de formadores.
- Formación presencial en talleres de 18 horas.
- Entrega de material formativo, presentaciones, manuales, etc.

- Al programa de formación de formadores se incorporó un conjunto de recomendaciones sobre revisión y adecuación de los tratamientos de larga duración.

Segunda semana:

- El médico formado en receta electrónica la semana anterior procedía a la formación del personal facultativo del centro en el aplicativo de receta electrónica y en las recomendaciones sobre revisión de los tratamientos de larga duración.
- El equipo de soporte asignado al centro procedía a:
 - Generar, activar y entregar los certificados de firma electrónica, así como a informar y formar sobre su uso.
 - Revisar los equipos informáticos del centro de salud, adecuando el software, instalando los lectores de tarjetas e instalando los programas necesarios para el buen funcionamiento de receta electrónica.
 - Comprobar el buen funcionamiento de receta electrónica.

Tercera semana:

- Se activaba el aplicativo de receta electrónica y empezaban las primeras prescripciones con apoyo del propio formador del centro de salud y del equipo de soporte a distancia y se procedía a la distribución de cartelería y folletos informativos dirigidos a los pacientes, que se tradujeron a seis idiomas y que están también disponibles en la intranet del Servicio Murciano de Salud y en el portal sanitario www.murciasalud.es

Al ser equipos distintos los de formación de formadores, los de formación en los centros, los de implantación y los de soporte a distancia se pudo actuar simultáneamente en un número variable de entre 8 y 10 centros de salud en función de la organización y planificación de rutas y terminar la implantación en 20 semanas, con la interrupción obligada en las semanas de Navidad y Año Nuevo.

- Simultáneamente el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia desplegó la formación de los farmacéuticos y la instalación del software de gestión de las oficinas de farmacia que permitía la dispensación electrónica y previamente procedió a:
 - Promover la adaptación de los programas de gestión de las oficinas de farmacia a receta electrónica.
 - Elaborar y difundir las Circulares pertinentes sobre los asuntos más relevantes relativos a receta electrónica.
 - Emisión de los certificados digitales en soporte criptográfico para la firma de la dispensación de recetas.

Durante todo el proyecto el Colegio Oficial de Farmacéuticos participó activamente junto con el SMS en la detección, resolución y seguimiento de incidencias.

El balance final fue el siguiente:

- Sesiones formativas a formadores (médicos de centros asistenciales y gerencias):
 - Talleres de formación de 18 horas de duración para 8-10 formadores cada uno y preparación exhaustiva de la formación de receta electrónica.
 - Más de 25 jornadas (+200 horas) de formación a formadores.
 - Más de 90 formadores formados.
 - 83 zonas básicas de salud incluidas.
- Provisión de certificados electrónicos para profesionales:
 - Emisión de más de 1200 certificados electrónicos.
 - Creación de 10 oficinas acreditadoras distribuidas en las diferentes áreas de salud.
 - Formación de 25 agentes autorizados para la expedición de los certificados.
- Sesiones formativas en receta electrónica en los centros de salud:
 - 90 profesionales actuando como formadores y responsables en sus equipos.
 - 83 talleres de formación en los centros de salud de 6 horas de duración dentro del horario de trabajo.
 - Más de 1.000 facultativos formados en receta electrónica.

- Formación a las oficinas de farmacia en dispensación electrónica:
 - Más de 80 sesiones formativas a farmacéuticos, en locales de cada municipio/ayuntamiento de la zona básica de salud.
 - Más de 560 farmacias formadas y que se incorporaron a la dispensación mediante receta electrónica.
 - Más de 2.560 farmacéuticos han recibido formación y han realizado dispensaciones de receta electrónica.
- Se hicieron dos rondas de refuerzo formativo presencial en los centros de salud, una vez implantada la receta electrónica.
- Durante todo el proyecto se hicieron también reuniones de seguimiento semanales para técnicos y evaluación de situación y reuniones mensuales para seguimiento directivo.
- Como resultado final, durante el mes de diciembre de 2015 se dispensaron por receta electrónica el 51% del total.

1.3 Proyecto de atención integral a pacientes crónicos complejos

El Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015) incluye el envejecimiento dentro de una acción transversal de lucha contra las desigualdades en salud. Los enfermos crónicos son personas que normalmente padecen más de una patología, de naturaleza crónico-degenerativa, que se acompaña de una incapacidad que les hace dependientes en mayor o menor grado de sus familiares, cuidadores y del sistema sanitario quedando algunos confinados en sus domicilios o en instituciones. Parece existir un consenso generalizado, tanto por parte de las autoridades sanitarias como de los profesionales, de que debe producirse una nueva orientación para mejorar la atención de las enfermedades crónicas.

La atención a personas con problemas crónicos constituye uno de los retos más importantes que tiene que afrontar el sistema de salud. Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de atención a la cronicidad, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje a estos pacientes, entre las que destacamos el fortalecimiento del papel de los equipos de Atención Primaria (AP), la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, especialmente entre AP y Atención Hospitalaria (AH), y la reorganización de la atención y la fluidez de los circuitos por los que los pacientes crónicos circulan dentro del sistema sanitario público.

El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención que se presta a los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) del Área de Salud VI de la Región de Murcia, mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales.

Para alcanzar este objetivo es necesario fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares, definir las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad, evitar la fragmentación y duplicidad en la atención, conocer los niveles de complejidad y comorbilidad de los pacientes crónicos complejos que ingresan en el hospital, adecuar el número de ingresos hospitalarios y de estancias hospitalarias de los PCC a las necesidades de los mismos, conocer el número de consultas tanto hospitalarias como de AP de estos pacientes, conocer y analizar el perfil farmacoterapéutico de los PCC, establecer estrategias de conciliación terapéutica, y alargar los periodos de estabilidad del paciente en su domicilio y, por tanto, disminuir el número de reingresos hospitalarios.

La población a la que va dirigido el proyecto son los pacientes del Área de Salud VI que han sido considerados como PCC por presentar dos o más patologías crónicas definidas por el Índice de Comorbilidad de Charlson (versión abreviada) y que han presentado al menos dos ingresos

hospitalarios en el último año, siendo un ingreso en Medicina Interna (MI) incluida la Unidad de Infecciosas y la Unidad de Corta Estancia (UCE) y el otro también en MI o en especialidades médicas relacionadas (cardiología, neumología, neurología, endocrinología, nefrología y reumatología).

Se han realizado 2 fases para la puesta en marcha del Programa:

Fase I, estática o cerrada, que ha servido de pilotaje del Programa. Entre el 1 de febrero de 2015 y el 30 de septiembre del 2015. Población con los criterios definidos a fecha 1/2/2015, y con 171 pacientes.

Fase II, dinámica o abierta. A partir del 1 de octubre de 2015. Los pacientes que cumplen los criterios a partir de esa fecha son incluidos automáticamente en el Proyecto.

Las acciones realizadas son:

- Acciones en Atención Primaria
 - Información al paciente y/o cuidador (la da el médico y/o enfermera de AP).
 - Valoración integral inicial del PCC a cargo del médico y enfermera de AP. Esta valoración se realiza en el centro de salud, o bien en el domicilio del paciente en caso de que éste tenga problema de desplazamiento. La valoración integral consta de los siguientes contenidos:
 - Mejorar la calidad y fiabilidad de la información clínica sobre el paciente, mediante revisión de historia clínica: actualización de diagnósticos y tratamientos.
 - Valoración por la enfermera comunitaria, según los patrones de M. Gordon, orientada hacia la exploración de la capacidad para el autocuidado, con identificación de los problemas.
 - Cumplimentación del protocolo de OMI-AP *Valoración del Paciente Crónico Complejo*, que incluye: valoración sociofamiliar, valoración del Índice de Comorbilidad de Charlson reducido, valoración del grado de dependencia mediante el Test de Barther, valoración del nivel cognitivo mediante el Test de Pfeiffer, presencia de cuidador e identificación y características del mismo, valoración de la necesidad de cuidados y propuesta de intervención.
 - Realización y actualización de los Planes Personales correspondientes a cada patología propia del PCC y que se incluyen en la historia clínica OMI-AP.
- Acciones en Atención Hospitalaria
 - Se da prioridad a su hospitalización en el área de medicina interna. Cada PCC tiene asignado un Internista de Referencia (IR), que es el mismo tanto en hospitalización como en consultas externas. Durante el proceso asistencial están en contacto el médico de AP y el internista de referencia a través de la enfermera de enlace y/o los cauces de comunicación habituales.
 - Se hace una planificación precoz del alta hospitalaria, en la que se valoran las necesidades del paciente, familia y entorno. Al alta, se les realiza un informe de continuidad de cuidados, que recoge los problemas activos y el grado de dependencia. Este informe se entrega al paciente y la enfermera de enlace se lo comunica al médico y enfermera de AP.
 - Enfermera de enlace
 - Su función principal es la de ser gestora de la información de eventos surgidos durante la asistencia al paciente en los diferentes circuitos de atención al PCC, así como facilitar la comunicación entre AP y AH. Asegura la continuidad asistencial, propiciando una respuesta coordinada y única que proporcione asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora.
 - Servicio de farmacia
 - La actividad del farmacéutico en la atención al paciente con enfermedades crónicas, pretende analizar el tratamiento farmacoterapéutico de estos pacientes, que suelen ser pluripatológicos, intentando favorecer el adecuado cumplimiento y analizando los

posibles problemas relacionados con los medicamentos que puedan presentarse. Sus actividades se desarrollan en relación a la conciliación, adherencia y adecuación del tratamiento a través de la emisión del Informe Farmacoterapéutico.

- Servicios Sociales
 - Por todos los riesgos socio-sanitarios que conllevan los pacientes con enfermedades crónicas, las trabajadoras sociales actúan al ingreso, en la estancia y al alta, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presente el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, etcétera, utilizando los recursos existentes de forma racional para alcanzar la recuperación y la integración social en su medio habitual siempre que sea posible. La labor de las trabajadoras sociales queda recogida en la historia clínica informatizada del paciente mediante el correspondiente informe social.
 - Toda la información relativa al paciente, así como los cuestionarios que se realizan están contenidos en la historia clínica informatizada de AP (OMI-AP) y en la historia clínica hospitalaria (Selene) y están sometidos a la protección de datos definida para ambos sistemas. Los registros externos están codificados, identificándose únicamente por un número y no contienen datos personales. Toda la información recogida, al igual que los datos socio-demográficos son tratados de manera totalmente confidencial y secreta.
- Resultados
 - Hacen referencia a la población incluida en el proyecto en su Fase I o fase estática. Al inicio del proyecto, 1 de febrero de 2015, cumplían las características definidas de PCC 171 pacientes que fueron incluidos en su totalidad. Tenían una edad media de 78 años, siendo el 54% mujeres y el 46% hombres. Presentaba dos criterios Charlson el 22,1% de los pacientes, 3 criterios el 24,7% y 4 o más criterios el 53,2%.
 - Analizando los resultados tras la puesta en marcha del proyecto, desde el 1/2/2015 al 30/9/2015, y comparándolos con los del mismo periodo de tiempo del año anterior para el conjunto de 132 pacientes supervivientes encontramos que el número de ingresos descendió de 345 a 118 (una reducción del 66%); la media de pacientes hospitalizados por día descendió de 13,4 a 4,4; el número de asistencias en el área de urgencias bajó de 534 a 294 (reducción del 45%), y el número de consultas externas se redujo de 678 a 589 (reducción del 23%).

1.4 Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Región de Murcia

Las Enfermedades Raras (ER) constituyen un conjunto de patologías caracterizadas por su baja prevalencia (inferior a 5 casos por 10.000 habitantes), su complejidad, y su impacto en la calidad de vida y/o esperanza de vida de las personas que las padecen. Debido al elevado número de personas que afectan en su conjunto, así como la carga de enfermedad y alto grado de discapacidad que conllevan, las ER suponen actualmente un importante problema de salud pública, lo que ha motivado el desarrollo de numerosas iniciativas, tanto en el ámbito nacional como internacional, orientadas a ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de los afectados y de sus familias.

En el año 2009, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, así como lo establecido en el Plan de Salud de la Región de Murcia, se creó el *Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia* (SIER), bajo la dependencia de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e

Investigación, adscrito al Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. El SIER es un registro de base poblacional de uso administrativo, clínico y epidemiológico que integra toda la información disponible en más de 40 fuentes de información distintas sobre pacientes con enfermedades raras. Una normativa específica establece los criterios para su gestión y funcionamiento (Decreto n.º 223/2015, de 16 de septiembre), en la que se incluye la obligatoriedad de la notificación de casos sospechosos de ER en todos los centros sanitarios públicos y privados de la Región.

El SIER forma parte de un proyecto liderado por el Instituto de Salud Carlos III, junto al resto de comunidades autónomas de la Red Española de Registros de Enfermedades Raras para la Investigación (Spanish Rare Diseases Registries Research Network-Spain – RDR). Su objetivo es armonizar la información de los diversos registros para la creación de una red de registros de ER en España. Esta experiencia piloto ha permitido la posterior creación del Registro Estatal de Enfermedades Raras (RD 1091/201, BOE 24/12/2015).

Entre sus resultados cabe mencionar la elaboración de diferentes informes sobre estas enfermedades, el coste de las altas hospitalarias, los ingresos y la morbilidad hospitalaria, en los que se sentaron sus bases metodológicas y de funcionamiento. En 2012 se publicó una primera monografía titulada *Aproximación a las enfermedades raras en la Región de Murcia 2002-2009* en la que se identifican y analizan un total de 33.763 casos nuevos cuyos resultados, junto con el resto de informes, está disponible en www.murciasalud.es/sier.

A finales de 2015 se ha editado una nueva monografía, esta vez sobre *Prevalencia de enfermedades raras en la Región de Murcia 2013*, en la que a 31 de diciembre del año 2013 se contabilizaron un total de 65.125 personas vivas residentes en la Región de Murcia con alguna de estas enfermedades (4,4 % de la población murciana). Estas personas acumulaban un total de 75.570 patologías (515,2 casos por cada 10.000 habitantes) sin presentar diferencias entre sexos (516,1 en mujeres y 513,6 en varones). Por grupo de enfermedad, fueron las *Anomalías congénitas* quienes registraron el mayor número de casos (26% del total), con una tasa de 133 casos por cada 10.000 habitantes (128,9 mujeres, 138,1 varones). A continuación figuran *Otras miocardiopatías primarias*, seguida de *Otras anomalías congénitas especificadas*. Además, un tercio de las personas tenía reconocimiento oficial de discapacidad (34,0% mujeres, 33,5% varones) presentando una cuarta parte de ellos el grado máximo (grado 5).

De cara al futuro, el SIER pretende incrementar la representatividad y exhaustividad del registro mediante el aumento de las fuentes de información del sector socio-sanitario, así como la declaración de casos por parte de todos los profesionales sanitarios; mejorar la calidad y celeridad en la explotación de datos creando procesos automatizados, y la puesta en marcha de herramientas de evaluación de la calidad de vida de los afectados y sus familias.

1.5 Proyecto IntégraME

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% menor que el resto de la población, sufriendo de 2 a 4 veces más síndromes metabólicos. Sin embargo, sus problemas de salud física están frecuentemente desatendidos al centrar toda la atención en sus problemas mentales. El Proyecto IntégraME nace fruto de un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia y la compañía Janssen-Cilag con un doble propósito:

- Mejorar el control de los factores de riesgo y las enfermedades físicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en AP.
- Implantar un programa de continuidad de cuidados que incluye la detección precoz de recaídas y la adherencia al tratamiento.

Para conseguir estos objetivos, se estableció un procedimiento de trabajo estructurado en tres fases:

- *En la primera fase* se realizó un corte para conocer la situación de partida en cuanto a episodios activos con código P72 (esquizofrenia y otras psicosis), controles de presión arterial, controles de glucemia, controles de colesterol, IMC, condición fumador o no fumador, cuantificación del consumo de alcohol, condición de consumo de drogas y la existencia de comorbilidad de diabetes, HTA, obesidad e hiperlipidemias, así como su seguimiento en AP.
- *En la segunda fase*, se elaboró un protocolo de detección precoz de síntomas y signos positivos y negativos, coordinando la derivación, el seguimiento y continuidad de cuidados de enfermería entre atención primaria y los dispositivos de salud mental.
- *En la tercera fase*, se diseñaron actividades de formación en las áreas de mejora identificadas y se definió un plan de acción. Este plan incluía la realización de una formación en cascada por áreas sanitarias (formación de formadores) con la idea de alcanzar al mayor número posible de médicos de familia y enfermeras de todos los equipos de atención primaria de la Región.

En los talleres participaron un médico de familia y enfermera por centro de salud y profesionales de los centros de salud mental de referencia (al menos, psiquiatra y enfermera). La formación se replicaba en los centros y se ponía en marcha el protocolo de continuidad. Se facilitó a cada centro el listado de pacientes con códigos P72 y la situación de partida en cuanto a control y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Dos meses después se llevó a cabo una segunda sesión con formadores (2 h.) para presentar casos clínicos (1 caso/CS), compartir experiencias con pacientes y revisar la codificación diagnóstica pre-post. En todas las áreas se revisó y mejoró la codificación diagnóstica.

Tras un año de trabajo se realizó una tercera sesión (2 h.) para revisar la codificación y seguimiento de los factores de riesgo pre-post y las experiencias de continuidad asistencial entre atención primaria y salud mental. El proceso finalizó tras un año de intervención en 8 de las 9 áreas sanitarias, quedando pendiente el segundo seguimiento en el Área I de Murcia, habiéndose formado a más de 700 médicos y enfermeras de los centros de salud.

Tabla 1-1 Participación y formación de los profesionales de los centros de salud, 2015

Área	Participantes EAP	Participantes de Salud Mental	Formadores		Profesionales formados en los centros			
			Médico familia	Enfermera	Médico familia	Enfermera	Matrona	Trabajador social
I	13 de 14 (92,8%)	3	12	14	97	68	2	2
II	12 de 16 (75,0%)	4	15	16	107	101	1	1
III	7 de 8 (87,5%)	8	7	7	80	56	5	1
IV	4 de 6 (66,7%)	2	6	7	26	28	--	--
V	1 de 3 (33,3%)	4	2	3	8	9	--	--
VI	11 de 15 (73,3%)	6	15	12	65	54	--	1
VII	10 de 10 (100,0%)	4	11	10	65	58	2	1
VIII	2 de 5 (40,0%)	2	4	5	10	14	--	--
IX	4 de 4 (100,0%)	2	4	4	15	23	--	--
Total	64 de 81 (79%)	35	76	78	376	343	8	4
			154		731			

Fuente: *Proyecto Intégrame: Resumen de resultados*. Marín López, J. et al. I Jornada de Atención Primaria y Salud Mental. Murcia, 5 de noviembre de 2015.

Los resultados de este proyecto se han plasmado en el cierre de más de 800 episodios (P72) que estaban mal codificados y la apertura de más de 500 episodios con diagnóstico de esquizofrenia que anteriormente no tenían diagnóstico en la historia clínica.

La coordinación ha logrado mejoras en el registro y seguimiento de los factores de riesgo de personas con diagnóstico de esquizofrenia, que antes no recibían este tipo de seguimiento.

Tabla 1-2 Resultados del seguimiento de factores de riesgo en personas con episodios activos de esquizofrenia y otras psicosis, 2015

Registro de parámetros	Primer corte (%)	Segundo corte (%)
¿Fuma?	29,9	43,6
¿Consume alcohol?	28,1	34,6
¿Consume drogas?	7,0	9,3
Control de IMC	23,5	33,6
Alguna determinación de presión arterial	28,8	51,0
Alguna determinación glucemia	32,1	54,1
Alguna determinación colesterol	32,9	54,7

Fuente: *Proyecto Intégrame*: Resumen de resultados. Marín López, J. et al. I Jornada de Atención Primaria y Salud Mental. Murcia, 5 de noviembre de 2015.

1.6 Proyecto Euroempleo Salud Mental 2016-2020

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) constituyen un colectivo con importante presencia en nuestra sociedad. Un 25 % de la población mundial presenta o presentará algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que estudios realizados en España indican que un 19,5 % de la población ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, y un 8,4 % en el último año.

En la actualidad, el objetivo clínico último en el manejo de los pacientes con TMG busca capacitarlos para desarrollar una vida plena, lo más productiva posible en todos los aspectos. El modelo de referencia que promueve estos objetivos es el Modelo de Recuperación y supone una visión más optimista del pronóstico de estas personas: *recuperación como capacidad de funcionamiento en la comunidad, tanto social como laboral, así como una relativa ausencia de psicopatología*.

Los programas de formación y empleo se consideran como complementarios a la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación) y contribuyen enormemente a mejorar el curso de la enfermedad mental con repercusiones positivas sobre el funcionamiento social, grado de satisfacción, autonomía personal y calidad de vida. Tienden a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y *traumáticos* como pueden ser los de hospitalización, el uso de urgencias y de psicofármacos. Por otra parte, constituyen un soporte básico para asegurar la permanencia dentro de la comunidad de las personas con TMG, eliminando barreras y mejorando sus derechos ciudadanos básicos.

Para responder a estas necesidades surge el Proyecto Euroempleo Salud Mental, financiado por el Fondo Social Europeo y gestionado por el SMS, que propone una experiencia innovadora en relación a la incorporación laboral del colectivo de personas con TMG que facilite la incorporación social y laboral y genere sinergias positivas con la red de Salud Mental, reduciendo el número de ingresos y días de estancia de estos enfermos, así como que se generen actitudes positivas para el empleo de estas personas y fórmulas que hagan compatible su enfermedad con el empleo.

Los objetivos del proyecto son:

- Introducir dentro de la cultura asistencial de la Red de Salud Mental la perspectiva del empleo como una herramienta útil y esencial en la recuperación de las personas con TMG.
- Sensibilizar a profesionales sanitarios, medio empresarial, ONGs relacionadas con TMG y población general sobre la importancia y el derecho al empleo de este colectivo, incidiendo en la reducción del estigma asociado a dichas patologías.
- Establecer una colaboración de todas las entidades relacionadas con el empleo para optimizar fórmulas de cooperación intersectorial, por medio de una comisión asesora para el desarrollo de acciones relacionadas en el ámbito sociosanitario.
- Poner en marcha actividades que incluyan procesos de captación de personas con TMG con motivación para el empleo, su evaluación, orientación y el diseño de itinerarios de inserción, la prospección de empresas y oportunidades de formación y empleo y el acompañamiento en el puesto de trabajo.
- Diseñar proyectos de investigación sobre resultados esperados, repercusión sobre indicadores clínicos (número y días de internamiento, uso de urgencias...), retorno social, *M-Health*...
- Compartir experiencias y buenas prácticas con servicios y proyectos de otras comunidades y estados de la Unión Europea.

Para alcanzar estos objetivos se han puesto en marcha las siguientes acciones:

- Contratación de nueve insertores laborales que formarán parte de Equipo de Salud Mental de Área y que tendrán como función genérica propiciar el acceso al mercado de trabajo, facilitar el reclutado de personas con TMG, su evaluación y elaboración de su itinerario de inserción, informando sobre oportunidades de formación, realizando prospección de empleo y acompañamiento de personas con TMG en su lugar de trabajo.
- El desarrollo de este proyecto exige el conocimiento de las experiencias en marcha en otras comunidades y la formación específica tanto de los gestores del proyecto, de los insertores y de todos aquellos profesionales que como colaboradores participan en él.
- Ayuda a empresas, entidades sin ánimo de lucro y corporaciones locales para la contratación.
- Apoyo a proyectos empresariales/iniciativas de generación de empleo.
- Becas de formación en empresas, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro.
- Actividades de investigación y difusión de resultados.
- Acciones de sensibilización a empresas, agentes sociales, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro, para el desarrollo de la responsabilidad social.
- Intercambio de experiencias a nivel transnacional.

Los resultados esperados del proyecto son:

- Contratación de 560 personas con enfermedad mental o drogodependencia.
- Evaluación del retorno social de la inversión.
- Implementación de una red de empleabilidad en cada una de las áreas sanitarias con participación de recursos sanitarios y sociales.

1.7 Enfermedades profesionales en la Región de Murcia

Las Enfermedades Profesionales (EEPP) son una de las principales causas de morbi-mortalidad evitable en los países desarrollados. Para el año 2004 se realizó una estimación de 16.000 muertes por EEPP en España⁽¹⁾, más de la mitad de ellas por tumores malignos (9.400), superando la mortalidad por EPOC, demencia, DM, cánceres de colon o de mama, HTA o tráfico.

El registro de EEPP estuvo muy por debajo de estas estimaciones (6 registros de tumores malignos de 9.400 estimados) y fue casi nulo para la mortalidad por EEPP (sólo 2 casos registrados).

Con este proyecto se pretende aumentar la declaración de EEPP y ayudar a hacerla visible, para poder prevenir y tratar sus causas. Esto supondría un impacto en salud y un ahorro para el sistema público de salud, que asume habitualmente su coste -tanto de la atención sanitaria como de las prestaciones de la Seguridad Social (bajas e indemnizaciones)- al pasar desapercibidas como enfermedad común en lugar de EEPP, cuya responsabilidad de asistencia y asunción de costes corresponde a las mutuas.

Para la puesta en marcha del proyecto se ha elaborado un Protocolo de Comunicación de Sospechas de EEPP y se han diseñado herramientas de ayuda en el aplicativo de la historia clínica en atención primaria, entre las que destacan:

- Un Buscador de Enfermedades Profesionales que encuentra inmediatamente todas las entradas relacionadas con la palabra buscada (puesto de trabajo, agente o enfermedad) y las muestra por orden de relevancia, permitiendo así identificar si la enfermedad, el agente o el puesto de trabajo pueden ser declarables como enfermedad profesional.
- Un asistente de sospechas que alerta sobre diagnósticos que pueden tener un origen laboral, informando del puesto de trabajo relacionado y agentes causantes.
- La creación de un fichero que recoge las sospechas realizadas en la jornada laboral previa para su comunicación a las mutuas a partir del día siguiente.

Tras el primer año de despliegue se logró un incremento del registro de EEPP del 68,7% (de 508 a 857). Las EEPP con baja aumentaron un 17% (de 323 a 378) y las EEPP sin baja se incrementaron en un 159% (de 185 a 479).

En los cambios de contingencia, la facturación a las mutuas por asistencia (sin contar prestaciones) ascendió a 95.896,9 euros, estimando en más de un millón de euros la asistencia de las 857 EEPP de 2015.

En este primer año de despliegue regional se ha conseguido superar el objetivo planteado a priori de aumento de registro de EEPP, rompiendo la tendencia histórica y potenciando la cultura de detección de EEPP en todos los agentes.

¹ García AM, Gadea RM, López V. Estimación de la mortalidad atribuible a enfermedades laborales en España, 2004. Rev. Esp. Salud Pública 2007; 81:261-270.

2 Infraestructuras sanitarias

El Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) se constituye al amparo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que propicia la configuración de institutos de investigación sanitaria que serán acreditados a propuesta del Instituto de Salud Carlos III, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, por el que se establece el procedimiento de acreditación de los institutos de investigación sanitaria, fijándose los fines y requisitos.

Por lo que respecta al ámbito de la Región de Murcia, el Plan Regional de Ciencia y Tecnología 2007-2010 establece como acción prioritaria la creación del IMIB. Igualmente, se contempla su creación en el Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia 2007-2013 como centro público gestor de la investigación excelente en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Por último, se presenta su creación como una línea clave del Plan Estratégico de Investigación Biosanitaria (2008-2012) de la Región de Murcia.

En este contexto, el IMIB tiene por finalidad fomentar, desarrollar e integrar la investigación biosanitaria de excelencia en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, así como en el entorno geográfico o colaborativo del mismo, con especial atención a aquella investigación de carácter cooperativo, transversal y multidisciplinar y con objetivo marcadamente traslacional.

El IMIB viene auspiciado por el gobierno regional a propuesta de la Consejería de Sanidad y Política Social, con la colaboración de la Consejería de Universidades, Empresa e Investigación, el Servicio Murciano de Salud, la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, la Universidad de Murcia, configurándose como un instrumento al servicio de las políticas sanitarias y de ciencia y tecnología de la Región de Murcia.

El IMIB carece de personalidad jurídica propia, por lo que los actos jurídicos necesarios para la consecución de sus fines son adoptados por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, que se designa en el citado convenio como órgano de gestión del Instituto, sin perjuicio de las competencias de cada una de las instituciones que se asocian.

El IMIB se acreditó en enero de 2015 como instituto sanitario de acuerdo a los requerimientos exigidos por el Instituto de Salud Carlos III. El Instituto cuenta con un amplio número de grupos clínicos del hospital que interaccionan con grupos de orientación más básica procedentes de la Universidad de Murcia, buscando nuevas sinergias en la investigación biosanitaria.

Uno de los aspectos relevantes en el diseño y desarrollo del IMIB-Arrixaca ha sido ubicar a los grupos de investigación tanto clínicos como a los de orientación más básica en un mismo espacio físico, el edificio de Laboratorios de Apoyo a la Investigación Biosanitaria (LAIB), anexo al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ello ha sido posible gracias a un convenio entre la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia, fraguado en el marco para potenciar el IMIB-Arrixaca. Otro de los objetivos fundamentales del IMIB-Arrixaca es el desarrollo de plataformas o servicios centrales del Instituto que den servicio a las necesidades de los grupos que la componen, con el principal objetivo de optimizar los recursos de investigación y estimular una investigación colaborativa y multidisciplinar de excelencia con vocación traslacional clínica.

Los grupos de investigación se aglutinan en 7 grandes áreas de investigación, las cuales a su vez se dividen en 34 líneas de investigación con más de 600 investigadores implicados.

3 Gestión económico-financiera

En el año 2013, la contabilidad analítica en los centros del SMS tenía escasa cobertura, ya que se limitaba a pocos hospitales y con un grado de desarrollo muy desigual entre ellos.

Ante esta situación se puso en marcha un proyecto de implantación de un sistema de contabilidad analítica realizada de forma centralizada, desde los Servicios Centrales que integra la atención primaria y la especializada.

Este proyecto permite conocer lo que cuesta un servicio clínico, sus actividades y productos (consulta, prueba diagnóstica, cuidado de enfermería, acto médico, estancia, proceso, GRD...), el volumen de los mismos y su relación con el resto de servicios.

Al realizarse la contabilidad analítica en todos los centros con criterios homogéneos, también permite establecer comparaciones de costes entre los distintos centros y proporcionará datos para establecer tarifas o precios públicos.

Y finalmente, permite comparar los costes internos de nuestros procesos con los costes de externalización para cualquiera de las modalidades de concertación (medios propios o medios ajenos).

En 2015 se ha realizado la parametrización básica de cada una de las áreas, la carga de los datos de costes de personal, los costes de funcionamiento y la actividad asistencial. Se ha realizado el cálculo del coste por paciente de las nueve áreas de salud del Servicio Murciano de Salud y del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Este coste por paciente incluye todas las actividades realizadas a los mismos (consultas, pruebas, hospitalización, urgencias, cirugía, hospitales de día, unidosis, receta, prótesis, alimentación...) a falta, solamente, de la actividad por paciente relacionada con los laboratorios de algunos hospitales y de una parte de la actividad concertada abonada desde Servicios Centrales.

4 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

La única población fuera de los límites de la Región de Murcia a la que se presta asistencia sanitaria de forma regular es la residente en el municipio de Nerpio (Albacete), dependiente de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

También existe una asistencia puntual, sobre todo de urgencia, a otros municipios o localidades de Castilla - La Mancha y Andalucía, pero que no entran en el concepto de asistencia *habitual*.

Tabla 4-1 Población del municipio de Nerpio según edad y sexo (grupos quinquenales), 2015

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4	24	23	47
5- 9	30	23	53
10-14	29	31	60
15-19	45	20	65
20-24	31	36	67
25-29	42	32	74
30-34	35	30	65
35-39	56	36	92
40-44	66	40	106
45-49	61	56	117
50-54	54	39	93
55-59	43	26	69
60-64	37	34	71
65-69	26	40	66
70-74	62	48	110
75-79	52	64	116
80-84	50	40	90
85-	32	41	73
Total	775	659	1.434

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (I.N.E). Estadística Padrón Continuo a 1 de enero de 2015.

Tabla 4-2 Agrupación según tramos poblacionales del Fondo de Garantía Asistencial en menores y mayores de 65 años según sexo, 2015

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
< 65 años	553	426	979	68,3
> 65 años	222	233	455	31,7
Total	775	659	1434	100

Fuente: Elaboración propia a partir de I.N.E. Estadística Padrón Continuo a 1 de enero de 2015.

No existe un convenio/protocolo de colaboración entre ambas comunidades autónomas. En la etapa final de la legislatura pasada, desde el Servicio Murciano de Salud se propuso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha un borrador de convenio, basado en la práctica habitual, que no tuvo respuesta oficial. Está pendiente de volver a proponerlo y debatirlo.

Al no haber ningún convenio firmado, no existe ningún régimen de compensación de forma de pago. La propuesta que se envió desde la Región de Murcia aplicaba las tarifas acordadas para las compensaciones del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) por asistencia especializada, con las correcciones necesarias en función de lo que finalmente se acordara entre las dos comunidades autónomas.

Existen reuniones periódicas entre la Gerencia del Área de Salud IV de la que depende el Hospital Comarcal del Noroeste, y la Gerencia del Hospital de Hellín, del que depende la asistencia especializada de Nerpio.

Actualmente no existe acceso a la historia clínica, aunque se podría habilitar, para los médicos de Nerpio, el acceso a la historia hospitalaria de sus pacientes y/o a la historia compartida del SMS, y/o a la historia compartida del Sistema Nacional de Salud. Los informes correspondientes se emiten, por las dos partes, en papel.

Los ciudadanos mantienen su tarjeta sanitaria individual emitida por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y con ella se les atiende cuando son derivados o acuden al Hospital Comarcal del Noroeste. No obstante, en este Hospital, se les registra como pacientes desplazados procedentes de la Comunidad de Castilla-La Mancha, para asignarles un CIP autonómico y un número de historia clínica vinculado al mismo, aunque como atención especializada no se incluye ningún tipo de apunte de compensación en el FOGA.

Cartera de servicios:

- La atención primaria de salud se presta desde el Centro de Salud de Nerpio, con financiación íntegra por SESCAM. No forma parte de las prestaciones sistemáticas que presta a los ciudadanos de Nerpio la Región de Murcia y, por lo tanto, no forma parte del posible objeto del convenio, salvo asistencia puntual por la Unidad Medicalizada de Emergencia (UME) de Caravaca, que puede ser compensada por los mecanismos ya aprobados para el FOGA, o salvo que la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha plantease otras necesidades.
- Se presta asistencia especializada sistemática mediante derivación directa de los médicos de atención primaria de Nerpio en las siguientes situaciones:
 - Analítica: se suministran desde el Hospital de Caravaca tubos y material específico de extracción e impresos homologados de analítica. La extracción y recogida de muestras se realiza en Nerpio, por personal del SESCAM, y se envía, por procedimientos de mensajería contratados por el SESCAM, al Hospital de Caravaca. Una vez realizada la analítica en el Hospital de Caravaca se envían los resultados al Centro de Salud de Nerpio.
 - Exploraciones complementarias de imagen (radiología básica, ecografía, TAC, RNM, endoscopia digestiva...) u otras: se aceptan las peticiones que se reciben en el Hospital Comarcal de Noroeste, aplicando la misma cartera de servicios a la que tienen acceso los médicos de atención primaria de Murcia, tanto si son pruebas que el propio hospital puede realizar, como si hay que gestionarlas en centros concertados.
 - Interconsultas a las especialidades que forman parte de la cartera de servicios del Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca) y/o derivaciones a urgencias hospitalaria y/o para ingreso: se aceptan todas las derivaciones procedentes de médicos del Centro de Salud de Nerpio. Una vez valorada la derivación, si no forma parte de la cartera de servicios del Hospital Comarcal del Noroeste, se tramita al Hospital de Hellín para que la asuma con recursos propios o proceda a la derivación a hospitales de referencia de la Comunidad de Castilla-La Mancha.
 - Se realiza dispensación hospitalaria de fármacos a la población de Nerpio, pero no se dispone de información para afirmar que esa asistencia sea exclusiva.
 - Transporte sanitario: actualmente lo asume íntegramente la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, salvo excepciones puntuales de extrema urgencia.

- Atención de emergencias: lo asume Castilla - La Mancha, salvo situaciones puntuales que se asumen desde la UME (061) de Caravaca y que se pueden compensar como *asistencia fuera de hora* contempladas como excepcionales en los mecanismos de compensación del FOGA.
- Otras prestaciones: posibilidad de asistencia urgente por parte de la UME; posible apoyo a catástrofes, que sería asumido sin necesidad de compensación; posibles derivaciones a hospitales de tercer nivel (servicios de referencia) o farmacia hospitalaria de alto coste, que serían asuntos a debatir.

Tabla 4-3 Actividad asistencial en el hospital Comarcal del Noroeste derivada de la atención prestada a la población de Nerpío, 2013-2015

Actividad Hospital Comarcal del Noroeste	2013	2014	2015
	Número	Número	Número
Consultas externas	1.541	1.497	1.507
Primeras	657	629	619
Sucesivas	884	868	888
Exploraciones complementarias	16.631	16.797	17.649
Unidades analíticas	15.871	16.147	17.039
Radiología simple	500	421	361
Otras imagen	232	207	238
Endoscopia	28	22	11
Ingresos hospitalarios			
Nº ingresos	96	92	80
Estancias	712	589	549
Urgencias hospital	365	365	410
Intervenciones quirúrgicas	67	61	73
Urgentes	5	6	13
Programadas	62	55	60
Dispensación ambulatoria en los servicios de farmacia hospitalaria			
Pacientes	14	9	12
Envases	174	56	72

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Actividad Existencial del Hospital Comarcal del Noroeste.

Cuestiones a considerar:

1. El Servicio Murciano de Salud, tramitó una propuesta de convenio en la etapa final de la anterior legislatura que, quizás por premura, no recibió ninguna contestación.
2. La actitud del Servicio Murciano de Salud es:
 - Considerar como un objetivo común, entre las dos comunidades, prestar la mejor asistencia sanitaria posible a la población afectada.
 - Al no ser población dependiente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, pensamos que la iniciativa y/o la toma de decisiones depende fundamentalmente de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
 - No obstante, desde las transferencias sanitaras (enero de 2002) no se ha adoptado ninguna acción limitativa por parte del Servicio Murciano de Salud que pudiera perjudicar a los ciudadanos de Nerpío y entendemos que la mejor opción es llegar a un acuerdo con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, responsable directa de prestar y asegurar la asistencia sanitaria a estos pacientes.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Participación y formación de los profesionales de los centros de salud, 2015	12
Tabla 1-2	Resultados del seguimiento de factores de riesgo en personas con episodios activos de esquizofrenia y otras psicosis, 2015	13
Tabla 4-1	Población del municipio de Nerpio según edad y sexo (grupos quinquenales), 2015	21
Tabla 4-2	Agrupación según tramos poblacionales del Fondo de Garantía Asistencial en menores y mayores de 65 años según sexo, 2015	21
Tabla 4-3	Actividad asistencial en el hospital Comarcal del Noroeste derivada de la atención prestada a la población de Nerpio, 2013-2015	23

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AH Atención Hospitalaria

AP Atención Primaria

B

BOE Boletín Oficial del Estado

BORM Boletín Oficial de la Región de Murcia

C

CIP Código de Identificación Personal

CS Centro de Salud

D

DM Diabetes Mellitus

E

EE Enfermera de Enlace

EEPP Enfermedades Profesionales

EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ER Enfermedades Raras

F

FOGA Fondo de Garantía Asistencial

FRCV Factores de Riesgo Cardiovascular

G

GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico

H

HTA Hipertensión Arterial

I

I.N.E Instituto Nacional de Estadística

IMC Índice de Masa Corporal

IMIB Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria

IPREM Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

IR Internista de Referencia

L

LAIB Laboratorios de Apoyo a la Investigación Biosanitaria

M

MI Medicina Interna

O

OMI-AP Oficina Médica Informatizada Atención Primaria

ONGs Organizaciones no Gubernamentales

P

PCC Pacientes Crónicos Complejos

R

RD Real Decreto

RDR Spanish Rare Diseases Registries Research Network-Spain

RNM Resonancia Nuclear Magnética

S

SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SIER	Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia
SMS	Servicio Murciano de Salud

T

TAC	Tomografía Axial Computarizada
TI	Tecnologías de la Información
TMG	Trastorno Mental Grave

U

UME	Unidad Medicalizada de Emergencias
UCE	Unidad de Corta Estancia

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Foral de Navarra



Índice

Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra	7
1.2 Principales líneas de actuación en Salud Pública	8
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Programas -acciones de salud más relevantes	11
2.2 Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos	12
3 Infraestructuras sanitarias	15
3.1 Infraestructuras sanitarias realizadas en el año 2014	15
3.2 Infraestructuras sanitarias realizadas en el año 2015	16
4 Recursos humanos	19
4.1 Organización de la prevención	19
4.2 Evaluación de riesgos	19
4.3 Vigilancia de la salud	20
4.4 Formación específica en prevención de riesgos laborales	20
5 Gestión económico-financiera	21
6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	25
6.1 Convenio con Euskadi-País Vasco	25
6.2 Convenio con La Rioja	27
6.3 Convenio con Aragón	28
6.4 Otros acuerdos: Francia (municipio de Izpura)	29
6.5 Resumen de los convenios firmados	30
Índice de tablas	31
Índice de gráficos	33
Abreviaturas, acrónimos y siglas	35
Bibliografía	37

Resumen

Durante el bienio 2014-2015 el Sistema Sanitario Público de Navarra se ha apoyado en el desarrollo de las líneas estratégicas y en sus correspondientes proyectos definidos en el *Modelo de Atención Sanitaria de Navarra* y concretados en el *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*, aprobado el 16 de septiembre de 2014 por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra.

Las estrategias de salud descritas en el mencionado Plan se concretan en las siguientes líneas:

- Prevención y Promoción Infantil y Adolescente
- Promoción de la Salud y Autocuidados en Adultos
- Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía
- Prevención y Atención al Cáncer
- Prevención y Atención en Salud Mental
- Atención a la Demencia y otras enfermedades Neurodegenerativas
- Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes
- Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes
- Prevención y Atención a Enfermedades Respiratorias
- Atención a Pacientes Pluripatológicos
- Cuidados Paliativos y Dolor
- Seguridad del Paciente

Estas estrategias se despliegan en un conjunto de Programas, muchos de ellos vertebrados por la Estrategia de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico de Navarra, que se ha pilotado desde octubre del 2014 a septiembre del 2015.

1 Salud Pública

1.1 El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

La salud pública en Navarra incluye también el ámbito de la salud laboral, a diferencia de otras comunidades autónomas. En 2012 se creó el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), como fusión de dos estructuras anteriormente separadas, el Instituto de Salud Pública y el Instituto de Salud Laboral. Su actual estructura modificada en 2015 incluye 5 Servicios y 13 Secciones; en él trabajan en la actualidad alrededor de 300 personas (320 plazas), de variadas disciplinas y profesiones. Su presupuesto en 2014, fue de 18.353.042 euros, en 2015, de 17.732.041 euros y en 2016 será de 19.199.482 euros.

El ISPLN lleva a cabo un amplio abanico de funciones encaminadas a mejorar la salud colectiva que, lógicamente, han ido evolucionando en el tiempo de manera importante. Vigila el estado de salud de la población y sus determinantes para lo que dispone de diversos sistemas de información que recogen y analizan la información sobre la situación de salud en los diferentes ámbitos. Responde a los riesgos y daños detectados con medidas de distinta naturaleza, desde las de protección de la salud colectiva, del área de la salud laboral, seguridad alimentaria y salud ambiental, incluyendo un laboratorio de salud pública propio, hasta medidas de prevención de enfermedades transmisibles mediante control de brotes y vacunaciones, entre otras.

Asimismo, se llevan a cabo programas preventivos de cribado, orientados a la detección precoz de algunas enfermedades y su tratamiento temprano, que se ofrecen activamente al conjunto de la población. Finalmente, se llevan a cabo actuaciones de promoción de la salud, desde un enfoque de salutogénesis, salud en todas las políticas y equidad en salud. Se trabaja en las diversas etapas del ciclo vital y en los variados estilos de vida relacionados con la salud, para contribuir a la capacitación y empoderamiento de la ciudadanía, así como a la generación de entornos físicos y sociales en los que las opciones saludables resulten más fáciles de elegir.

La orientación del Sistema de Asistencia y Sanitario, hacia la prevención y promoción de salud, incluido el desarrollo de líneas de acción para mejorar la información y educación de pacientes y familiares, resulta de vital importancia. El amplio desarrollo que la Atención Primaria en Navarra tiene en estas áreas y el hecho de que mantenga una larga, estrecha y positiva colaboración con las estructuras de salud pública son aspectos muy positivos a resaltar.

1.2 Principales líneas de actuación en Salud Pública

Tabla 1-1 Principales líneas de actuación del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2014 y 2015

	Actuaciones
Salud Laboral	<p>Investigación y análisis de accidentes laborales: 20.651 declarados en 2015, 842 más que en 2014. Graves y mortales descienden: de 66 a 64 y de 12 a 10.</p> <p>III Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo: realización y análisis.</p> <p>Creación en 2014 del Grupo de Trabajo seguimiento de la patología de amianto.</p> <p>Mejora de los sistemas de transmisión telemática de IT y de los circuitos de coordinación.</p> <p>Participación en la Campaña Europea 2014-2015 de salud laboral "Gestionamos el estrés laboral": Portal Web (4.293 visitas), Curso Universidades, Jornada y ciclo de cine.</p>
Epidemiología y Prevención Sanitaria	<p>Vigilancia y control epidemiológico sistemático de las EDO. Protocolo de manejo de las ITS en Atención Primaria.</p> <p>Elaboración y publicación del Calendario oficial de vacunaciones de adultos de Navarra (OF 349/2015).</p> <p>Realización del registro de Ictus para Navarra con información desde CMBD y Mortalidad.</p> <p>Extensión geográfica y/o poblacional de los programas de cribado: detección precoz de cáncer de colon y recto, cáncer de mama, hipoacusias neonatales y Metabolopatías.</p>
Promoción de la Salud Comunitaria	<p>Creación del Observatorio de Salud Comunitaria.</p> <p>Encuesta de Juventud y Salud: realización, análisis y publicación.</p> <p>Estrategia de crónicos. Autocuidados: elaboración de protocolos educativos para profesionales y materiales para pacientes, implementación de la Escuela de pacientes/Escuela de Salud, inclusión de la receta de estilos de vida saludables en AP.</p> <p>Proyecto/Campaña Muévete dirigida a mayores de 55 años y enfermos crónicos: formación y guía para prescripción de ejercicio por los profesionales de AP, materiales para población, señalización de edificios.</p> <p>Programas de Promoción de Salud de la Comunidad Gitana de Navarra: Intensificación de Talleres de estilos de vida en jóvenes y hombres.</p> <p>ForoSalud: pacientes y profesionales debaten y plantean propuestas de mejora en un ámbito específico de la salud navarra (4 en 2014/15: trastornos mentales en población infanto-juvenil, cánceres, escuela de pacientes, seguridad del paciente).</p>
Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental	<p>Aumento de la cobertura del control de la calidad de las aguas de consumo humano (totalidad de la población, 1.500 muestras/año).</p> <p>Inclusión de residencias de ancianos (40) en el programa de prevención de legionelosis.</p> <p>Control de seguridad química: registro (300 servicios) y curso de formación para manipuladores de biocidas. Control de radiaciones ionizantes (140 inspecciones).</p> <p>Modernización del RGSEAA (Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos): 6.366 empresas. Inspecciones de Seguridad Alimentaria: 2014: 6.473 inspecciones, 5.722 actas, 1.641 muestras analizadas y 304 expedientes sancionadores.</p> <p>Ampliación del alcance de acreditación y de las técnicas validadas (23 en Seguridad Alimentaria y 4 en Sanidad Ambiental) y puesta en marcha del nuevo equipamiento analítico del Laboratorio de Salud Pública.</p> <p>Estudio unificación laboratorio de salud pública (ISPLN y Ayuntamiento de Pamplona).</p>

Fuente: Elaboración propia Instituto de Salud pública y Laboral de Navarra.

A partir de octubre de 2015, se modifica la Estructura del ISPLN encaminada a modernizar globalmente la estructura y funciones, a la mejor integración de las Secciones y Servicios de salud laboral y a potenciar las funciones de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas, así como a favorecer mayor participación y transparencia, tanto en las estructuras de funcionamiento interno como en las participativas, que incluyen a los diferentes agentes sociales.

Por otra parte, se comienza a finales de 2015 la elaboración de un Plan de salud pública y laboral, con un amplio proceso participativo de todos sus profesionales, que incluye diversas mejoras para adecuarse y responder mejor a varios retos y cambios de los próximos años:

- Cambios en la situación de salud de Navarra y sus determinantes.
- Recientes legislaciones y reglamentaciones técnico-sanitarias, tanto europeas como estatales y navarras.
- Nuevo Plan de salud 2014-2020, que incluye la salud pública en sus principios, objetivos y estrategias prioritarias.
- Acuerdo programático de legislatura, que recoge entre sus compromisos impulsar la salud pública y la salud en todas las políticas, incluyendo medidas relacionadas con la mejora de la salud en mayor o menor grado en todos los Departamentos.
- Plan de acción del conjunto del Departamento de salud, con dos ejes estratégicos. El primero se ejecuta a través del Plan de Salud Pública, y el segundo integra la orientación del sistema a la prevención y la promoción de salud, a través de proyectos específicos priorizados, como información y educación a pacientes y familiares, integración de la prevención en el tratamiento: receta de estilos de vida y otros.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Programas - acciones de salud más relevantes

- Finalización del proceso de unificación de todos los servicios del Complejo Hospitalario de Navarra, pasando de 72 a 40 servicios médicos.
- Puesta en marcha del Laboratorio Unificado de Navarra (LUNA) para la atención programada de toda Navarra en Pamplona.
- La estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos, habiéndose completado en este período el proceso del pilotaje en 5 Zonas Básicas de Salud y evaluación del pilotaje a los seis meses de inicio de la estrategia de atención a este tipo de pacientes (se detalla en punto 2.2).
- Finalización del Registro de Casos de Salud Mental de Navarra: integración en las herramientas de información sanitaria del Servicio Navarro de Salud de la Historia Clínica y Sistemas de información de actividad.
- Evaluación de la calidad de los centros de salud mental llevada a cabo en 5 centros de la Red de Salud Mental de Navarra según modelo EFQM.
- Puesta en marcha del Nuevo Plan funcional de Hospitales de día de atención a trastornos de la Conducta Alimenticia.
- Nuevos Programas Transversales de atención en la Red de Salud Mental:
 - Programa Asistencial de Trastornos Adictivos
 - Programa Asistencial de Trastorno Límite de Personalidad
 - Práctica Psicoterapéutica en la Red de Salud Mental de Navarra: *Análisis de Situación y Propuesta de Mejora*, en la que se realiza un análisis detallado teórico-práctico y una propuesta para aumentar el uso de la psicoterapia en la práctica clínica para paliar el déficit de oferta detectado y recogido en el Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016.
- El despliegue de la primera fase del Plan de Mejora de Atención Primaria de manera que la totalidad de los centros de salud navarros tienen ya implantada la consulta en el día, la receta electrónica y la atención telefónica sanitaria.
- El *Estudio de comunicación profesional-paciente en procesos oncológicos*, del que se han puesto en marcha iniciativas de cambio en 4 campos diferenciados de la relación entre profesionales y pacientes.
- El pilotaje del programa de atención domiciliaria sociosanitaria y de convalecencia residencial rehabilitadora, realizado en Tafalla para pacientes con fractura de cadera o accidente cerebro-vascular.
- La puesta en funcionamiento del Servicio de Consejo Sanitario para toda Navarra y el pilotaje de un programa de telemonitorización en residencias en el municipio de Tafalla.
- La presentación del nuevo portal web de salud para la ciudadanía, uno de cuyos objetivos fundamentales es promover el acceso a los servicios on line. Además de dos nuevos servicios: la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, y el Visor de lista de espera quirúrgica, a través del cual cualquier persona en espera puede consultar su situación en tiempo real.
- Proceso de creación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra con entrega de documentación al Instituto Carlos III para la acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra. Diseñado un Plan de Promoción de la Investigación para aumentar un 60% la producción científica en el SNS-O.

- El desarrollo de los sistemas de información orientados a la evaluación de resultados clínicos, con el diseño y desarrollo del Cuadro de Mando Integral. Se pusieron en marcha con el objetivo de definir un modelo autónomo y corporativo de evaluación de resultados clínicos y de gestión. Nuevo Cuadro de Mando del Programa de Crónicos y Panel de Control Crónicos.
- La implantación del programa de Contabilidad Analítica en el Hospital Reina Sofía y Salud Mental. Este programa de contabilidad analítica permite incorporar la actividad de los distintos centros de coste, calcular el coste de las distintas prestaciones, suministrar información de clasificación clínica y económica del paciente, comparar costes frente a ingresos, etc.
- El impulso a la gestión clínica como herramienta nuclear para fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros y mejorar la organización del trabajo.

2.2 Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos

Tabla 2-1 Descripción de los elementos de la Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos de la Comunidad Foral de Navarra	
Elementos	Descripción
Marco estratégico	Estrategia Navarra de Atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (aprobada: julio 2013) Plan de Salud Navarra 2014-2020 (aprobado: septiembre 2014) Recomendación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: <i>Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud</i> (aprobada: junio 2012) Documento de referencia OMS <i>Preventing Chronic Diseases, a vital investment</i>
Tipo de intervención	Diseño, pilotaje y evaluación
Duración	Pilotaje: del 1 octubre 2014 al 30 septiembre 2015 Evaluación: a partir de la finalización del pilotaje
Áreas de salud incluidas e implicadas	5 Zonas Básicas de Salud (ZBS); 11% de la población Navarra Servicios de urgencias extrahospitalarios Centros de salud mental de referencia para esas ZBS Los 3 hospitales de Navarra Equipos de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios
Perfil de pacientes incluidos	Total 599 pacientes incluidos Pacientes pluripatológicos moderados-severos (definición: al menos presenta tres de las patologías priorizadas en la estrategia: asma, EPOC, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, demencia, insuficiencia renal, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedades Cardiovasculares (ECV)) Pacientes con demencia de cualquier severidad Pacientes con insuficiencia cardiaca moderada-severa
Objetivos	Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores Mejorar la satisfacción de pacientes crónicos y de su entorno con la atención Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial Promover en los profesionales una cultura de mejora continua
Líneas Estratégicas	Estratificar la población identificando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención

	<p>Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador</p> <p>Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación</p> <p>Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en este ámbito</p> <p>Desarrollar un modelo colaborativo para el gobierno y gestión del cambio</p>
Modelo de organización	<p>Identifica los agentes intervinientes en el Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas y las funciones que deben realizar</p> <p>Soluciona la división entre entornos asistenciales en el modelo sanitario actual (AP vs AE): paciente y cuidadores se mueven sin obstáculos entre los distintos ámbitos, tanto asistenciales como socio-sanitarios</p>
Evaluación	<p>Análisis cuantitativo con un diseño antes-después (12 meses de exposición frente a los 12 meses previos pre-exposición)</p> <p>Comparativa entre grupos de intervención frente a los controles, evaluación cualitativa a través de entrevistas con los profesionales participantes en el proyecto para detectar áreas de mejora antes del despliegue.</p> <p>Comparativa entre grupos de intervención frente a los controles, evaluación cualitativa a través de encuestas a pacientes y a cuidadores</p> <p>Se considera necesario introducir algunas modificaciones en el modelo de atención antes de desplegar la estrategia al resto de las ZBS de Navarra</p>

Observaciones: AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria; DM: Diabetes Mellitus; ECV: Enfermedades Cardio-Vasculares; EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica; OMS: Organización Mundial de la Salud; ZBS: Zona Básica de Salud.

Fuente: elaboración propia Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea.

Para llevar a cabo este proyecto, se han desarrollado una serie de herramientas de ayuda entre las que destacamos:

- Diseño del Portal de Salud de Navarra como herramienta de ayuda al autocuidado.
- Implementación del Servicio Telefónico de Consejo, atendido por enfermeras y abierto a toda la población, con funciones específicas en la continuidad asistencial de pacientes incluidos en los circuitos específicos.
- Herramienta en la Historia Clínica de Atención Primaria para la Prescripción de Estilos de vida.
- Materiales editados para pacientes y profesionales accesibles desde la web http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/.
- Autoayuda y colaboración con asociaciones de pacientes
- Se ha fomentado el establecimiento de alianzas con asociaciones de pacientes, de cuidadores y de voluntariado con objeto de promover el autocuidado, así como se han impulsado acuerdos con ONGs que trabajan en su entorno social para colaborar con la estrategia de apoyo al cuidador.
- Escuela de Pacientes

La Escuela pretende apoyar y ayudar a quienes en esta situación quieren afrontar mejor su enfermedad y cuidarse más para tener más salud y bienestar. También pretende ayudar a las personas que cuidan, a cuidar y cuidarse. Se ha creado y formado el grupo de profesionales y pacientes docentes de la Escuela de Pacientes, con el desarrollo de una web propia.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Infraestructuras sanitarias realizadas en el año 2014

- El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) inicia las obras de construcción de dos edificios para albergar unidades de Salud Mental de Larga y Media Estancia con dotación para nuevos programas ambulatorios.
- En el Complejo Hospitalario de Navarra se pone en funcionamiento un nuevo edificio que alberga un servicio unificado de Urgencias, que supone pasar de los 1.500 m² existentes en las antiguas unidades a 3.500 m², con acceso exclusivo para ambulancias, con circuitos diferenciados para atención de leves y graves, con salas de espera independientes.
- Igualmente en este mismo centro, en el denominado pabellón C, se inicia la puesta en marcha de unas instalaciones y equipamientos que albergarán servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital de Día Oncológico, dos quirófanos, y 30 habitaciones (42 camas).
- Los servicios de Docencia (Departamento de Salud) y Atención al Paciente (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea) han constituido el Centro de Experiencias Sanitarias, que con una superficie de 240 m², cuenta con cinco áreas para la realización de diferentes procesos de simulación (laparoscopia, paciente crítico, ecografía, análisis de la experiencia y consulta médica), con el correspondiente equipamiento médico y pacientes simulados necesarios para la realización de dichas simulaciones.
- Se ha logrado el funcionamiento del Laboratorio Unificado de Navarra (LUNA).
- Más detalladamente y por Áreas podemos destacar:
 - Complejo hospitalario de Navarra*
 - Obras de remodelación de quirófanos, UCI, y Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA) en el edificio Hospital Virgen del Camino.
 - Obras y equipamiento de urgencias.
 - La actualización de una resonancia magnética.
 - Equipo de ecocardiografía para el servicio de cardiología con sonda trans-esofágica.
 - Equipamiento y puesta en funcionamiento parcial del llamado pabellón C.
 - Obras de reforma en sótano de urgencias.
 - Ampliación del correo neumático.
 - Área de Tudela*
 - Torre de laparoscopia, nuevo ecógrafo y respirador para quirófano.
 - Reforma en consultas de cardiología.
 - Área de Estella*
 - Renovación de equipamiento diverso (TAC multicorte y mesa quirúrgica).
 - Atención Primaria*
 - Obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Echavacoiz.
 - Obras de reforma del Centro de Salud de Burlada.
 - Obras de reconstrucción y reforma del Centro de Salud de Elizondo.
 - Nuevo almacén de suministros.
 - Acciones de reforma para mejora energética en cinco centros de salud.
 - Mejora del equipamiento médico de los consultorios.

Salud Mental

- Obras de reforma y ampliación del área de psiquiatría fase 1 y fase 2 del centro San Francisco Javier.

Servicios Centrales

- Adaptación nuevas oficinas.

Atención al paciente

- Centro de Experiencias Sanitarias.

Banco de Sangre y Tejidos de Navarra

- Instalación de hemoglobínómetro.

Tabla 3-1 Inversiones en infraestructura sanitarias del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, 2014

Áreas de actuación	Inversión en euros
Complejo Hospitalario de Navarra	6.845.004,7
Área de Tudela	394.092,8
Área de Estella	403.579,9
Atención Primaria	931.440,6
Salud Mental	351.748,0
Servicios Centrales	389.325,2
Banco de Sangre y Tejidos	13.640,2
Total	9.328.831,5

Fuente: Elaboración propia Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3.2 Infraestructuras sanitarias realizadas en el año 2015

- El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea finalizó las obras de remodelación para quirófanos, UCI y URPA en el edificio Hospital Virgen del Camino del Complejo Hospitalario de Navarra; complementariamente a estas obras se mejoraron las instalaciones de suministro eléctrico y de seguridad ante incendios, lo que junto al importante esfuerzo en equipamiento permite la puesta en funcionamiento de las dos nuevas UCI (UCI del edificio Hospital de Navarra (24 camas) en la planta primera del Pabellón C, y UCI del edificio Virgen del Camino (14 camas) situada en la planta tercera de un nuevo edificio, la Cirugía mayor Ambulatoria (CMA) y endoscopia (6 nuevas salas de exploraciones digestivas y 10 Boxes de adaptación al medio y despertar, instalados en la planta baja del Pabellón C).
- En noviembre de 2015 se recepciona y pone en funcionamiento la nueva sala de Hemodinámica del Complejo Hospitalario de Navarra.
- En el Área de Tudela se pusieron en funcionamiento las nuevas instalaciones de bloque quirúrgico, área de partos y esterilización del Hospital Reina Sofía, y en el último trimestre se realizaron las obras de habilitación de espacios para los hospitales de día.
- En atención primaria, como actuación más destacable, señalamos la ampliación y reforma efectuada en el Centro de Salud de Echavacoiz. También se han realizado pequeñas actuaciones en algunos centros de salud, varias de ellas encaminadas la mejora de la eficiencia energética, fundamentalmente en calefacción.
- Más detalladamente y por Áreas podemos destacar:

Complejo Hospitalario de Navarra

- Finalización de las obras de remodelación de quirófanos, UCI, y URPA en el edificio Hospital Virgen del Camino.
- Equipamiento para la puesta en funcionamiento de las nuevas unidades de UCI, Endoscopia y CMA.
- Sustitución de la cubierta del Pabellón M5, Psiquiatría.
- Instalación de una sala de cardiología intervencionista con panel plano.
- Obras para la instalación del nuevo Hospital de Día de Hematología en las antiguas Urgencias del Hospital de Navarra.

Área de Tudela

- Equipamiento y puesta en funcionamiento del nuevo bloque quirúrgico.
- Suministro e implantación de un mamógrafo digital con tomosíntesis.
- Obras de acondicionamiento de espacio para hospitales de día.

Área de Estella

- Renovación de equipamiento en la central de esterilización.

Atención Primaria

- Finalización de las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Echavacoiz y equipamiento de la ampliación realizada.

Salud Mental

- Continuación de las obras de reforma y ampliación del área de psiquiatría fase 1 fase 2 del centro San Francisco Javier.
- Remodelación del área administrativa de la Dirección de Salud Mental.

Servicios Centrales

- Renovación de pavimento en prevención de riesgos laborales.
- Adaptación de un proyecto para sala de calderas en Clínica Ubarmin.
- Mobiliario en oficinas de servicios centrales.

Atención al paciente

- Ampliación del equipamiento del Centro de Experiencias Sanitarias.

Banco de Sangre y Tejidos de Navarra

- Instalación de una sala blanca para procesamiento de tejidos.

Tabla 3-2 Inversiones en infraestructura sanitarias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2015

Áreas de actuación	Inversión en euros
Complejo Hospitalario de Navarra	7.392.640,5
Área de Tudela	2.979.649,0
Área de Estella	164.998,2
Atención Primaria	817.703,6
Salud Mental	3.845.328,3
Servicios Centrales	29.838,5
Atención al Paciente	38.603,8
Banco de Sangre y Tejidos	159.679,6
Total	15.428.441,5

Fuente: Elaboración propia Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

4 Recursos humanos

La publicación del Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, ha establecido una nueva estructura del SNS-O que diferencia de forma nítida la alta dirección, que se sitúa en los Órganos Centrales, de la Estructura Periférica que asume la gestión de los centros sanitarios.

Así mismo se centraliza la Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, que se refuerza con dos Subdirecciones y se descentraliza una parte de las estructuras de gestión de personal y gestión económica, devolviendo a los centros sanitarios las responsabilidades necesarias en dichas materias, hecho que se traduce en que las Jefaturas de Personal y Gestión Económica y Servicios Generales vuelven a depender de las Gerencias de los centros respectivas.

En lo referente a sus órganos centrales, el SNS-O recupera el Servicio de Sistemas de Información Sanitaria y el Servicio de Régimen Jurídico, que dependerán directamente de la Dirección Gerencia.

Por su parte, las Direcciones de Atención Primaria, del CHN y de Salud Mental pasan a ser auténticas Gerencias Asistenciales con el carácter de órganos periféricos. Además se crean las Gerencias Integradas en las Áreas de Salud de Tudela y Estella/Lizarra, de las que dependen tanto el Hospital como los Centros de Atención Primaria del Área.

4.1 Organización de la prevención

Como acciones relacionadas con la integración de la prevención en la línea jerárquica se pueden destacar las siguientes:

- Se han desarrollado los Planes de Acción Preventiva aprobados por el Comité Central de Prevención.
- Se han desarrollado Planes de Acción Específicos derivados de la Evaluación de Riesgos en varios centros del SNS-O, impulsados por la dirección de dichos centros.
- Se ha creado el Comité de Prevención del Complejo Hospitalario de Navarra, que absorbe al Comité de Autoprotección del Centro.
- Se ha incorporado un nuevo Técnico de Prevención de Riesgos Laborales al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

4.2 Evaluación de riesgos

- Evaluaciones de riesgos por puesto de trabajo:

Se ha realizado la evaluación de riesgos por puesto de trabajo, el Plan de Autoprotección, la formación del personal en materia de prevención de riesgos laborales y la implantación del Plan de Prevención, en diversos centros de salud y unidades funcionales del Complejo Hospitalario de Navarra y del Hospital Reina Sofía de Tudela.

- Evaluaciones de riesgos específicas y actuaciones derivadas del plan de prevención realizadas en 2014 y 2015:
 - Múltiples actividades relacionadas con el procedimiento de obras, con el procedimiento de coordinación de actividades empresariales y con el procedimiento de compras.

- Revisión de la totalidad de las notificaciones e investigaciones de accidentes, incidentes y agresiones.
- Actuaciones de mantenimiento e implantación de los Planes de autoprotección de todos los centros, especialmente de los que disponen de pacientes ingresados.
- Apoyo y asesoramiento para el desarrollo e implantación del Protocolo de asistencia al paciente con sospecha de enfermedad por virus del Ébola en los centros del SNS-O.
- Mediciones ambientales derivadas del Procedimiento de control de condiciones de trabajo de contaminantes físicos y químicos.
- Otras actuaciones a demanda, tanto de los responsables de los centros del SNS-O, de los delegados de prevención, de los trabajadores o promovidas por el propio Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Atención a consultas de tipo técnico y de tipo psicosocial realizadas por delegados de prevención, jefaturas o trabajadores.

4.3 Vigilancia de la salud

Se oferta el reconocimiento médico periódico de vigilancia de la salud a los colectivos recogidos en la planificación preventiva para los años 2.014 y 2.015. Las citaciones se realizan mediante carta individualizada a cada trabajador, con una aceptación por encima de la mitad sobre el total de las citaciones enviadas.

Entre otras actuaciones de vigilancia de la salud realizadas se destacan las siguientes en el año 2015:

- Atención a 1.803 consultas médicas individuales de salud relacionadas con las condiciones de trabajo y 869 consultas de enfermería.
- Prevención del riesgo biológico: administración de 3.868 dosis de vacunas y 4.314 actuaciones relacionadas con el calendario vacunal.
- Asistencia y seguimiento en 142 accidentes de riesgo biológico por vía aérea y 310 accidentes de riesgo biológico por vía sanguínea.

4.4 Formación específica en prevención de riesgos laborales

Durante los años 2014-15, el Servicio de Prevención organizó una intensa formación en riesgos laborales con una alta participación.

5 Gestión económico-financiera

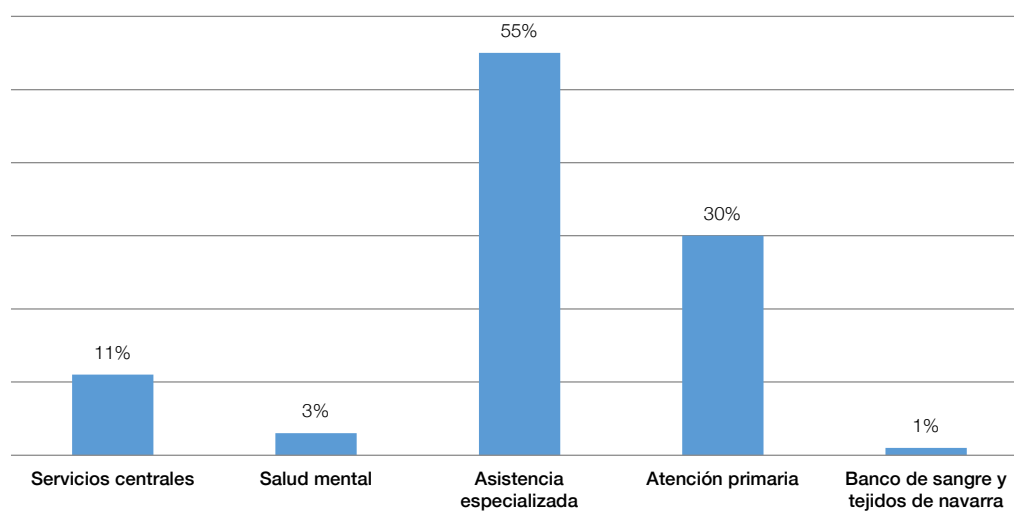
Tabla 5-1 Gasto real por áreas y programas asistenciales, 2014 y 2015

Áreas/ programas	INI 2015	CONS 2015	GR2014	GR2015	% GR20 15/GR 2014	% GR201 5 S/ Ppto Inicial	% Peso específi co GR2015/ Total	% Peso específi co GR2014/ Total
Servicios centrales	91.043.532	105.104.988	91.643.810	104.892.248	14,5	15,2	11,3	10,4
Salud mental	33.136.149	30.549.098	26.935.262	30.381.976	12,8	-8,3	3,3	3,1
Asistencia especializada	495.596.107	513.079.139	485.522.451	513.370.589	5,7	3,6	55,4	55,2
Atención primaria	272.199.592	273.677.762	269.687.698	272.914.753	1,2	0,3	29,5	30,7
Banco de sangre y tejidos de navarra	5.187.997	5.144.625	5.054.952	5.109.677	1,1	-1,5	0,6	0,6
Total general	897.163.377	927.555.612	878.844.174	926.669.244	5,4	3,3	100,0	100,0

Observaciones: (INI) Presupuesto Inicial; (CONS) Presupuesto Consolidado; (GR) Gasto Real.

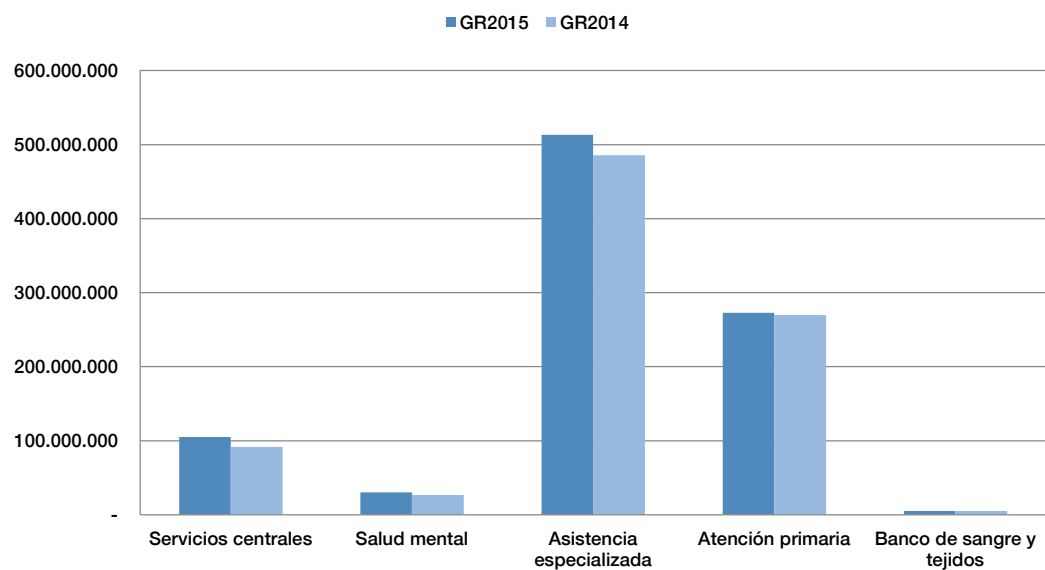
Fuente: Memoria Cuentas Generales del Gobierno de Navarra.

Gráfico 5-1 Gasto real por áreas y programas asistenciales, 2015



Fuente: Memoria Cuentas Generales del Gobierno de Navarra.

Gráfico 5-2 Variación gasto real por áreas y programas asistenciales, 2015-2014



Fuente: Memoria Cuentas Generales del Gobierno de Navarra.

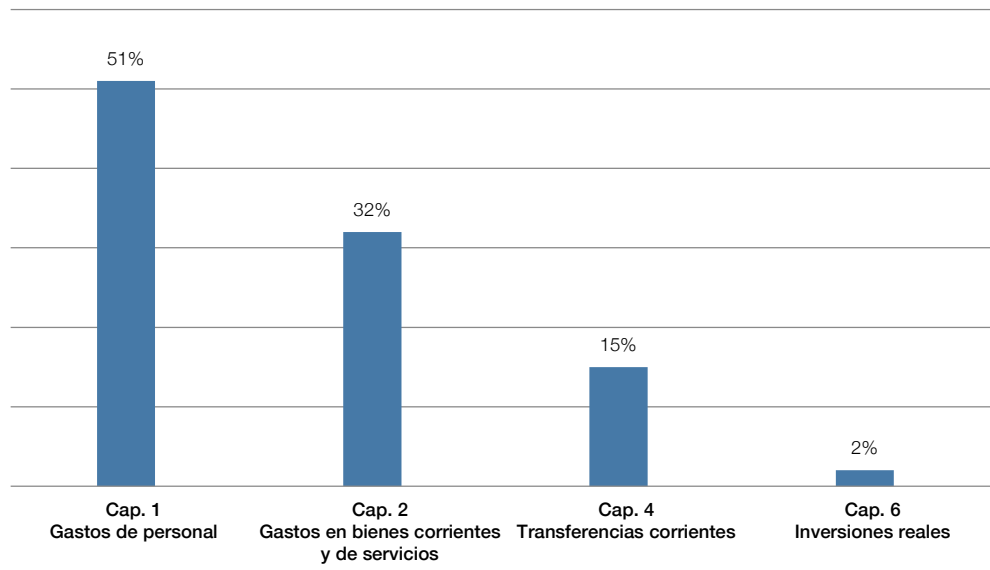
Tabla 5-2 Gasto real por capítulos económicos, 2014 y 2015

Tipo Gastos	Cap	INI 2015	CONS 2015	GR2014	GR2015	% GR2 015/ GR2 014	% GR2 015/ INI2 015	% GR201 5/Total	% GR201 4/INI2 014	GR2015 - GR2014
Gastos corrientes	1	456.501.683	468.936.401	457.637.831	468.490.405	2,4	2,6	50,6	52,1	10.852.573
	2	281.799.687	299.454.325	270.914.072	299.298.255	10,5	6,2	32,3	30,8	28.384.182
	4	141.934.972	143.546.138	140.955.265	143.415.184	1,7	1,0	15,5	16,0	2.459.919
Total Gastos corrientes		880.236.342	911.936.863	869.507.168	911.203.843	4,8	3,5	98,3	98,9	41.696.675
Gastos capital	6	16.907.035	15.618.749	9.337.006	15.465.400	65,6	-8,5	1,7	1,1	6.128.395
	7	20.000	0	0	0	--	100,0	0,0	0,0	0
Total gastos capital		16.927.035	15.618.749	9.337.006	15.465.400	65,6	-8,6	1,7	1,1	6.128.395
Total general		897.163.377	927.555.612	878.844.174	926.669.244	5,4	3,3	100,0	100,0	47.825.069

Observaciones: (INI) Presupuesto Inicial; (CONS) Presupuesto Consolidado; (GR) Gasto Real.

Fuente: Memoria Cuentas Generales del Gobierno de Navarra.

Gráfico 5-3 Gasto real por capítulos económicos, 2015



Fuente: Memoria Cuentas Generales del Gobierno de Navarra.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

En la actualidad en Navarra están vigentes 3 convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas de Euskadi, La Rioja y Aragón.

6.1 Convenio con Euskadi-País Vasco

- Vigencia:

El acuerdo se hizo vigente el 11 de noviembre de 2015 y tiene una duración de tres años. La prórroga es anual salvo denuncia por cualquiera de las partes. Este Convenio tiene carácter y naturaleza administrativa y se encuentra excluido de la aplicación de la Ley de Contratos del Sector Público aprobada por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre (art.4.1.c).
- Núcleos de población atendida y número de habitantes residentes y dependencia provincial:
 - Navarra: Arantza, Igantzi, Lesaka, Etxalar, Bera, Arano, Goizueta, Cabredo, Genevilla, Lapoblación, Marañón y Meano (población aproximada 10.000 habitantes en 2012).
 - Euskadi-País Vasco: Arraia-Maeztu, Bernedo, Kanpezu-Campezo, Lagran y Haran/Valle de Arana (población de 2.795 habitantes en 2012).
- Régimen económico, compensación y forma de pago acordado:

Se mantiene la situación histórica de recursos económicos y humanos basada en un balance equilibrado en cuanto a los esfuerzos que debe realizar cada una de las dos comunidades en beneficio de la otra. La búsqueda de este equilibrio asistencial es función de la Comisión de Seguimiento.

Los supuestos no resueltos conforme a lo previsto en el párrafo anterior tienen la valoración económica que corresponde, utilizándose para ello la metodología prevista en el Sistema Nacional de Salud para la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria o para el Fondo de Garantía Asistencial según proceda.
- Comisiones de seguimiento, constitución, organización y funciones:

Comisión de seguimiento constituida por cuatro personas, dos de ellas designadas por el Titular del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y las otras dos por el Titular del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

La Comisión de seguimiento se reúne, con carácter ordinario, una vez cada semestre, pudiendo reunirse, con carácter extraordinario, a petición de cualquiera de las partes.

El funcionamiento de la Comisión de seguimiento se ajusta a las normas contenidas en el Capítulo II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Dentro de las funciones que le corresponden se incluyen:

 - Efectuar el seguimiento del Convenio.
 - Impulsar medidas para lograr un equilibrio asistencial para el conjunto de las prestaciones sanitarias que mutuamente se presten entre ambas Comunidades.
 - Analizar anualmente el equilibrio asistencial del Convenio y en su caso proponer las medidas oportunas.
 - Formular los protocolos de derivaciones de alta especialización, así como las prestaciones objeto del mismo.

- Interpretar el Convenio y regular cuantas discrepancias puedan surgir en la aplicación del mismo.
 - Proponer la denuncia o modificación del mismo.
 - Elevar un informe anual a los respectivos departamentos de cuantas incidencias puedan surgir en la aplicación del mismo.
 - Cualesquiera otras que se le pudieran encomendar relacionadas con el presente Convenio.
- Acceso a las historias clínicas:

Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se facilitan el acceso a las correspondientes historias clínicas de las personas objeto de la asistencia, respetándose la normativa estatal de acceso a historias clínicas.

Un Comité de coordinación establece los mecanismos necesarios para la materialización de los accesos mutuos a las historias clínicas.
 - La Tarjeta Sanitaria Individual:

Los usuarios de los servicios asistenciales de la otra Comunidad Autónoma a la de residencia no disponen de tarjeta sanitaria individual del servicio de salud prestador de la atención.
 - Cartera de servicios
 - Compromisos de asistencia sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Atención especializada a los pacientes derivados por los facultativos de atención primaria de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud de los municipios de Arantza, Igantzi, Lesaka, Etxalar, Bera, Arano y Goizueta:

Asistencia especializada del primer y segundo nivel:

 - La asistencia especializada de los residentes en Arantza, Igantzi, Lesaka, Etxalar, Bera, Arano y Goizueta es asumida por la OSI Bidasoa y la de los de Arano y Goizueta por el Hospital Universitario Donostia y sus centros periféricos.
 - La asistencia concertada y pruebas diagnósticas de rutina concertadas se rigen según el procedimiento asistencial de la población de Gipuzkoa. Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud asume directamente la financiación de la asistencia sanitaria prestada.
 - Las prestaciones concertadas (terapias respiratorias domiciliarias, diálisis domiciliaria, transporte sanitario, etc.) serán proporcionadas directamente por Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.

Asistencia especializada de tercer nivel:

 - A los residentes en Arantza, Igantzi, Lesaka, Etxalar, Bera, salvo casos de urgencia, se les incluye en el circuito normalizado de derivación de pacientes fuera de su ámbito territorial con la inclusión en el Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), cuando así lo estime oportuno Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
 - A los residentes de Arano y Goizueta se les presta la atención en el Hospital Universitario Donostia en las mismas condiciones que a la población de Gipuzkoa.

Asistencia concertada de tercer nivel:

 - Para los residentes en Arantza, Igantzi, Lesaka, Etxalar, Bera, Arano y Goizueta, consistente en: tratamientos complejos, tratamientos de larga duración y hospitalización en agudos, subagudos y psiquiatría, será financiada por Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
 - Atención desde los Servicios Sanitarios de Álava:
 - Osakidetza/Servicio Vasco de Salud presta la asistencia sanitaria derivada de las guardias de atención primaria a las personas de las poblaciones de Cabredo, Genevilla, Lapoblación, Marañón y Meano.

- Compromisos del Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud de Gobierno Vasco:
 - Realizar las determinaciones que procedan dentro del programa de cribado neonatal, que se deriven desde centros y servicios asistenciales de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud, conforme a los protocolos que se establezcan al efecto.
- Compromisos de asistencia sanitaria de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
 - Atender las derivaciones que, en solicitud de una *segunda opinión* o, eventualmente, de alta especialización, procedan a juicio de los órganos gestores correspondientes, conforme al protocolo de derivaciones que establezca la Comisión de seguimiento.
 - Circuito normalizado de derivación de pacientes fuera de su ámbito territorial con la inclusión en el SIFCO.
 - La oferta del Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud para atender las derivaciones realizadas desde Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en petición de una segunda opinión comprenden al menos, las siguientes:
 - Estudios genéticos (presencia de mutaciones familiares identificadas previamente).
 - Estudios anatómo-patológicos.
 - Estudios de medicina interna (diagnóstico de fibromialgia).
 - Estudios de radiología intervencionista.
 - Diferentes especialidades (neurocirugía, oncología).
 - Atender las derivaciones de profesionales sanitarios atendidos en el programa PAIME (Programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo) para su diagnóstico y tratamiento cuando las estructuras asistenciales de la Comunidad Autónoma de Euskadi no resulten adecuadas para ello.
 - Prestar la asistencia sanitaria derivada de las guardias de atención primaria a las personas encuadradas en los cupos de Maeztu, Bernedo y Kanpezu, que incluyen las poblaciones de Arraia-Maeztu, Bernedo, Kanpezu-Campezo, Lagran y Haran/Valle de Arana.
 - El Departamento de Salud acepta las solicitudes para realizar cursos establecidos en el Plan Docente del Departamento de Salud que los profesionales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud realicen, conforme a los protocolos establecidos al efecto.
- Colaboración en gestión del conocimiento:

Al objeto de facilitar la asistencia sanitaria Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud se han comprometido a compartir protocolos, guías de actuación y/o software desarrollados en cada entidad y que puedan ser de utilidad a la otra entidad, respetándose en todo caso la propiedad intelectual e industrial.

6.2 Convenio con La Rioja

- Vigencia:

El acuerdo se hizo vigente el 18 de abril de 2012 con validez hasta el 31 de marzo de 2013. La prórroga es anual salvo denuncia por cualquiera de las partes.
- Núcleos de población atendida y número de habitantes residentes y dependencia provincial:

Navarra: municipio de Viana (población de 4.062 habitantes en 2013).
La Rioja: atención de todos los riojanos en aquellas especialidades que puedan ofrecerse desde Navarra.
- Régimen económico, compensación y forma de pago acordado:

Tanto las derivaciones de pacientes de La Rioja a Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud, como de Navarra al Servicio Riojano de Salud se tramitan a través del Fondo de

- Cohesión Sanitaria o del Fondo de Garantía Asistencial, según los casos de acuerdo al procedimiento que se establezca.
- Comisiones de seguimiento, constitución, organización y funciones:
 - Comisión de seguimiento constituida para la evaluación y seguimiento del acuerdo, de la que se hacen cargo los gerentes de los dos Servicios de Salud.
 - Acceso a las historias clínicas:
 - Desde Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud no hay acceso a la historia clínica de los pacientes navarros atendidos en La Rioja, así como tampoco desde La Rioja a los pacientes de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
 - La Tarjeta Sanitaria Individual:
 - Los usuarios de los servicios asistenciales de la otra Comunidad Autónoma a la de residencia no disponen de tarjeta sanitaria del servicio de salud prestador de la atención.
 - Cartera de servicios:
 - Compromisos de asistencia sanitaria del Servicio Riojano de Salud.
 - Atención especializada a los pacientes derivados por los facultativos de atención primaria de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud del municipio de Viana.
 - Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud determina la parte de la atención especializada que esa población recibe en La Rioja. No se incluyen los casos en que la asistencia no pueda ser prestada directamente por el Servicio Riojano de Salud.
 - Compromisos de asistencia sanitaria de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
 - Prestar a los residentes en La Rioja las actividades y técnicas complementarias detalladas a continuación:
 - Neurocirugía (patología de referencia, exceptuando la patología de columna).
 - Cirugía maxilofacial.
 - Trasplante de médula.
 - Neurorradiología intervencionista.
 - Subespecialidades de pediatría: gastroenterología, hepatología y nutrición; cardiología, endocrinología, nefrología, neurología y oncología.
 - Transporte sanitario:
 - Aunque no se contempla en convenio, existe un acuerdo por el que los servicios de transporte sanitario con origen o destino fuera de Navarra se realizan con los medios y por cuenta de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud, contemplándose como transporte de carácter ordinario y no de carácter interprovincial.

6.3 Convenio con Aragón

- Vigencia:
 - El acuerdo se hizo vigente el 5 de julio de 2001 con validez de un año. La prórroga es anual salvo denuncia por cualquiera de las partes.
- Núcleos de población atendida y número de habitantes residentes y dependencia provincial:
 - Residentes en la Zona Básica de Salud de Tarazona:* Tarazona, Santa Cruz de Moncayo, Cunchillos, Grisel, Litago, Lituénigo, San Martín de Moncayo, Malón, Las Vierlas, Novallas, Torrellas, Los Fayos, Vera de Moncayo, Alcalá de Moncayo, Añón, Trasmoz (población de 14.558 habitantes en 2012).
 - Residentes en Zona Básica de Salud de Sos del Rey Católico:* Navardún, Bagüés, Pintado, Undués de Lerda, Undués Pintado, Urriés, Salvatierra de Esca, Esco, Lorbes, Tiermas, Sigüés, Artieda, Asso-Veral, Mianos, Ruesta, Sofuentes, Sos del Rey Católico y Lobera de Onsella (población aproximada de 1.355 habitantes en 2012).

- Régimen económico, compensación y forma de pago acordado:
No se factura ningún tipo de atención ni se incluye como asistencia en el SIFCO.
- Comisiones de seguimiento, constitución, organización y funciones:
Comisión de seguimiento integrada por los Directores Gerentes del Servicio Aragonés de Salud y Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud y el Director Provincial de Zaragoza.
- Acceso a las historias clínicas:
No hay acceso a la historia clínica desde Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud a la historia clínica de los pacientes aragoneses, ni desde Aragón a la historia clínica de los pacientes atendidos en Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.
- La Tarjeta Sanitaria Individual:
Los usuarios de los servicios asistenciales de la otra Comunidad Autónoma a la de residencia no disponen de tarjeta sanitaria del servicio de salud prestador de la atención, en este caso tienen tarjeta sanitaria de la Comunidad de Aragón. Algunos constan en la Base de datos del S.N.S.-Osasunbidea y tienen CIPNA. Están identificados con zona básica *Limítrofe* (Zona Básica Sangüesa).
- Cartera de servicios:
 - Asistencia hospitalaria urgente, con o sin ingreso, con o sin intervenciones quirúrgicas, a los residentes en la Zona de Salud Básica de Tarazona en el Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).
 - Atención especializada ambulatoria y hospitalaria en Navarra de los pacientes de Navardún, Bagüés, Pintado, Undués de Lerda, Undués Pintado, Urriés, Salvatierra de Esca, Esco, Lorbes, Tiermas, Sigüés, Artieda, Asso-Veral, Mianos, Ruesta, Sofuentes, Sos del Rey Católico y Lobera de Onsella.
 - Transporte sanitario:
Dado que en el convenio queda obsoleto en este tema, existe un acuerdo por el que los servicios de transporte sanitario con origen o destino fuera de Navarra se realizan con los medios y por cuenta de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud, contemplándose como transporte de carácter ordinario y no de carácter interprovincial.

6.4 Otros acuerdos: Francia (municipio de Izpura)

- Núcleos de población atendida y número de habitantes residentes y dependencia provincial:
En Navarra los municipios de Valcarlos, Urdax y Zugarramurdi (población de 1.006 habitantes en 2015).
- Régimen económico, compensación y forma de pago acordado:
Los pacientes atendidos en Francia (Izpura) abonan la atención, como si de un ciudadano francés se tratase y posteriormente Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud, se lo reembolsa (acuerdo interno).
- Cartera de servicios: pruebas diagnósticas de radiología simple y ecografía.

6.5 Resumen de los convenios firmados

Tabla 6-1 Características de los convenios firmados para la asistencia sanitaria en áreas limítrofes de Navarra

Convenio	Vigencia	Población atendida	Régimen económico	Comisión de seguimiento	TSI	Acceso a historias clínicas
Euskadi	11-nov-15	Navarra: 10.000 hab. Euskadi: 2.795 hab.	Balance equilibrado: sin facturación ni inclusión en SIFCO	4 personas: 2 de cada CA Reunión semestral	No disponible del servicio prestador	Existe acceso bidireccional
La Rioja	18-abr-12	Navarra: 4.062 hab.	SIFCO convenio	Gerentes de ambos Servicios de Salud	No disponible del servicio prestador	No existe acceso
Aragón	05-jul-01	ZBS-Tarazona: 14.558 hab. ZBS-Sos Rey Católico: 1.355 hab	Sin facturación ni inclusión en SIFCO	Directores Gerentes de ambos Servicios de Salud	TSI de Aragón	No existe acceso
Francia (Izpurra)	Acuerdo interno	Navarra: 1.000 hab.	Reembolso tras pago de asistencia	-	No disponible del servicio prestador	No existe acceso

Observaciones: (CA) Comunidad Autónoma; (hab.) habitantes; (SIFCO) Sistema de Información del Fondo de Cohesión; (TSI) Tarjeta Sanitaria Individual; (ZBS) Zona Básica de Salud.

Fuente: Elaboración propia Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Tabla 6-2 Resumen de la cartera de servicios para la asistencia sanitaria en áreas limítrofes de Navarra

Convenio	Compromisos de Navarra	Compromisos de la otra CA	Transporte sanitario
Euskadi	Atender derivaciones: segunda opinión; PAIME; alta especialización; asistencia sanitaria derivada de las guardias de cupos de Maeztu, Bernedo y Kanpezu	Atención Especializada derivada de Atención Primaria de la zona limítrofe de Guipúzcoa Asistencia derivada de las guardias de la Montaña Alavesa Laboratorio: cribado neonatal	A cargo de Navarra (carácter ordinario, no interprovincial)
La Rioja	Actividades y técnicas complementarias a toda la población de la Comunidad Autónoma en 5 especialidades	Atención Especializada del municipio de Viana	A cargo de Navarra (carácter ordinario, no interprovincial)
Aragón	-Atención Urgente: Zona Básica Tarazona en Hospital Reina Sofía -Atención Especializada: Zona Básica Sos Rey Católico en Complejo Hospitalario de Navarra		A cargo de Navarra (carácter ordinario, no interprovincial)
Francia (Izpurra)		Radiología simple y ecografía	

Observaciones: (CA) Comunidad Autónoma; (hab.) habitantes; (SIFCO) Sistema de Información del Fondo de Cohesión; (TSI) Tarjeta Sanitaria Individual; (ZBS) Zona Básica de Salud.

Fuente: Elaboración propia Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Principales líneas de actuación del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2014 y 2015	8
Tabla 2-1	Descripción de los elementos de la Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos de la Comunidad Foral de Navarra	12
Tabla 3-1	Inversiones en infraestructura sanitarias del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, 2014	16
Tabla 3-2	Inversiones en infraestructura sanitarias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2015	17
Tabla 5-1	Gasto real por áreas y programas asistenciales, 2014 y 2015	21
Tabla 5-2	Gasto real por capítulos económicos, 2014 y 2015	22
Tabla 6-1	Características de los convenios firmados para la asistencia sanitaria en áreas limítrofes de Navarra	30
Tabla 6-2	Resumen de la cartera de servicios para la asistencia sanitaria en áreas limítrofes de Navarra	30

Índice de gráficos

Gráfico 5-1	Gasto real por áreas y programas asistenciales, 2015	21
Gráfico 5-2	Variación gasto real por áreas y programas asistenciales, 2015-2014	22
Gráfico 5-3	Gasto real por capítulos económicos, 2015	23

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria

C

CA	Comunidad Autónoma
CHN	Complejo Hospitalario de Navarra
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CONS	Presupuesto Consolidado

D

DM	Diabetes Mellitus
----	-------------------

E

ECV	Enfermedades Cardio-Vasculares
EFQM	<i>European Foundation Quality Management</i> (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)
EPOC	Enfermedad Obstructiva Crónica

G

GR	Gasto Real
----	------------

H

Hab.	Habitantes
------	------------

I

INI	Presupuesto Inicial
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual

L

LUNA Laboratorio Unificado de Navarra

O

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

OSI Organización Sanitaria Integrada

S

SIFCO Sistema de Información del Fondo de Cohesión

SNS-O Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

T

TAC Tomografía Axial Computarizada

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

URPA Unidad de Reanimación Pos-Anestésica

Z

ZBS Zona Básica de Salud

Bibliografía

Decreto Foral 171/2015, de 3 de Septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2015/176/Anuncio

Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Nuevo+modelo+asistencial/default.htm

Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

Plan de Salud 2014-2020. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm

Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Disponible en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9A4274A8-DABE-4BC8-8964-816316A4F7F7/250077/>

ForoSalud. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Participacion/Foro+Salud

Prescripción de Estilos de vida. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma del País Vasco



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Enfermedades de declaración obligatoria	5
1.2 Evolución coberturas vacunales	6
2 Asistencia sanitaria	9
3 Infraestructuras sanitarias	15
4 Recursos humanos	17
4.1 Profesionales. Protagonismo e implicación profesional	17
4.2 Avance en la evaluación del desempeño de los profesionales	18
4.3 Mejora de las condiciones laborales, la salud y la seguridad laboral, impulsando los sistemas de gestión en la prevención de riesgos	18
5 Gestión económico financiera	19
6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes	21
Índice de tablas	25
Índice de gráficos	27
Abreviaturas, acrónimos y siglas	29

Resumen

El informe hace un repaso a las políticas, estrategias y acciones llevadas a cabo por la comunidad autónoma del País Vasco en el año 2015 para la mejora de la calidad, la efectividad y la eficiencia y en términos globales, la sostenibilidad del sistema sanitario.

1 Salud Pública

1.1 Enfermedades de declaración obligatoria

El sistema de información epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO's) tiene como objetivo la detección y monitorización de las enfermedades transmisibles de mayor impacto sobre la salud pública.

Tabla 1-1 Enfermedades de declaración obligatoria. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2010-2014

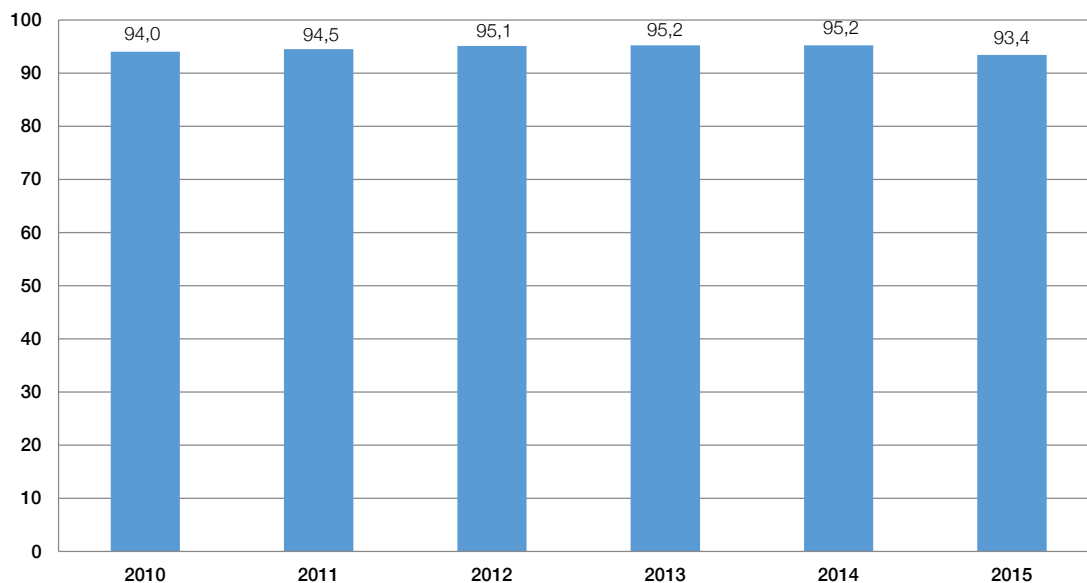
Enfermedades	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Botulismo	0	0,0	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0
Brucelosis	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,1	0	0,0
Cólera	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fiebre tifo-paratífica	2	0,1	15	0,7	8	0,4	10	0,5	2	0,1
Gripe	8.720	402,2	24.359	1.120,5	24.195	1.109,9	29.078	1.334	22.228	1.023
Hepatitis A	49	2,3	31	1,4	35	1,6	38	1,7	24	1,1
Hepatitis B	35	1,6	23	1,1	22	1,0	24	1,1	24	1,1
Hepatitis C	8	0,4	11	0,5	8	0,4	13	0,6	4	0,2
Infección gonocócica	114	5,3	133	6,1	92	4,2	85	3,9	146	6,7
Infección meningocócica	32	1,5	34	1,6	40	1,8	21	1	10	0,5
Legionelosis	106	4,9	103	4,7	79	3,6	78	3,6	62	2,9
Lepra	1	0,1	2	0,1	4	0,2	1	0,1	0	0,0
Paludismo	24	1,1	36	1,7	31	1,4	58	2,7	51	2,4
Parotiditis	60	2,8	868	39,9	2.112	96,9	1.308	60,0	152	7,0
Rubéola	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Rubéola congénita	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sarampión	1	0,1	37	1,7	4	0,2	0	0,0	0	0,0
Shigelosis	22	1,0	18	0,8	144	6,6	24	1,1	79	3,6
Sífilis	107	4,9	114	5,2	97	4,5	99	4,5	101	4,7
Tétanos	2	0,1	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0
Tosferina	4	0,2	179	8,2	354	16,2	222	10,2	510	23,5
Tuberculosis	389	17,9	395	18,2	345	15,8	322	14,8	324	14,9
Tuberculosis meningea	7	0,3	4	0,2	5	0,2	3	0,1	5	0,2
Varicela	8.665	399,5	6.679	307,2	8.686	398,5	7.769	356,4	5.088	234,2

Fuente: Dirección de Salud Pública y Adicciones. Gobierno Vasco

1.2 Evolución de las coberturas vacunales

En el año 2015, las coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil han alcanzado altos niveles.

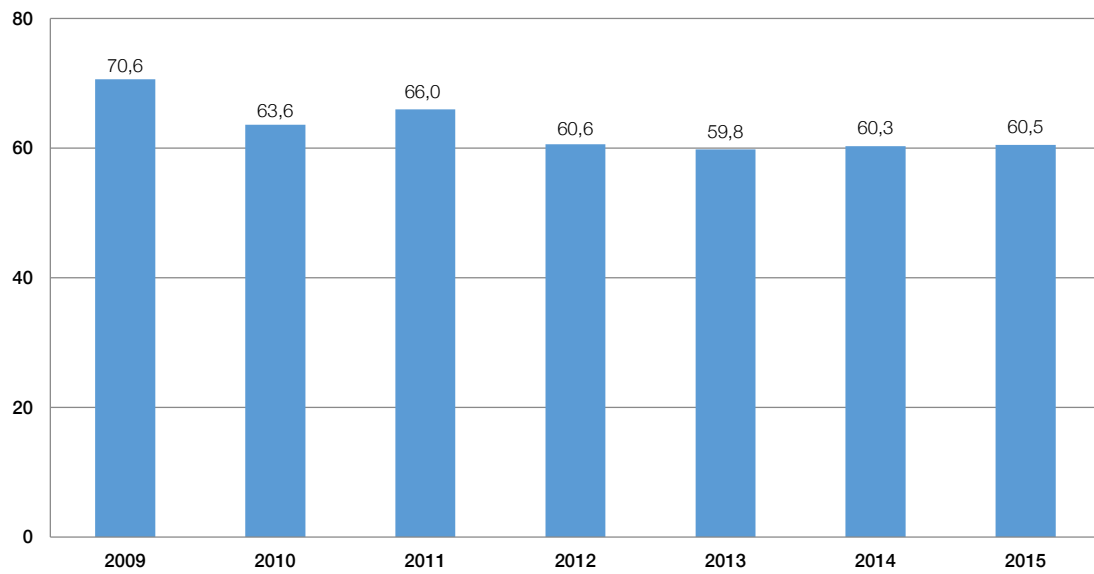
Gráfico 1-1 Porcentaje de cobertura vacunal serie primaria (3 dosis) de difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, hepatitis B y *Haemophilus influenzae B*, 2010-2015



Fuente: Dirección de Salud Pública y Adicciones. Gobierno Vasco.

La cobertura vacunal en mayores de 64 años ha alcanzado el 60,5%. La cobertura vacunal antigripal ha sufrido un descenso desde la pandemia gripal de 2009. Además la campaña de vacunación antigripal, llevada a cabo en los meses de octubre y noviembre del 2015, se dirige como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves relacionadas con la enfermedad de la gripe.

Gráfico 1-2 Evolución de la cobertura vacunal antigripal en porcentaje en población mayor de 64 años, 2009-2015



Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

2 Asistencia sanitaria

Se han desplegado las siguientes actuaciones:

- Avance en el desarrollo de sistemas de información que permitan la estratificación de los indicadores habituales según los determinantes sociales de la salud (sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico...) de manera que permita identificar a colectivos que sufren desigualdades.
- Mantener la donación altruista como elemento básico del sistema transfusional y promover la captación de nuevos donantes.

Tabla 2-1 Donación sanguínea, 2015

Donantes nuevos	6.771
Donantes activos	52.034
Índice de repetición	1,8
Donaciones totales	89.355
Sangre total	83.745
Plasmaféresis	1.999
Aféresis multicomponente	3.611

Fuente: CVTTH- Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.

- Asegurar el acceso universal de la población de Euskadi a los programas de trasplante actualizando y estableciendo sistemas de control de calidad en el proceso de donación. Se consolida el programa de donación en asistolia II y III iniciado el último trimestre de 2014.

Tabla 2-2 Programa de donantes, 2015

Donantes nuevos	178
Donantes reales	116
Trasplantes renales	159
Trasplantes hepáticos	81
Donantes de tejidos	169
Donantes de sangre de cordón umbilical	732
Donantes de médula ósea	1.767
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (PPHH) alelos emparentados y no emparentados	49

Fuente: Centro coordinador de trasplantes.

- Reducir el estigma, discriminación y desigualdades en los enfermos de SIDA y en la enfermedad psiquiátrica.
Publicación de información en la web de Osakidetza.
Publicación de folletos informativos:
 - Si te preguntaran, ¿qué dirías sobre el sida?
 - Las infecciones de transmisión sexual: ¿qué necesitas saber?
- Promover la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales a través de la sensibilización, la comunicación y la formación.
En la prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se destaca:

- La Comisión creada en la que participan profesionales que trabajan en el ámbito de la vigilancia y el control de la infección nosocomial (Comisión INOZ).
- La Higiene de manos en el ámbito sanitario.
- Los Proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero.
- Seguridad en el proceso asistencial de gestación- parto- puerperio.
- Promover una orientación proactiva en seguridad clínica a través de grupos de trabajo sobre seguridad, análisis de mapas de riesgo e implantación de sistemas de notificación.
- Impulsar programas corporativos que promuevan el desarrollo de planes en cada centro, destinados a mejorar el nivel de seguridad clínica en el ámbito asistencial, garantizando la identificación unívoca de cada paciente, la seguridad en el uso de medicamentos y hemoderivados, la seguridad quirúrgica, la minimización del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, la minimización del riesgo de lesiones por caídas y úlceras por presión, y la seguridad radiológica en el transcurso de la actividad asistencial. Sobresalen, entre otros:
 - La identificación inequívoca de los pacientes.
 - Las buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación.
 - *La conciliación de la medicación*: diseño y despliegue de un programa de conciliación de la medicación del paciente en las transiciones asistenciales.
 - La seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.
 - *La cirugía segura*. Listado de verificación quirúrgica e incorporado en Osabide Global.
 - Las buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.
 - La optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
 - La implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.
 - La reducción de Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociadas a catéter urinario.
- Formación en seguridad del paciente dirigida a todos los profesionales.
- Empoderar a las personas en la gestión de su salud compartiendo decisiones sobre la misma a través de la mejora de la información, los servicios disponibles y, solicitando la colaboración de los medios de comunicación.
 - Impartición de 31 cursos de *Cuidando mi diabetes*.
 - Impartición de 43 cursos de *Cuidando activamente mi salud*.
 - Extensión del programa Cuidando activamente mi salud.
 - Elaboración del Manual *Cuidando mi diabetes* del Programa Paciente Activo.
- Impulsar la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad.
- Mantener y optimizar los programas de cribado a estándares internacionales, especialmente en el cáncer de mama y cáncer de colon, cribado prenatal y cribado neonatal de enfermedades congénitas.

Tabla 2-3 Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2015

Cribado cáncer de mama	Objetivos	Resultados
Objetivo de cobertura anual ¹ (+-5) (%)	50	47,8
Mamografías bilaterales (%)	112.642	121.384
Mujeres a citar al año (%)	160.917	153.916
Tasa de participación (%)	>70	78,7
Tasa de revalorización - pruebas radiológicas complementarias (%)	< 10	8,9
Tasa de derivación a hospital de referencia para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento (%)	---	1,0
Tasa de detección (‰)	>2,5 Iniciales >5 Sucesivas	5,2
Tasa de cánceres in situ sobre total de cánceres (%)	>15	14,2
Tasa de cánceres invasivos < 10 mm sobre cánceres invasivos (%)	≥25	39
Tasa de tratamiento quirúrgico conservador de mama (%)	>75	88,8

Observaciones:¹ El objetivo de cobertura anual es el 50% de la población diana (321.834 mujeres).

Fuente: Programa de detección precoz del cáncer de mama de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

- Cribado de cáncer colorrectal: se ha invitado a 225.563 personas, y la participación ha sido del 71%.
- Cribado Síndrome Down y otras aneuploidías; número de cribados: 14.790.
- Prevenir la transmisión del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, con especial énfasis en los colectivos de riesgo y en los jóvenes.

Tabla 2-4 Actuaciones realizadas prevención VIH/Sida 2015

Número de centros	125
Número de docentes	422
Número de alumnos	7.990
Número de guías para el educador	422
Número de guías para jóvenes	7.990
Número de DVD's	296
Número de preservativos masculinos	7.369

Fuente: Programa prevención VIH/Sida.

- Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH, promocionando la realización de las pruebas de VIH. Continuar desarrollando programas de prevención del sida dirigidos a usuarios de drogas por vía parental en el ámbito de las farmacias, locales de ONG's y centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Tabla 2-5 Distribución de kits-jeringuillas, 2015

Número de kits-jeringuillas distribuidos en total	124.996
Número de kits-jeringuillas distribuidos en farmacias	93.584
Número de kits-jeringuillas distribuidos en ONG's	31.112
Número de kits-jeringuillas distribuidos en centros penitenciarios	300

Fuente: Programa prevención del sida.

Test rápidos del VIH y sífilis en farmacias. Se han realizado 2.267 tests, y han resultado positivos 26.

- Promover el Programa de Atención Dental Infantil (PADI) en la población más desfavorecida y buscar la colaboración de médicos y enfermeras de pediatría de atención primaria.

Tabla 2-6 Cobertura del programa de atención dental infantil, 2015

Población diana	185.703
Población atendida	124.025
Cobertura%	66.8

Fuente: Programa PADI.

Tabla 2-7 Datos de actividad en atención primaria: médicos, pediatras 2014 y 2015

Organización Sanitaria	N° TIS			Medicina general			Pediatria		
	2015	2014	% dif.	N° consultas			N° consultas		
				2015	2014	% dif.	2015	2014	% dif.
Comarca Araba	303.596	304.094	-0,2	1.351.550	1.319.719	2,4	265.915	254.210	4,6
Organización Sanitaria Integrada (OSI) Alto Deba	66.207	66.138	0,1	269.121	265.832	1,2	53.228	55.331	-3,8
Comarca Gipuzkoa	441.109	440.945	0,04	1.712.482	1.672.016	2,4	316.121	306.956	3,0
OSI Bidasoa	85.027	84.835	0,2	299.803	293.870	2,0	57.919	55.834	3,7
OSI Goierri-Alto Urola	99.743	99.786	-0,04	399.233	388.790	2,7	88.163	84.046	4,9
OSI Bajo Deba	75.857	76.291	-0,6	319.807	311.755	2,6	63.766	60.378	5,6
OSI Bilbao-Basurto	370.718	379.325	-2,3	1.596.948	1.558.059	2,5	268.944	256.601	4,8
OSI Barrualde-Galdakao	309.958	312.202	-0,7	1.325.668	1.283.319	3,3	252.213	252.764	-0,2
Comarca Uribe	220.928	220.966	-0,02	845.555	824.991	2,5	168.890	162.046	4,2
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	168.647	171.090	-1,4	740.675	696.386	6,4	125.144	117.527	6,5
OSI Barakaldo-Sestao	133.285	135.336	-1,5	568.867	553.033	2,9	113.959	110.057	3,6
Total	2.275.075	2.291.008	-0,7	9.429.709	9.167.770	2,9	1.774.262	1.715.750	3,4

Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Tabla 2-8 Datos de actividad en atención primaria: dentistas, 2014 y 2015

Organización Sanitaria	N° TIS			Consultas Estomatología		
	2015	2014	% diferencia	2015	2014	%
Comarca Araba	303.596	304.094	-0,2	18.443	19.859	-7,1
OSI Alto Deba	66.207	66.138	0,1	2.321	2.581	-10,0
Comarca Gipuzkoa	441.109	440.945	0,04	33.586	33.802	-0,6
OSI Bidasoa	85.027	84.835	0,2	7.915	8.077	-2,0
OSI Goierri-Alto Urola	99.743	99.786	-0,04	10.387	10.162	2,2
OSI Bajo Deba	75.857	76.291	-0,6	4.460	4.866	-8,3
OSI Bilbao-Basurto	370.718	379.325	-2,3	30.567	29.846	2,4
OSI Barrualde-Galdakao	309.958	312.202	-0,7	22.520	22.314	0,9
Comarca Uribe	220.928	220.966	-0,02	8.330	9.326	-10,7
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	168.647	171.090	-1,4	11.314		
OSI Barakaldo-Sestao	133.285	135.336	-1,5			
Total	2.275.075	2.291.008	-0,7	149.843	140.833	6,4

Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Tabla 2-9 Datos de actividad en de atención primaria: matronas, 2014 y 2015

Organización Sanitaria	Matronas		
	Nº Consultas		
	2015	2014	diferencia%
Comarca Araba	47.804	41.235	15,9
OSI Alto Deba	12.037	11.496	4,7
Comarca Gipuzkoa	61.973	61.996	-0,04
OSI Bidasoa	11.112	11.922	-6,8
OSI Goierri-Alto Urola	23.341	22.962	1,7
OSI Bajo Deba	20.049	19.322	3,8
OSI Bilbao-Basurto	81.193	64.417	26,0
OSI Barrualde-Galdakao	51.927	53.742	-3,4
Comarca Uribe	37.539	33.102	13,4
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	65.418	61.864	5,7
OSI Barakaldo-Sestao	--	0	--
Total	412.393	382.058	7,9

Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Tabla 2-10 Datos de actividad en atención primaria: enfermería, 2014 y 2015

Organización Sanitaria	Enfermería								
	Nº consultas			Nº consultas a domicilio			Nº procedimientos		
	2015	2014	% dif.	2015	2014	% dif.	2015	2014	% dif.
Comarca Araba	468.571	454.473	3,1	51.036	46.562	9,6	656.146	643.826	1,9
OSI Alto Deba	89.574	90.054	-0,5	16.548	15.528	6,6	141.836	146.402	-3,1
Comarca Gipuzkoa	435.359	425.678	2,3	91.770	87.075	5,4	982.517	888.910	10,5
OSI Bidasoa	99.606	86.092	15,7	19.801	18.664	6,1	154.607	160.720	-3,8
OSI Goierri-Alto Urola	138.455	130.407	6,2	33.858	36.268	-6,6	211.252	209.843	0,7
OSI Bajo Deba	115.040	108.468	6,1	26.103	23.019	13,4	159.300	150.816	5,6
OSI Bilbao-Basurto	588.168	519.574	13,2	104.537	100.628	3,9	781.547	763.107	2,4
OSI Barrualde-Galdakao	428.426	465.433	-8,0	101.730	98.200	3,6	673.155	646.605	4,1
Comarca Uribe	313.254	320.183	-2,2	39.297	37.860	3,8	331.110	343.112	-3,5
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	237.017	225.204	5,3	43.211	40.932	5,6	366.294	343.702	6,6
OSI Barakaldo-Sestao	193.115	194.852	-0,9	33.523	31.376	6,8	307.987	295.475	4,2
Total	3.106.585	3.020.418	2,9	561.414	536.112	4,7	4.765.751	4.592.518	3,8

Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Tabla 2-11 Datos de actividad en la asistencia hospitalaria, 2014 y 2015

Organización Servicios	Camas			Altas			Estancias		
	2015	2014	% dif.	2015	2014	% dif.	2015	2014	% dif.
Hospital Universitario Araba	706	703	0,5	39.932	40.741	-2	201.526	195.798	2,9
Hospital Universitario Donostia	1.055	1.065	-0,9	58.101	53.450	8,7	298.725	297.165	0,5
Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto	614	653	-6	38.388	37.692	1,9	183.429	183.945	-0,3
OSI Barrualde- Galdakao	380	382	-0,4	27.512	26.522	3,7	113.040	113.889	-0,8
Hospital Universitario Cruces	945	955	-1,1	53.890	52.548	2,6	261.375	264.066	-1
OSI Alto Deba	76	73	4,2	5.970	5.641	5,8	20.401	19.712	3,5
OSI Bidasoa	96	94	2,2	7.014	6.676	5,1	27.996	26.004	7,7
OSI Goierri-Alto Urola	124	117	5,6	8.689	8.495	2,3	32.952	32.647	1
OSI Bajo Deba	100	105	-4,5	7.338	7.796	-5,9	31.380	30.994	1,3
OSI Barakaldo- Sestao	107	95	13,1	7.850	8.160	-3,8	28.536	28.589	-0,2
Total Agudos	4.203	4.242	-0,9	254.684	247.721	2,8	1.199.360	1.192.809	0,6
Hospital Górliz	128	126	1,3	1.945	2.100	-7,4	41.650	40.379	3,2
Hospital Leza	63	63	0,0	454	445	2	19.443	17.473	11,3
Hospital Sta. Marina	182	184	-0,9	5.276	5.046	4,6	57.128	57.969	-1,5
Total Larga/Media Estancia	373	373	0,0	7.675	7.591	1,1	118.221	115.821	2,1
Total	4.576	4.615	-0,8	262.359	255.312	2,8	1.317.581	1.308.630	0,7

Fuente: Dirección Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

3 Infraestructuras sanitarias

Se han desplegado las siguientes líneas estratégicas:

- Integrar estructuras administrativas y de gestión, favoreciendo la continuidad asistencial y la eficiencia, mediante el aprovechamiento de sinergias.
Durante el ejercicio 2015 se han puesto en marcha las organizaciones sanitarias integradas de Gipuzkoa: Donostialdea y Tolosaldea y la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces de Bizkaia.
- Garantizar que el sistema de salud cuente con las infraestructuras y tecnologías adecuadas a las necesidades de los pacientes.
Elaborar un plan de infraestructuras y equipamientos con criterios de sostenibilidad que permita priorizar adecuadamente los recursos.

Tabla 3-1 Mejoras en infraestructuras ya existentes en Osakidetza, 2015

OSI Donostialdea Hospital Universitario Donostia: reforma de la unidad 4 de la 4ª planta de hospitalización (obra y equipamiento)
OSI Bidasoa Nuevo Centro de Salud de Zestoa
OSI Goierri-Alto Urola Equipamiento del edificio de consultas externas del Hospital de Zumárraga
OSI Bilbao Basurto Centro de Salud Karmelo Centro de Salud Miribilla
Alta Tecnología Instalado y en funcionamiento el Acelerador del Hospital Universitario de Cruces

Fuente: Dirección Económico-Financiera de Osakidetza.

- Despliegue del Plan Director de Laboratorio
Implantación de la centralización del cribado de cáncer de cérvix en la unidad de gestión clínica de anatomía patológica del Hospital Universitario Donostia.

4 Recursos humanos

4.1 Profesionales. Protagonismo e implicación profesional

Portal del empleado:

Extensión a toda la red (Organizaciones de servicios) de la tramitación de solicitudes de permisos y licencias a través del Portal del Empleado. Se han presentado las nuevas funcionalidades de tramitación de solicitudes por el Portal del Empleado en 17 organizaciones de servicios de Osakidetza para su implantación. Se ha iniciado y avanzado en el despliegue en 11 organizaciones.

Encuestas de satisfacción:

Cierre en cascada del quinto ciclo de medición *online* de la satisfacción de los profesionales 2014-2015. Se han realizado las encuestas, la evaluación se realizará en 2016.

Planificación y avance de la planificación y ordenación de recursos humanos:

- Despliegue del Plan de Ordenación de RRHH.
- Desarrollo de un plan provisional de plantillas basado en las necesidades mediante la utilización de metodologías específicas.
- Definir aquellos perfiles competenciales necesarios para el desempeño de nuevos roles profesionales, tanto en el ámbito sanitario como no sanitario.
- Planificar actuaciones de mejora continua en los procesos de selección y provisión, que se orienten a mejorar la eficacia de dichos procesos y que respondan al ciclo de mejora de los sistemas de gestión de calidad.
- Oferta Pública de Empleo (OPE) 2014-2015.
- Se ha iniciado el desarrollo de los procesos selectivos OPE 2014 y OPE 2015, que se realizarán conjuntamente.
 - 1.014 destinos.
 - 57.501 solicitudes presentadas.
 - 9 categorías convocadas.

Potenciar la óptima cualificación y el desarrollo profesional del personal mediante el desarrollo de un modelo estratégico de gestión de la formación.

- Plan de Formación Corporativo: los profesionales inscritos han sido 23.866.
- Ayudas a la formación y al reciclaje profesional de profesionales y a la organización de reuniones científicas:
 - Para la realización de estudios de formación continuada y reciclaje profesional de la plantilla: se han concedido 564 ayudas.
 - Para ayudas para la organización de reuniones científicas a las organizaciones de servicios: se han subvencionado 18 reuniones científicas.
- Definir un modelo basado en itinerarios formativos orientado a dibujar la trayectoria en la que se adquieren las competencias para el desempeño de los puestos.
- Gestionar el conocimiento entre organizaciones potenciando foros y desplegando herramientas que permitan crear, compartir y difundir el conocimiento intercentros.
 - Desarrollo de la plataforma Jakinsarea (nuevo sistema de gestión de las actividades formativas de Osakidetza)
 - Se ha completado el catálogo de formación *online* de Osakidetza de producción propia con 18 cursos online.

Mejorar la presencia de Osakidetza en la formación pregrado, y establecer programas de acogida para los estudiantes en prácticas, reforzando la colaboración con la UPV-Universidad del País Vasco.

4.2 Avance en la evaluación del desempeño de los profesionales

Se ha continuado con la mejora continua de los procesos de gestión de personas, pretendiendo realizar un seguimiento y evaluación periódica de profesionales, de organizaciones y de procesos y de satisfacción de nuestros/as profesionales. Por ello, se ha realizado un primer diseño del Modelo de Evaluación Profesional de Osakidetza, concebido como una herramienta de gestión de personas y equipos, integrada con el resto de herramientas de gestión y como fuente de información para los procesos de personas.

También, se ha definido e implantado un cuadro de mando de recursos humanos, con identificación de datos e indicadores que proporcionan una visión integral de la gestión de personas, al objeto de efectuar un seguimiento y facilitar la coordinación y toma de decisiones en el ámbito de personas.

Se avanza en la normalización del euskera, incentivando el proceso de euskaldunización. Se considera la atención en euskera como un compromiso de la organización con la calidad de la asistencia y con las personas.

4.3 Mejora de las condiciones laborales, la salud y la seguridad laboral, impulsando los sistemas de gestión en la prevención de riesgos

- En cuanto a las Relaciones Laborales, se ha fomentado el diálogo y la negociación en materia de condiciones de trabajo con el objetivo de avanzar en la formalización de un nuevo Acuerdo Regulador de Condiciones de Trabajo.
- En el ámbito de Salud Laboral, se ha definido y aprobado una nueva política de prevención de riesgos laborales, avanzando en la certificación externa de las organizaciones de servicio bajo la norma OHSAS (*Occupational Health and Safety Assessment Series*) 18001:2007.
 - Norma OHSAS 18001:2007.
 - Se ha continuado con el despliegue de la norma en las nueve organizaciones ya certificadas y en organizaciones que aún no cuentan con certificación externa.
 - Realizar auditorías internas OHSAS, previas a las auditorías externas, en las organizaciones certificadas.
 - Realizar auditorías internas en organizaciones de servicios que cuentan con certificación externa: 9
 - Realizar auditoría internas OHSAS, en organizaciones que cuentan con la pre auditoría interna realizada: 4
 - Realización de pre auditorías internas a nuevas organizaciones: 3

5 Gestión económico financiera

Desarrollar políticas de eficiencia para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, reorientando la contratación sanitaria hacia resultados en salud.

- Compra centralizada de medicamentos:
 - Incrementar el nivel actual de contratación centralizada de medicamentos, para conseguir mejoras en las condiciones económicas y de contratación.
 - Acuerdos de riesgo compartido en relación al acceso y financiación de medicamentos.
- Compra integrada:
 - Ampliar la compra integrada de material sanitario hasta alcanzar un 35% sobre el total de compras exceptuando inversiones y farmacia. La compra integrada del material sanitario, no sanitario y de servicios, ha supuesto un 48%.
- Comercio electrónico EDI (*Electronic Data Interchange*):
 - Comercio EDI, es un estándar mundial de comercio electrónico que indica los documentos o transacciones electrónicas globales que pueden estar intercambiándose con los proveedores, clientes.
 - Actualmente se está trabajando con 67 empresas con EDI, el grado de implantación está en el 52%, se ha incrementado un 3% respecto a diciembre de 2014.
- Factura electrónica:
 - Durante el ejercicio 2015 se finalizó el proyecto de implantación de la factura electrónica en Osakidetza con la puesta en producción de la solución informática y el soporte a las incidencias durante los primeros meses de funcionamiento.

6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes

La Comunidad Autónoma del País Vasco (CAV) limita con las Comunidades correspondientes a Navarra, Castilla y León, La Rioja y Cantabria.

Navarra:

La asistencia sanitaria a los pueblos limítrofes de Navarra se viene prestando desde los servicios sanitarios de Gipuzkoa en virtud de una antigua adscripción de los cupos médicos de atención primaria de dichas poblaciones a los ambulatorios de especialidades de Irún (cinco villas de Bidasoa) y de Donostia-San Sebastián (Arano y Goizueta). Esta atención especializada incluye la asistencia en régimen de hospitalización.

La asistencia sanitaria que se les presta es la que se describe a continuación:

- A los pacientes que provienen de las cinco villas se les atiende en la OSI Bidasoa en condiciones similares a los pacientes de Gipuzkoa asignados a dicha OSI: en el Ambulatorio de Irún y en el Hospital Bidasoa. La hospitalización, generalmente tiene lugar en el Hospital de Bidasoa, aunque se producen también, por razones de complejidad, hospitalizaciones en el Hospital Universitario Donostia.
- A los pacientes que provienen de Goizueta y Arano, la asistencia especializada se presta en el ambulatorio de Gross y en el Hospital Universitario Donostia.
- La asistencia en centros concertados se presta en los mismos supuestos y con la misma extensión que a la población de Donostialdea.
- Para el transporte sanitario existe un acuerdo de reciprocidad de carácter técnico suscrito entre Navarra y Gipuzkoa.

Castilla y León:

La asistencia sanitaria a las poblaciones limítrofes de Castilla y León se viene prestando en virtud de la antigua adscripción existente en el mapa sanitario anterior a las transferencias. Estos pacientes han acudido aplicando el criterio de cercanía, por proximidad geográfica, a centros externos a su comunidad autónoma de referencia, pero próximos a su domicilio.

La población de Burgos, susceptible de utilizar el sistema sanitario de Álava por proximidad, son 39.724 personas residentes en Miranda de Ebro, 1.362 habitantes en el Condado de Treviño y otras localidades de Burgos como Valpueda, San Millán de Zadornil, Arroyo de San Zadornil, con un total de 80 habitantes. Por otra parte, la población correspondiente a algunas de las localidades de la comarca burgalesa de Las Merindades es atendida en Bizkaia. La población estimada, se reúne en la denominada *Agrupación 78*, que asciende aproximadamente a 8.000 personas.

El acceso a la asistencia sanitaria especializada se realiza en las condiciones que se especifican a continuación.

A) Pacientes de Miranda de Ebro:

- Asistencia especializada programada (consultas e ingresos) al Hospital Universitario Araba (HUA). Acceden a ella previa solicitud de orden de asistencia.
- Asistencia sanitaria urgente:
 - En el caso de que se requiera asistencia sanitaria urgente acuden directamente al centro mencionado, bien desde su domicilio o bien a través del Hospital Comarcal de Santiago de Miranda de Ebro.
- Asistencia concertada o no disponible en el HUA:
 - En el caso de pacientes atendidos en centros de Osakidetza y que requieran asistencia sanitaria no disponibles en los mismos, se comunica a la Gerencia de Burgos para que sean remitidos a sus centros de referencia o bien, den su autorización para que sean atendidos en nuestros centros concertados, cuando dicha asistencia sanitaria esté disponible en los mismos.

- Cuando la asistencia requerida tenga carácter urgente son remitidos directamente a nuestros centros de referencia.
- Transporte sanitario:
 - El transporte utilizado por los pacientes residentes en Miranda de Ebro lo realizan las ambulancias del Sacyl (Sanidad de Castilla y León), tanto para acudir a consultas como en los ingresos o altas hospitalarias, tanto a domicilio como a otro centro sanitario, excepto en traslados urgentes que son realizados por las ambulancias concertadas por la Delegación Territorial de Salud de Álava (DTSA).
- B) Pacientes del Condado de Treviño y otras localidades de Burgos (Valpuesta, San Millán de San Zadornil, Arroyo de San Zadornil y San Zadornil); se les presta la siguiente asistencia:
 - Asistencia especializada programada (consultas e ingresos):
 - Los ciudadanos residentes en el Condado de Treviño y las localidades mencionadas, en general reciben la asistencia sanitaria especializada en los centros de Osakidetza en Álava, y no se les pide orden de asistencia, utilizando los mismos procedimientos para el acceso a la misma que los pacientes alaveses.
 - Asistencia sanitaria urgente:
 - En el caso de que se requiera asistencia sanitaria urgente se les facilita en las mismas condiciones que los ciudadanos alaveses.
 - Asistencia concertada o no disponible en el HUA.
 - Transporte sanitario:
 - En el Condado de Treviño y las otras localidades mencionadas, el transporte sanitario es realizado por las ambulancias de Sacyl, excepto en traslados urgentes que es realizado por las ambulancias concertadas por la DTSA.
- C) Pacientes correspondientes a Las Merindades.
 - El hospital de Basurto atiende de forma habitual la demanda de consultas de estos pacientes. Estas consultas se ubican en el Ambulatorio Areilza y corresponden a las siguientes actividades: cardiovascular, cirugía general, gastroenterología, otorrinolaringología, traumatología, urología y oftalmología.
 - Así mismo, se realizan las pruebas de laboratorio y otras que se soliciten en estas consultas. Las intervenciones quirúrgicas derivadas de estas consultas se realizan en el Hospital de Basurto y las clínicas concertadas.

La Rioja:

Existe un convenio de colaboración entre ambas comunidades en materia de asistencia sanitaria. En dicho acuerdo el Servicio Riojano de Salud prestará atención especializada a los pacientes que se deriven por los facultativos de atención primaria de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud que residan en los siguientes municipios de La Rioja Alavesa (zonas limítrofes): Baños de Ebro, Elciego, Elvillar, Kripan, Labastida, Laguardia, Lanciego, Lapuebla de Labarca, Leza, Moreda de Araba, Navaridas, Oyón-Oion, Samaniego, Lapuebla de Labarca, y Yécora.

Cantabria:

El convenio actualmente suscrito para la atención sanitaria en zonas limítrofes se circunscribe exclusivamente a los municipios de Valle de Villaverde (Cantabria), Lanestosa (Euskadi), y el tramo de la autovía Bizkaia-Cantabria comprendido entre el municipio cántabro de Castro-Urdiales y el municipio vasco de Muskiz (estos últimos a los solos efectos de la atención de emergencias). No recoge en dicho convenio la atención en el ámbito de la atención especializada que históricamente se presta desde Osakidetza a los residentes de Castro-Urdiales y otros municipios limítrofes. Sólo se referenció en dicho convenio la atención especializada en consultas externas y hospitalización que Osakidetza presta a los residentes del municipio de Valle de Villaverde.

Posteriormente a la firma de estos convenios y con motivo de la apertura del hospital de Laredo en Cantabria, se pactó sin convenio escrito entre ambas comunidades, restringir la asistencia especializada que desde Osakidetza se presta a los municipios limítrofes de Cantabria, a la especialidad de dermatología y a las consultas de revisión del resto de especialidades para los pacientes que tuvieran abierta historia clínica en Osakidetza.

Tanto la atención primaria como la especializada para los habitantes del Valle de Villaverde (Cantabria) se presta en Bizkaia; la atención primaria en los centros de salud de Zalla

y Balmaseda, y la atención especializada en el ambulatorio de Ortuella, los Centros de Salud de Zalla y Deusto así como a los Hospitales de Basurto y Cruces.

Los habitantes pertenecientes a Lanestosa (Euskadi) reciben asistencia de atención primaria en el centro de salud de Ramales (Cantabria).

Índice de tablas

Tabla 1-1	Enfermedades de declaración obligatoria. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2010-2014	5
Tabla 2-1	Donación sanguínea, 2015	9
Tabla 2-2	Programa de donantes, 2015	9
Tabla 2-3	Programa de detección precoz de cáncer de mama, 2015	10
Tabla 2-4	Actuaciones realizadas prevención VIH/Sida 2015	11
Tabla 2-5	Distribución de kits-jeringuillas, 2015	11
Tabla 2-6	Cobertura del programa de atención dental infantil, 2015	11
Tabla 2-7	Datos de actividad en atención primaria: médicos, pediatras 2014 y 2015	12
Tabla 2-8	Datos de actividad en atención primaria: dentistas, 2014 y 2015	12
Tabla 2-9	Datos de actividad en de atención primaria: matronas, 2014 y 2015	13
Tabla 2-10	Datos de actividad en atención primaria: enfermería, 2014 y 2015	13
Tabla 2-11	Datos de actividad en la asistencia hospitalaria, 2014 y 2015	14
Tabla 3-1	Mejoras en infraestructuras ya existentes en Osakidetza, 2015	15

Índice de gráficos

Gráfico 1-1	Porcentaje de cobertura vacunal serie primaria (3 dosis) de difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, hepatitis B y Haemophilus influenzae B, 2010-2015	6
Gráfico 1-2	Evolución de la cobertura vacunal antigripal en porcentaje en población mayor de 64 años, 2009-2015	7

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CAV	Comunidad Autónoma del País Vasco
CVTTH	Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos

D

DTSA	Delegación Territorial de Salud de Álava
------	--

E

EDI	<i>Electronic Data Interchange</i> . Comercio EDI es un estándar mundial de comercio electrónico que indica los documentos o transacciones electrónicas globales que pueden estar intercambiándose con los proveedores, clientes.
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria

H

HUA	Hospital Universitario de Araba
-----	---------------------------------

I

INOZ	<i>Infekzio Nosokomialak Zaintza eta Kontrola</i> (Vigilancia y control de las Infecciones Nosocomiales)
ITU	Infecciones del tracto urinario

O

OHSAS	<i>Occupational Health and Safety Assessment Series</i> (Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional)
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OPE	Oferta pública de empleo
OSI	Organización Sanitaria Integrada

P

PPHH	Progenitores Hematopoyéticos
PADI	Programa de Atención Dental Infantil

R

RRHH Recursos Humanos

S

Sacyl Sanidad Castilla y León

T

TIS Tarjeta Individual Sanitaria

U

UPV Universidad del País Vasco

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de La Rioja



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2016
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

ESTRATEGIAS Y ACCIONES DESTACABLES. ARAGÓN

Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Promoción de la salud	5
1.2 Drogodependencias y otras adicciones	5
1.3 Epidemiología y prevención sanitaria	7
1.4 Seguridad alimentaria, sanidad ambiental y servicio de inspección y consumo	7
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Medidas en materia de asistencia sanitaria en el Servicio Riojano de Salud	9
2.2 Medidas en materia de asistencia sanitaria en la Fundación Rioja Salud	13
3 Infraestructuras	19
3.1 Medidas en materia de infraestructuras en la Fundación Rioja Salud	20
4 Recursos humanos	21
4.1 Medidas en materia de recursos humanos en el Servicio Riojano de Salud en el año 2015	21
4.2 Medidas en materia de recursos humanos en la Fundación Rioja Salud	23
4.3 Medidas en materia de recursos humanos en la Consejería de Salud	23
5 Gestión económico financiera	25
5.1 Gestión económico financiera del Servicio Regional de Salud	25
5.2 Gestión económico-financiera en la Fundación Rioja Salud	26
6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes	29
6.1 Convenios, acuerdos y protocolos en vigor y vigencia de los mismos	29
6.1.1 Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia sanitaria.	29
6.1.2 Acuerdo de colaboración entre la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma de La Rioja, sobre cooperación mutua a través de sus respectivos Servicios de Salud, 18 de abril de 2012	30
6.1.3 Acuerdos entre las Comunidades Autónomas de Castilla y León y La Rioja	31
6.2 Régimen económico: compensación y forma de pago acordado	34
6.3 Comisiones de seguimiento, mixtas: constitución, organización y funciones	34
6.4 Acceso a las historias clínicas	34
6.5 La Tarjeta Sanitaria Individual-TSI	35
Índice de tablas	37

Índice de gráficos	39
Abreviaturas, acrónimos y siglas	40

Resumen

La Comunidad de La Rioja promueve las intervenciones de promoción de la salud, mediante el aumento de la implicación de la comunidad en el cuidado de su propia salud, impulsando la participación comunitaria, favoreciendo el ejercicio físico y la alimentación sana como hábitos de vida saludables y reforzando en el ámbito educativo las actuaciones con la Consejería de Educación en la promoción de hábitos y estilos de vida.

La necesidad de evaluar la implementación de las medidas planificadas en el marco de la salud pública, ha supuesto la evaluación en 2015 del Plan Riojano de tabaquismo 2009-2013 con un cumplimiento del 74,6% de las medidas propuestas.

En relación con la asistencia sanitaria se inicia a partir de 2015 en los Servicios de Atención Especializada y Primaria del Servicio Riojano de Salud, un Sistema de Gestión por objetivos mediante pactos de carácter anual, que incluye objetivos e indicadores referidos a la accesibilidad, no desprogramación, sostenibilidad, calidad y satisfacción y trabajo colaborativo entre niveles asistenciales.

Destacar que la Comunidad de La Rioja lidera el ránking de donación de órganos y es la comunidad con menor tasa de negativas familiares.

El ejercicio pasado también ha evidenciado el mantenimiento de las infraestructuras a través de la convocatoria pública para 2015 de las subvenciones a entidades locales para el mantenimiento, equipamiento clínico y mobiliario general y obras menores de urgente reforma y acondicionamiento en los consultorios de salud de La Rioja.

El año 2015 ha estado afectado por la constitución del nuevo Gobierno autonómico. En cuanto a los recursos humanos el segundo semestre está marcado por la normalización de las plantillas y la recuperación progresiva de los derechos restringidos en la época de crisis.

Se mantiene el desarrollo y consolidación de los sistemas de información, tal como se evidencia en la finalización de la implantación de la Receta Electrónica, la mejora de los sistemas de información para la detección de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) así como la consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del Sistema de Información Microbiológica de La Rioja.

1 Salud Pública

En el ámbito de la Salud Pública las actuaciones más destacables, han sido:

1.1 Promoción de la salud

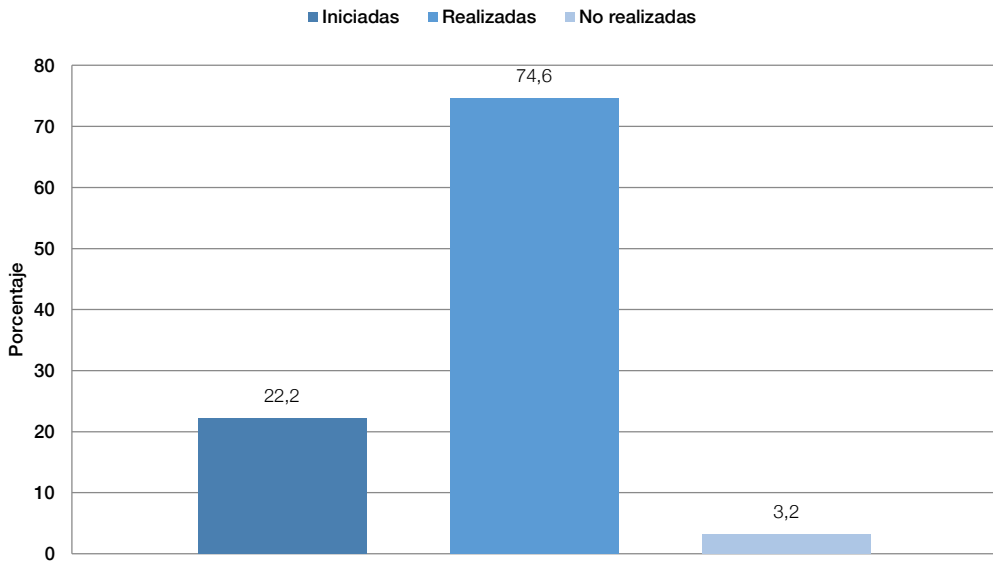
La Consejería de Salud tiene entre sus objetivos prioritarios la promoción de una vida sana basada en comportamientos y conductas saludables en la ciudadanía, con el objetivo de aumentar la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud. Las actividades de promoción de la salud y prevención repercuten directamente en la salud de las personas, por ello se han potenciado distintas líneas de intervención:

- Aumentar la implicación de la comunidad en el cuidado de su propia salud, impulsando la participación comunitaria.
- Promover el ejercicio físico y la alimentación sana como hábitos de vida saludables para disminuir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en nuestro entorno.
- Reforzar las actuaciones con la Consejería de Educación en la promoción de hábitos y estilos de vida en el ámbito educativo.

1.2 Drogodependencias y otras adicciones

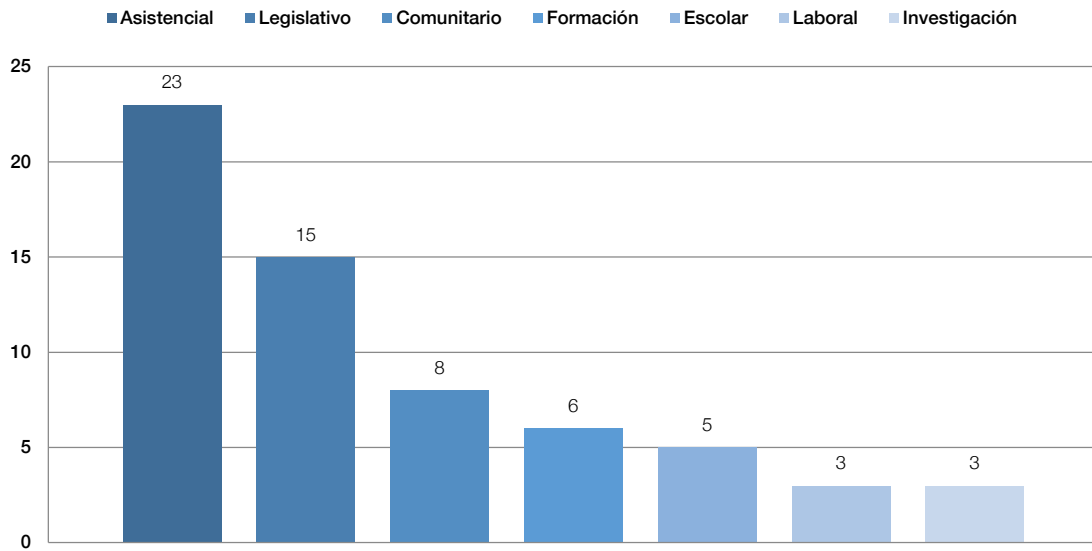
En el ejercicio 2015 se ha llevado a cabo la evaluación final del Plan Riojano de Tabaquismo 2009-2013. Dicha evaluación refleja un elevado índice de implementación de las actuaciones perseguidas, un descenso de la prevalencia del consumo de tabaco en hombres y un incremento en mujeres. Las recomendaciones finales plantean retomar el consejo sanitario en materia de deshabituación tabáquica así como la financiación de medicamentos para este fin. Aconseja así mismo desarrollar en un futuro acciones concretas de prevención y deshabituación tabáquica en jóvenes, mujeres y colectivos desfavorecidos, sin perder de vista la implicación de la Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental.

Gráfico 1-1 Grado de implementación en porcentaje, de las acciones del Plan Riojano de Tabaquismo, 2009-2014



Fuente: Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Drogodependencias y otras adicciones.

Gráfico 1-2 Distribución de las acciones del Plan Riojano de Tabaquismo por ámbito de actuación, 2014



Fuente: Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Drogodependencias y otras adicciones.

1.3 Epidemiología y prevención sanitaria

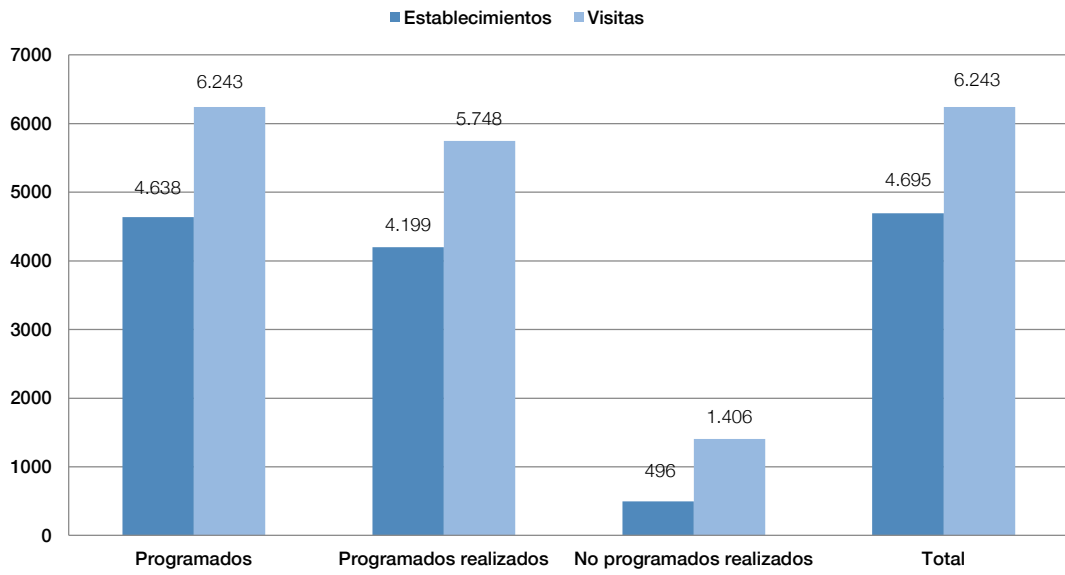
Las actuaciones más destacables han sido:

- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica de la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) en La Rioja.
- Mejora de los sistemas de información para la detección de las EDOs en La Rioja; y presencia de información sobre EDOs, alertas epidemiológicas y planes de prevención en la página web de RiojaSalud. (<https://www.riojasalud.es/epidemiologia>)
- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del Sistema de Información Microbiológica de La Rioja.
- Seguimiento y evaluación del Plan de erradicación de la poliomielitis y del sarampión.
- Mejora en la detección y respuesta de brotes y alertas epidemiológicas regionales, nacionales e internacionales.
- Seguimiento y evaluación del Plan de alerta, prevención y control de los efectos de la ola de calor sobre la salud.
- Mejora en las actividades de información, coordinación y colaboración del Plan de prevención y control del sida.
- Impulso y mantenimiento de una alta cobertura de vacunación en la población incluida en el calendario de vacunación infantil de La Rioja; e introducción y mejora de vacunaciones en población adulta y grupos de riesgo específicos.

1.4 Seguridad alimentaria, sanidad ambiental y servicio de inspección y consumo

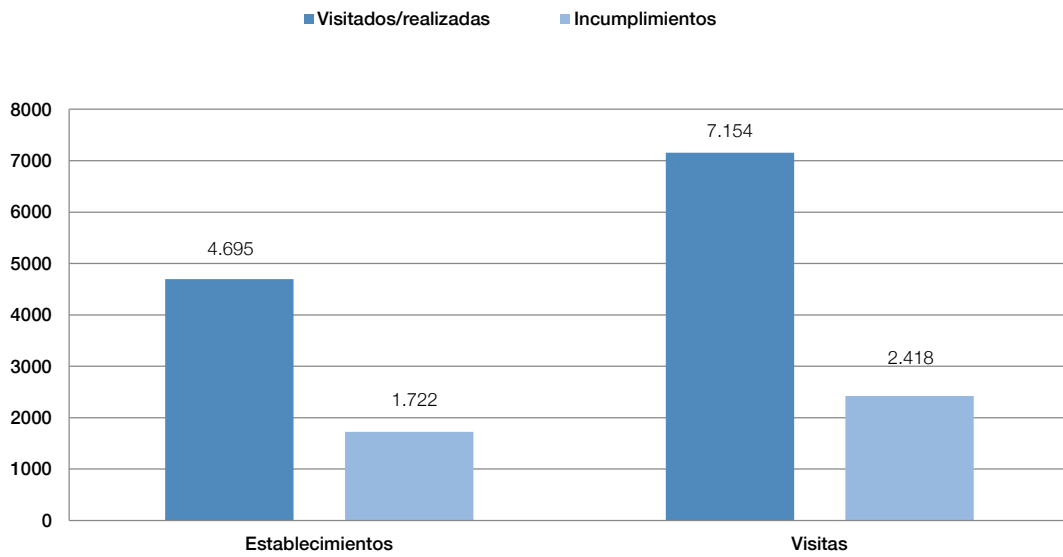
Se mantiene el control de las condiciones generales y específicas de higiene de los establecimientos alimentarios en todas las inspecciones realizadas según el procedimiento de clasificación de establecimientos en función del riesgo y el control sanitario.

Gráfico 1-3 Control general de establecimientos alimentarios y visitas, 2015



Fuente: Servicio de Inspección y Control de La Rioja.

Gráfico 1-4 Incumplimientos detectados sobre establecimientos visitados y visitas realizadas, 2015



Fuente: Servicio de Inspección y Control de La Rioja.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Medidas en materia de asistencia sanitaria en el Servicio Riojano de Salud

En el ámbito de la asistencia sanitaria durante 2015, las acciones más destacables en los diferentes servicios han sido en:

Cardiología

El Hospital San Pedro implanta el programa *Código infarto* que presta atención integral a pacientes con infarto de miocardio en toda la Comunidad Autónoma y evita desplazamientos. Además con fecha 20 de marzo se inicia la telemetría en la planta de cardiología del Hospital San Pedro.

Neurología

El Gobierno de La Rioja incorpora una Unidad de Ictus al Hospital San Pedro que atiende a una media de 500 pacientes al año.

Nefrología

Renovación y ampliación de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Pedro. La Rioja es la comunidad pionera en telemonitorizar a los pacientes en diálisis domiciliaria.

Diagnóstico por la imagen

El área de diagnóstico por la imagen ha renovado todos sus equipos y ha aumentado un 5% su actividad durante 2014. Además el Hospital San Pedro incorpora la exploración PET-TAC con contraste yodado para mejorar el diagnóstico oncológico.

Hospitalización a domicilio

El servicio de hospitalización a domicilio alcanza su techo asistencial ampliando su cobertura al 99,2% de la población de La Rioja.

Aparato digestivo

Elastografía Hepática-Fibroscan: nueva técnica diagnóstica que se utiliza en pacientes con enfermedades hepáticas y que permite establecer el grado de fibrosis que sufren en este órgano de una forma segura, rápida e indolora. Además se incorpora la cromosocopia para mejorar la calidad diagnóstica de las colonoscopias.

Departamento de diagnóstico biomédico

Incorporación de la Farmacogenética: pruebas de medicina personalizada para adecuar el tratamiento al estudio genético previo en cáncer, estudios genéticos en hematología, pediatría, neurología y otras patologías. Incorporación de pruebas de histocompatibilidad.

Farmacia

Destaca la dispensación de fármacos por dosis unitaria a todos los centros sociosanitarios a través de la farmacia hospitalaria y la dispensación de fármacos a la unidad de cuidados paliativos domiciliarios a través de la farmacia hospitalaria.

Cirugía general, cirugía torácica, cirugía vascular, ginecología

Las intervenciones por laparoscopia representan el 20% de las operaciones que se realizan en el Hospital San Pedro con incorporación de torres de laparoscopia y ecógrafos que permiten implementar más técnicas quirúrgicas por vía laparoscópica.

Ginecología

Vitrificación embrionaria y diagnóstico genético preimplantacional.

Unidad de cirugía oral y maxilofacial

Con la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial se ha logrado reducir un 80% los desplazamientos de pacientes a otras comunidades. Además se implementa el protocolo de actuación en salud bucodental en mujeres embarazadas; este protocolo pretende abordar pautas para la prevención y tratamiento de los procesos patológicos que afectan a la mujer en ese periodo de su vida y proponer alternativas para la prevención de las enfermedades orales más prevalentes en su futuro hijo.

Oftalmología

Salud incorpora dos equipos de última generación para cirugía de catarata que aportan mayor seguridad y menor agresividad para los pacientes.

Cirugía torácica

El Hospital San Pedro incorpora la cirugía toracoscópica para intervenir los cánceres de pulmón.

Cirugía

El Hospital San Pedro incorpora la cirugía radioguiada para intervenir tumores benignos en las glándulas paratiroides e incrementa la cirugía laparoscópica.

Coordinación de trasplantes

La Rioja lidera el ranking de donación de órganos y es la comunidad con menor tasa de negativas familiares. Registra 56,4 donantes por millón de habitantes, muy por encima de la media nacional (36), (entre 2011 y 2014: 68 donantes).

Receta electrónica

Merece mención especial que en el año 2015 La Rioja culmina al 100% su proceso de implantación de receta electrónica.

Pactos de gestión por objetivos

Se inicia a partir de 2015 en los Servicios de Asistencia Especializada y Primaria del Servicio Riojano de Salud un sistema de gestión por objetivos mediante pactos de carácter anual. Los objetivos e indicadores se estructuran en los siguientes apartados:

- **Accesibilidad:**

En Atención Especializada y según la tipología de actividad de cada unidad asistencial:

- Espera media para primeras consultas.
- Espera media para primeras exploraciones complementarias.
- Espera media para intervención quirúrgica.
- Disponibilidad de circuito de alta resolución diagnóstica y terapéutica en sospechas de patología grave.

En Atención Primaria:

- Atención en el día de la consulta a demanda. Porcentaje de mejora.
- Atención en el día de los avisos domiciliarios.
- Programa de crónicos.
- Consejo sanitario.
- No desprogramación:

En Atención Especializada:

- Desprogramación de consultas menor del 5%.
- Desprogramación quirúrgica menor del 2%.
- Desprogramación de exploraciones complementarias menor del 5%.

En Atención Primaria:

- Desprogramación de consulta ordinaria menor del 5%.
- Sostenibilidad:

En Atención Especializada:

- Para las unidades con pacto de objetivos estándar: selección de un indicador centinela de gasto del servicio (por ejemplo, gasto en prótesis en el caso de traumatología); mantenimiento del gasto y no incremento y, en su caso, reducción.
- Para las unidades con pacto de gestión como experiencia piloto: asignación funcional del presupuesto de los capítulos I y II determinado a partir de la media del gasto real de los últimos 5 años. El objetivo es mantener o minorar el gasto en su conjunto a través de las decisiones que vaya tomando la unidad asistencial correspondiente.

En Atención Primaria:

- Para los Equipos de Atención Primaria (EAP) con pacto de objetivos estándar: selección de un indicador centinela de gasto del equipo (por ejemplo gasto en farmacia); mantenimiento del gasto y no incremento y, en su caso, reducción.

- Para los EAP con pacto de gestión como experiencia piloto: asignación funcional del presupuesto de los capítulos I y II, determinado a partir de la media de gasto real de los últimos 5 años. El objetivo es mantener o minorar el gasto en su conjunto a través de las decisiones que vaya tomando el propio EAP.
- Calidad y satisfacción:
 - En Atención Especializada:
 - Encuesta de satisfacción de pacientes atendidos: fijar índices y objetivos (primer año, establecer punto de partida de satisfacción y años siguientes planificar objetivos de mejora).
 - Implantación de acciones de calidad y progresivamente certificación de calidad (incorporación de un modelo de calidad).
 - En Atención Primaria:
 - Encuesta de satisfacción de pacientes atendidos: fijar índices y objetivos (primer año establecer el punto de partida de satisfacción y años siguientes planificar objetivos de mejora)
 - Trabajo colaborativo entre niveles asistenciales.
 - Común para Atención Primaria y Especializada:
 - Puesta en marcha de nuevas modalidades asistenciales entre atención primaria y especializada como la interconsulta y consulta no presencial y la consulta sincronizada.
 - Puesta en marcha de protocolos de manejo de las patologías más prevalentes y susceptibles de mejora a través del trabajo colaborativo entre niveles asistenciales: puesta en marcha anualmente de dos nuevos protocolos de manejo coordinado entre niveles.
 - Puesta en marcha de acciones coordinadas entre niveles relativos a la Estrategia de Crónicos y, en concreto, de los perfiles de patologías identificadas como prioritarias (insuficiencia cardiaca, EPOC, etc.)

Para cada unidad asistencial se establecen en el último trimestre de 2015 los pactos correspondientes. Se realiza un seguimiento cuatrimestral de los mismos realizándose la evaluación final dentro del primer trimestre del ejercicio siguiente.

La ponderación de cada uno de los apartados es la siguiente: Accesibilidad: 40%, No desprogramación: 10%, Sostenibilidad: 15%, Calidad y satisfacción: 20% y Trabajo colaborativo: 15%. Será necesario para superar la evaluación que se alcance al menos el 50% del objetivo en cada uno de los apartados y, en su conjunto, el 70% del global.

Se recogen los datos referidos a la asistencia en las siguientes tablas:

Tabla 2-1 Actividad asistencial en el Hospital San Pedro, 2015

Total	Altas	Días	EM	reING (%)
Hospital San Pedro	24.933	155.403	6,2	5,6
Hospitalización a domicilio	1.657	20.700	12,5	

Observación: EM-Estancia Media, reINGR-Reingresos.

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

Tabla 2-2 Actividad del Hospital General de La Rioja, 2015

	Altas	Días	EM	reING (%)
Geriatría	531	5.861	11	7,0
Psiquiatría	217	3.219	28,1	6,0
Total	748	12.080	16,2	6,7

Observación: EM-Estancia Media, reINGR-Reingresos.

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

Tabla 2-3 Actividad de la Unidad de Cuidados Paliativos en la Fundación Rioja Salud, 2015

Altas	Días	EM
340	4.032	11,9

Observación: EM-Estancia Media.

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

Tabla 2-4 Dotación de camas y actividad en el Hospital San Pedro y Hospital General de La Rioja, 2011-2015

	Años				
	2011	2012	2013	2014	2015
Camas funcionantes	559	548	548	553	556
Camas excluidas materno-infantil	506	495	495	500	503
Ingresos programados	7.365	7.051	7.754	7.626	7.475
Ingresos urgentes	16.266	16.119	16.348	17.052	17.379
Total ingresos	23.631	23.170	24.102	24.678	24.854
Número estancias	161.197	161.208	160.079	161.364	164.551
Número altas finales	23.868	23.302	24.239	24.719	25.056
Estancia media global	6,7	6,9	6,6	6,5	6,6
Índice de ocupación general	79,1	80,3	79,9	79,9	81,1
Índice de ocupación (excluye materno-infantil)	84,3	85,0	85,2	85,4	86,5
Traslados del hospital a otros servicios de salud	129	118	128	137	101

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

2.2 Medidas en materia de asistencia sanitaria en la Fundación Rioja Salud

Su actividad se inicia en junio de 2002, con la apertura de las unidades móviles de cuidados paliativos y el área de gestión clínica de enfermedades infecciosas. A partir de enero de 2003 la Fundación Rioja Salud accede a desarrollar el Programa de detección precoz de cáncer de mama planificado por la Consejería de Salud.

En junio de 2005 el Patronato de la Fundación aprobó la ampliación del objeto fundacional, incorporando entre otras actividades la promoción de la donación en general y en especial, la donación de sangre así como la gestión de transfusión, análisis y del plasma sanguíneo.

En el año 2007 se procedió a la reorganización y reubicación física de todas las unidades de la Fundación, de forma que las unidades de mama, banco de sangre, laboratorios de virología y anatomía patológica, se han ubicado en el Nuevo Hospital San Pedro. En el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR) desarrollan su actividad la unidad de oncología radioterápica, pionera en La Rioja, medicina nuclear y protección radiológica, además de los servicios de apoyo de formación, informática y gestión. La unidad de cuidados paliativos, incluida su área de hospitalización, permanece en el Hospital General de La Rioja.

La Ley 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2012 de la Comunidad Autónoma de La Rioja, incluyó una Disposición Adicional Tercera sobre la

integración de las áreas asistenciales de Fundación Rioja Salud en el Servicio Riojano de Salud, en los términos siguientes:

- Las áreas asistenciales de la Fundación Rioja Salud: cuidados paliativos, patología mamaria, medicina nuclear, centro de transfusión de sangre, unidad de oncología radioterápica, unidad de protección radiológica, diagnóstico molecular y los laboratorios de virología, anatomía patológica, rehabilitación y admisión; quedan integrados funcional y orgánicamente en el Servicio Riojano de Salud.

La Fundación Rioja Salud mantendrá su actual régimen jurídico y objeto estatutario para todo el Sistema Público de Salud de La Rioja, en los ámbitos relativos a la formación, informática, sistemas de información y la unidad de gestión e investigación biomédica.

- Se habilita al Gobierno de La Rioja y a las Consejerías de Salud y Servicios Sociales y de Administración Pública y Hacienda para que desarrollen las disposiciones reglamentarias y actuaciones que procedan para la efectiva integración en un plazo no superior a un año.

Con fecha 31 de octubre de 2012 se firmó un Convenio de colaboración entre Fundación Rioja Salud y el Servicio Riojano de Salud para la ordenación e integración de las áreas asistenciales en el Servicio Riojano de Salud, que plantea una Fase A - integración funcional y una Fase B – integración orgánico/estructural. La entrada en vigor de la integración funcional fue con efectos 1 de noviembre de 2012.

Por ello, los objetivos de actividad y de calidad, así como la cartera de servicios, quedan englobados dentro de la estrategia general de actuación del Servicio Riojano de Salud. No obstante, la Fundación Rioja Salud sigue teniendo dotación presupuestaria para el área asistencial dado que el personal continúa ligado contractualmente a la Fundación, así como la titularidad de las instalaciones y equipos.

Tabla 2-5 Actividad asistencial en la Fundación Rioja Salud, 2015

Cuidados Paliativos	Actividad 2015
Equipos domiciliarios	
Pacientes nuevos	540
Total pacientes	2.342
Estancias totales domicilio	54.341
Estancia media domicilio	23,2
Total visitas domicilio	5.169
Hospitalización	
Ingresos	427
Estancias totales (días)	3.647
Estancia media	8,54
Consultas externas	
Primeras	79
Sucesivas	1.835
Relación sucesivas/primeras	23,22
Área psicología	
Enfermos atendidos	1.425
Familiares atendidos	2.122
Sesiones totales	3.020
Área trabajo social	
Casos nuevos	513
Casos totales	2.242
Atención al duelo (Convenio La Caixa)	
Nuevos	303
Familiares	773
Consultas totales	702
Trabajo Social (consultas)	237
Atención psicosocial (Convenio La Caixa)	
Enfermos nuevos	296
Familiares atendidos	410
Pacientes atendidos	613
Visitas domicilio	1.037
Medicina Nuclear	Actividad 2015
SPECT*	600
SPECT CARDIACO	280
PET-CT**	1.333
Resto pruebas diagnósticas	2.074
Tratamiento	61
Terapia metabólica	20
Unidad de Oncología Radioterápica	Actividad 2015
Total planificaciones	3.033
Sesiones acelerador	15.395
Radioterapia externa (pacientes)	794
Braquiterapia (nº implantes)	267
Braquiterapia (nº pacientes)	87
Braquiterapia Alta Tasa Interst./Intracav.***	43
Braquiterapia. Alta Tasa Superficial	9
Braquiterapia Baja Tasa I-125 (prostática)	35
Sangre irradiada	173

Consultas externas	
Primeras	896
Sucesivas	2.297
Relación sucesivas/primeras	2,56
Banco de Sangre	Actividad 2015
Donación	
Donantes nuevos	1.002
Donaciones totales	10.304
Sangre total	10.140
Aféresis	164
Transfusión	
Solicitud transfusiones	8.138
Otras pruebas	11.968
Unidad Diagnóstica de Mama	Actividad 2015
Estudios mamográficos	7.679
Estudios ecográficos	7.496
Unidad intervencionista	
Citologías	352
Biopsias	647
Programa de screening	
Participación %	86,29
Tasa cánceres diagnosticados ‰	4,14
Unidad Diagnóstico Molecular	Actividad 2015
Secuencia Sanger y MLPA Procedimientos técnicos****	--
NGS***** Procedimientos técnicos e informáticos	--
Apoyo a la Investigación	
Secuencias Apoyo Investigación CIBIR	6.229
Proyectos de Investigación:	12 PM
Protección Radiológica	Actividad 2015
Control de calidad de equipos	244
Dosimetría	1.263
Vigilancia radiológica y médica	178
Control de residuos	614

Observaciones: La actividad asistencial de la Unidad de Diagnóstico molecular está integrada dentro del Departamento de Diagnóstico Biomédico del Hospital San Pedro.

PM: trabajo Investigador en un mes dedicado al Proyecto; equivalencia 1PM=140horas.

* Tomografía computarizada de emisión de fotón único (single photon emission computed tomography).

** Tomografía por emisión de positrones (positrón emission tomography - computed tomography).

*** Braquiterapia de Alta Tasa intersticial.

Braquiterapia de Alta Tasa Intracavitaria.

**** Secuenciación Sanger: es un método de secuenciación del ADN por dideoxinucleótidos.

MLPA (Multiple ligation-dependent Probe Amplification) es una técnica que permite detectar variantes, hasta en 45 – 50 *loci*, de manera simultánea.

***** NGS: (Next-Generation Sequencing) agrupa a diversas técnicas de secuenciación de alto rendimiento.

Fuente: Fundación Rioja Salud.

En la Fundación Rioja Salud, en 2015, son relevantes los siguientes hechos:

- Adecuación a la nueva normativa

Con la actualización de la normativa en materia de contratación y de transparencia, y en especial en todo lo relacionado con el uso de tecnologías de la información y la comunicación, a lo largo de todo el año 2015 se ha implantado en la Fundación Rioja Salud los procedimientos y sistemas relacionados con las temáticas siguientes:

- Facturación electrónica, conforme a la Directiva 2014/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, relativa a la facturación electrónica en la contratación pública, la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público y el Decreto 27/2013, de 13 de septiembre, por el que se regula el Registro de Facturas y el servicio de facturación electrónica del Gobierno de La Rioja.
- Contratación electrónica, conforme a la Directiva 2014/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de abril de 2014, la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que deroga la Directiva 2004/18/CE (no transpuesta a la fecha), el Decreto 43/2013, de 5 de diciembre, por el que se regula el Registro de Contratos del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja y el Decreto 20/2014, de 16 de mayo, por el que se regulan el documento, el expediente y el archivo electrónico en el Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, regulados por la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y la Ley 3/2014, de 11 de septiembre, de Transparencia y Buen Gobierno de La Rioja.
- Protección de datos, conforme al Decreto 40/2014, de 3 de octubre, por el que se aprueba la Política de Seguridad de la Información de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Calidad y medioambiente.

Durante el año 2015, la Fundación ha obtenido los siguientes certificados y reconocimientos:

- *Diploma de compromiso con la excelencia*, por la realización, con el liderazgo del equipo directivo, de una autoevaluación según el modelo EFQM, la puesta en marcha del plan de mejora derivado de la misma y el compromiso de continuar avanzando hacia la excelencia, otorgado por la Consejería de Administración Pública y Hacienda del Gobierno de La Rioja.
- *Etiqueta de calificación energética*, escala D para emisiones de CO₂ y escala E para consumo de energía.

3 Infraestructuras

En cuanto a la concurrencia competitiva, en el Boletín Oficial Rioja nº 25 de 23 de febrero de 2015 se publicó la Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, de 12 de febrero de 2015, por la que se realiza la convocatoria pública para 2015 de las subvenciones a entidades locales para el mantenimiento, equipamiento clínico y mobiliario general y obras menores de urgente reforma y acondicionamiento en los consultorios de salud de La Rioja.

El objeto de estas ayudas es que la red de consultorios de salud se encuentre en niveles óptimos de conservación, cuente con el equipamiento adecuado, y en el caso de las obras, se hagan las reparaciones necesarias para que las condiciones higiénico-sanitarias, estado de las instalaciones y condiciones de accesibilidad sean correctas.

Tabla 3-1 Subvenciones a las entidades para la mejora de las infraestructuras de los consultorios locales, 2015

		Solicitudes presentadas (consultorios)	Solicitudes concedidas (consultorios)
Mantenimiento	Ayuntamientos	164	164
	Entidades locales	3	3
Equipamiento	Ayuntamientos	86	83
	Entidades locales menores	1	1
Obras	Ayuntamientos	23	18
	Entidades locales menores	1	1
Totales		278	270

Fuente: Memoria de la Consejería de Salud de La Rioja 2015.

Tabla 3-2 Subvenciones concedidas, en euros, según Zona Básica de Salud, 2015

ZBS	Equipamiento	Mantenimiento	Obras
ZBS Nº 01.-Cervera del Río Alhama	1.911,0	7.189,7	7.168,0
ZBS Nº 02.-Alfaro	8.408,3	18.563,7	0,0
ZBS Nº 03.-Calahorra	6.268,8	14.204,5	2.407,0
ZBS Nº 04.-Arnedo	4.330,9	10.671,3	0,0
ZBS Nº 05.-Murillo de Río Leza	8.873,9	17.292,2	1.165,5
ZBS Nº 06.-San Román de Cameros	100,2	2.942,0	0,0
ZBS Nº 07.-Alberite	7.641,4	30.006,6	4.791,2
ZBS Nº 08.-Torrecilla de Cameros	267,9	8.004,5	10.693,2
ZBS Nº 09.-Navarrete	2.177,5	12.794,3	0,0
ZBS Nº 10.-Nájera	31.473,4	27.999,4	8.224,6
ZBS Nº 11.-Sto Domingo de la Calzada	13.089,0	23.172,5	28.578,8
ZBS Nº 12.-Haro	9.408,9	23.297,1	14.831,5
ZBS Nº 14.-Logroño-Joaquín Elizalde	0,0	3.361,7	0,0
ZBS Nº 17.-Logroño-Gonzalo de Berceo	0,0	902,5	0,0
ZBS Nº 18.-Logroño-Siete Infantes	0,0	2.962,9	0,0
ZBS Nº 19.-Logroño-Cascajos	0,0	2.924,3	0,0
Total consultorios de salud de La Rioja	93.951,2	206.289,0	77.859,6

Observaciones: ZBS - Zona Básica de Salud.

Fuente: Memoria de la Consejería de Salud La Rioja 2015.

3.1 Medidas en materia de infraestructuras en la Fundación Rioja Salud

En el año 2005 se acometió la construcción de las obras del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). La recepción del edificio se formalizó el 27 de abril de 2007 y el coste total de ejecución de la obra ascendió a 32,2 millones de euros. Paralelamente y con la finalidad de cumplir con el objeto fundacional de búsqueda de la excelencia médica, investigadora y tecnológica, a lo largo de los años 2006 y 2007 se han ido aprobando diversos contratos de equipamiento general y tecnológico por un total de 14,6 millones de euros.

4 Recursos humanos

4.1 Medidas en materia de recursos humanos en el Servicio Riojano de Salud en el año 2015

El año 2015 ha estado afectado por la constitución del nuevo gobierno autonómico. El segundo semestre está marcado por la normalización de las plantillas y la recuperación progresiva de los derechos restringidos en la época de crisis. Las principales medidas que se han adoptado en materia de recursos humanos en el año 2015 son las siguientes:

- En materia de jornada
El incremento de la jornada a 37,5 horas semanales establecido por la Disposición Adicional Septuagésima Primera de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, se ha mejorado con las siguientes medidas:
 - Aumento del valor corrector de la hora nocturna del personal con turnos rotatorios (con noches).
 - Compensación de jornada por la realización de actividades de formación fuera del horario de trabajo del personal del Servicio Riojano de Salud.
 - Compensación de jornada por la asunción de actividad asistencial de otros profesionales de medicina de familia, pediatría o enfermería ausentes en los equipos de atención primaria (acumulaciones de cupo).
 - Compensación de jornada por actividades de formación obligatoria incluida en el Plan transversal fuera del horario habitual del personal residente en formación.
 - Estas medidas han sido adoptadas en el Acuerdo en materia de horario de trabajo, formación, promoción interna temporal y para la estabilidad en el empleo en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Riojano de Salud publicado el 5 de diciembre de 2014 en el Boletín Oficial de La Rioja.
 - En materia de organización del trabajo
 - Se ha potenciado la iniciativa de los profesionales para mejorar la eficacia de la organización de los servicios, los cuales han presentado propuestas organizativas de horarios por parte de los equipos, centros, servicios o unidades clínicas.
 - Mejora de las condiciones particulares de los profesionales
 - Compromiso de adopción de medidas para mejorar la estabilidad en el empleo que se refleja posteriormente en el Pacto de la Mesa Sectorial del Servicio Riojano de Salud para la estabilidad en el empleo temporal.
 - En el año 2015 se ha abonado un 25% del importe de la paga extraordinaria correspondiente al mes de diciembre de 2012 que fue suprimida por el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio de 2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
 - El importe de las retribuciones del personal del Servicio Riojano de Salud para el año 2016 se incrementa un 1%, a excepción de los complementos de carrera y desarrollo profesional, respecto de la retribución vigente a 31 de diciembre de 2015, en virtud del artículo 43 de la Ley 5/2015, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el año 2016.
 - Mejora de las condiciones generales de algunos colectivos de trabajadores
- Para la mejora del diálogo social, la Administración ha constituido grupos de trabajo con los

sindicatos, de manera que la negociación mejora la efectividad en la consecución de resultados. Así se han constituido grupos para revisar las condiciones laborales del personal del 061, de urgencias hospitalarias, del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y de refuerzos; los citados grupos deberán presentar las correspondientes propuestas de mejora.

- Digitalización de la gestión administrativa que afecta al personal para mejorar el acceso de los profesionales, proteger el medio ambiente y conseguir un mayor ahorro económico. Se han digitalizado los procedimientos selectivos y los concursos de traslados.
- Oferta de empleo público y concursos de traslados

Se aprueba la Oferta de Empleo Público del año 2015 que contiene 72 plazas de personal estatutario en el Servicio Riojano de Salud que agotan el máximo establecido por la normativa básica estatal para La Rioja y que han sido convocadas mediante 19 procesos selectivos.

Se acuerda convocar los concursos de traslados para las categorías de médico de familia en equipo de atención primaria, pediatra de atención primaria, ATS/DUE, matrona, fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería, celador, pinche, administrativo y auxiliar administrativo de la función administrativa.

- Jubilación
Se mantiene la edad de jubilación forzosa del personal estatutario del Servicio Riojano de Salud para el año 2015 en 65 años y 3 meses con el fin de rejuvenecer la plantilla y mejorar las oportunidades de empleo de los diferentes sectores profesionales.
- Impulso en la definición de los riesgos psicosociales en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.
- Intensificación de las acciones y medidas protectoras contra las agresiones a profesionales.
- Fortalecimiento de los efectivos.

4.2 Medidas en materia de recursos humanos en la Fundación Rioja Salud

Tabla 4-1 Recursos humanos en la Fundación Rioja Salud 2012-2015

Clasificación del personal	Número de efectivos reales			
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
Directivos	1	1	1	1
Facultativos	26	24	25	24
Sanitarios no facultativos	91	94	104	106
Personal no sanitario	87	90	86	87
Totales	205	209	216	218

Fuente: Fundación Rioja Salud.

Tabla 4-2 Recursos humanos en la Fundación Rioja Salud según categoría profesional, 2015

Personal facultativo	26
Personal de enfermería	30
Otros diplomados	2
Técnicos especialistas	32
Auxiliares de enfermería y de apoyo	13
Técnicos gestión	9
Personal administrativo	20
Total área asistencial	132

Fuente: Fundación Rioja Salud.

4.3 Medidas en materia de recursos humanos en la Consejería de Salud

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja, la Consejería de Salud extiende su competencia a las materias de sanidad, salud pública, farmacia, consumo, así como aquéllas que les sean atribuidas normativamente. La evolución de los efectivos durante el periodo 2010-2015 experimentó un descenso debido fundamentalmente a la situación económica existente durante estos años que ha hecho que la tasa de reposición de efectivos haya sido prácticamente nula, por lo que las bajas producidas por diversas causas, fundamentalmente por jubilaciones, no se han cubierto. Asimismo, durante este periodo la Consejería asumió las competencias en materia de servicios sociales para terminar cediéndolas a otra Consejería en 2015.

Tabla 4-3 Recursos humanos de la Consejería de Salud, 2010 y 2015

Servicio	Grupo A1	Grupo A2	Grupo C1	Grupo C2	Grupo E	Total
Secretaría General Técnica.						
Año 2010	11	4	11	9	13	48
Año 2015	12	5	14	6	9	46
D. G. Salud Pública y Consumo						
Año 2010	66	20	7	20	5	118
Año 2015	65	15	6	16	4	106
D.G. Prestaciones y Farmacia 2010						
Año 2010	24	9	15	19	-	67
Año 2015	21	6	11	15	-	53
Totales						
Año 2010	101	33	33	48	18	233
Año 2015	98	26	31	37	13	205

Observaciones: Agrupación de los cuerpos y escalas de funcionarios al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Grupo A1.- Título de doctor, licenciado, ingeniero, arquitecto o equivalente.

Grupo A2.- Título de ingeniero técnico, diplomado universitario, arquitecto técnico, formación profesional de tercer grado o equivalente.

Grupo C1.- Título de bachiller, formación profesional de segundo grado o equivalente.

Grupo C2.- Título de graduado escolar, formación profesional de primer grado o equivalente.

Grupo E.- Certificado de escolaridad.

Fuente: Consejería de Salud de La Rioja.

Un aspecto a resaltar durante este periodo de tiempo son las medidas que han ido adoptándose en materia de conciliación de la vida familiar y laboral para el personal al servicio de la Comunidad Autónoma de La Rioja, entre las que destacan las siguientes:

- Permiso por maternidad de 18 semanas.
- Permiso por paternidad de 4 semanas.
- Permiso por lactancia de un hijo menor de 15 meses por el que uno de los dos progenitores tiene derecho a una hora diaria de ausencia del trabajo. Este permiso puede ser sustituido por un permiso retribuido que acumule en jornadas completas el tiempo correspondiente.
- Reducción de jornada en un tercio o un medio por guarda legal de un menor de 12 años o de una persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida. En el supuesto de por guarda legal de un menor de 10 años o de una persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida, se tendrá derecho a percibir un 80% y un 60% de las retribuciones, respectivamente.

Se ha desarrollado además un programa de teletrabajo para el personal con el fin de potenciar el desarrollo de la sociedad del conocimiento y primando la conciliación de la vida familiar y laboral. De esta forma, el empleado público que lo solicite puede realizar desde su domicilio particular entre un 20% y un 40% de la jornada laboral.

5 Gestión económico financiera

El Servicio Riojano de Salud, como organismo provisor de asistencia sanitaria pública de La Rioja, cuenta con un presupuesto que se integra dentro de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Con posterioridad, rinde cuentas de la ejecución de los mismos, a través de los correspondientes informes y memorias de gestión.

5.1 Gestión económico financiera del Servicio Regional de Salud

Tabla 5-1 Gasto total en euros, del Servicio Riojano de Salud, 2010-2015

	Años	Presupuestos Inicial	Presupuesto a 31 de diciembre	Gasto
Capítulo I, II y VI	2010	273.883.420,0	274.366.063,8	274.715.317,1
Capítulo I, II y VI	2011	257.346.061,0	262.185.469,0	272.203.837,4
Capítulo I, II, III y VI	2012	256.326.436,0	308.518.979,6	254.982.387,2
Capítulo I, II, III y VI	2013	250.289.895,0	258.950.119,3	257.050.776,7
Capítulo I, II, III y VI	2014	253.485.085,0	263.048.403,7	259.517.316,1
Capítulo I, II, III y VI	2015	255.594.293,0	266.792.474,7	267.057.959,2

Observaciones: Capítulo I.- Gastos de Personal, Capítulo II.- Gastos en bienes corrientes y servicios, Capítulo III.- Gastos financieros y Capítulo VI.- Inversiones reales.

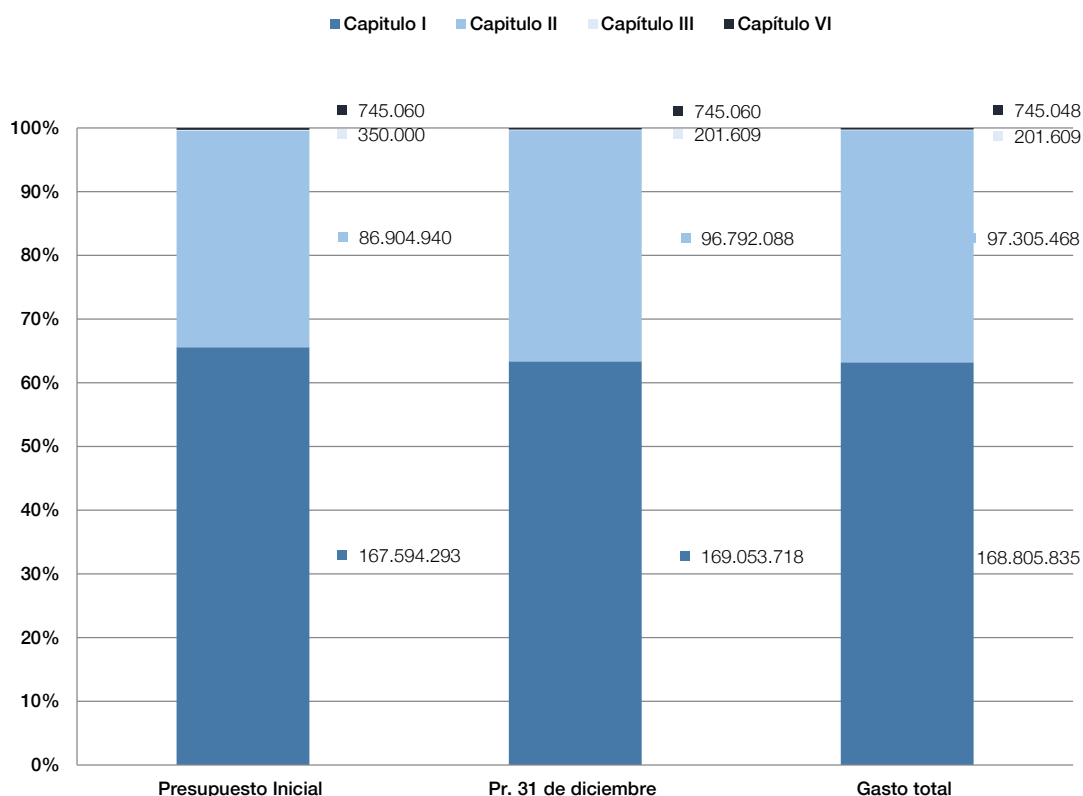
Fuente: Servicio Riojano de Salud.

El gasto total ha ido disminuyendo durante el periodo un -2,8%:

- Para la cuantía del Capítulo I: Gastos de personal con un descenso del -9,3%.
- En Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y servicios, ha aumentado un 10,9%.
- En Capítulo III: Gastos financieros de 2012 a 2015 se han incrementado un 788,0%.
- En Capítulo VI: Inversiones reales ha disminuido un -8,6%.

El gasto ha sido muy irregular con incrementos y decrementos en el periodo analizado.

Gráfico 5-1 La gestión económico financiera en el Servicio de Salud de La Rioja, 2015



Observaciones: El gasto en Capítulo II tiene carácter provisional. Incluye por los nuevos medicamentos para la HEPATITIS C, las siguientes cantidades: crédito posicionado: 2.100.000 euros - pago en 2015: 2.161.536 euros.

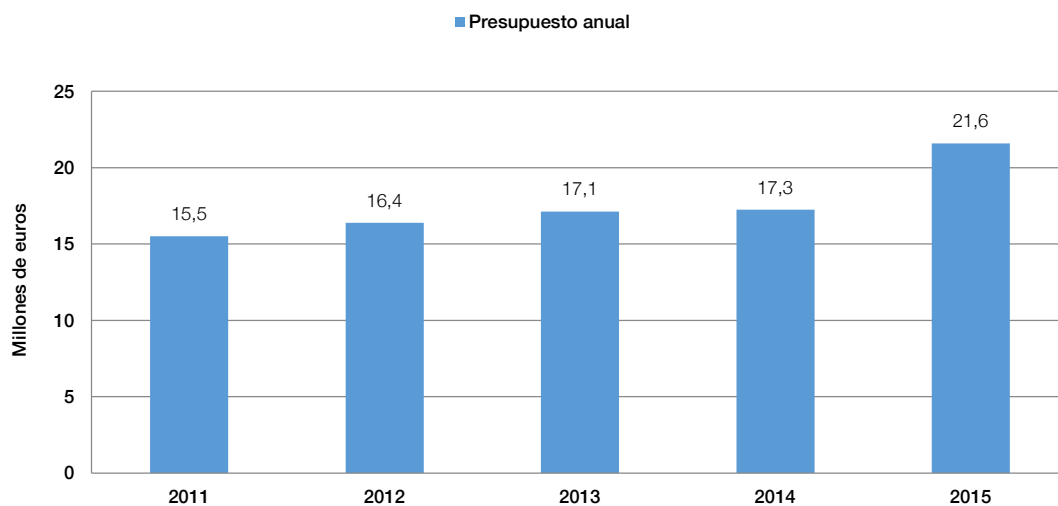
Fuente: Servicio Riojano de Salud.

5.2 Gestión económico financiera en la Fundación Rioja Salud

Las fuentes de financiación de la Fundación Rioja Salud provienen en su mayor parte de dotaciones presupuestarias de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Otros ingresos complementarios se obtienen de convocatorias públicas de ayudas, acuerdos de colaboración, donaciones de particulares y otros ingresos menores.

Las dotaciones presupuestarias de la Fundación en estos últimos años han sido las siguientes:

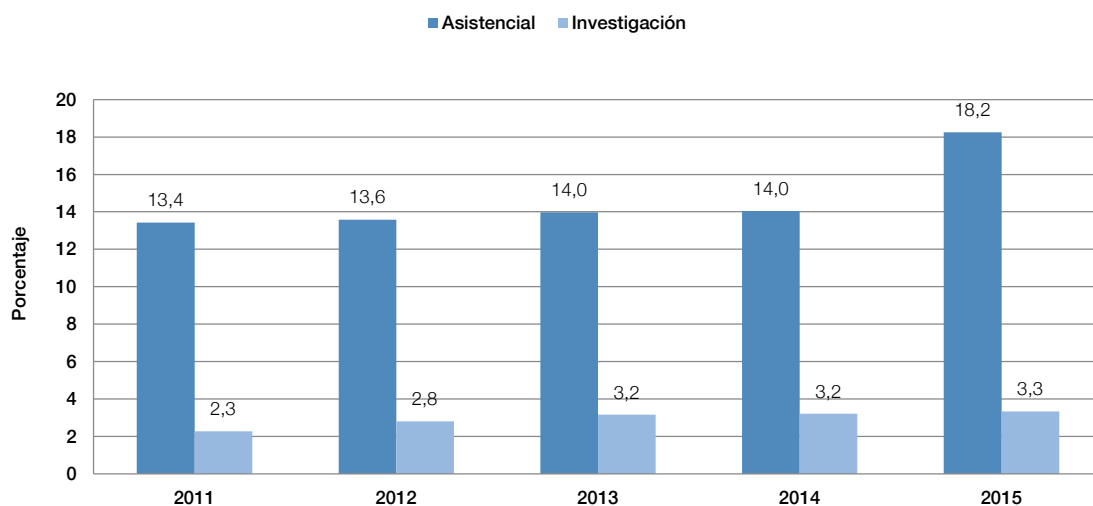
Gráfico 5-2 Dotación presupuestaria en euros, en la Fundación Rioja Salud, 2011-2015



Fuente: Datos presupuestarios de la Fundación Rioja Salud.

Dentro del presupuesto de gasto corriente, se puede separar la dotación aprobada para Investigación Biomédica, de la dotación para prestaciones sanitarias y servicios generales.

Gráfico 5-3 Distribución del presupuesto corriente anual de la Fundación Rioja Salud, 2011-2015



Fuente: Datos presupuestarios de la Fundación Rioja Salud.

Tabla 5-2 Ejecución presupuestaria de la Fundación Rioja Salud, 2015

Gasto corriente	Euros
Compras	8.766.051
Servicios exteriores	2.713.633
Tributos	17.810
Gastos de personal	8.585.189
Otros gastos de gestión	62.276
Gastos financieros	41.488
Pérdidas de inmovilizados y gastos extraordinarios	47.171
Total gasto corriente	20.233.617
Liquidación presupuestos comunidades autónomas	21.493.951
Ingresos complementarios	1.139.037
Total ingresos	22.632.988
Superávit	2.399.370

Fuente: Datos económicos de la Fundación Rioja Salud.

6 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes

La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes de la Comunidad Autónoma de La Rioja pretende alcanzar las necesidades asistenciales de las comunidades correspondientes para ser atendidas de forma satisfactoria y presentar un balance equilibrado en cuanto a los esfuerzos que debe realizar cada comunidad en beneficio de la otra.

Los acuerdos de colaboración en la prestación de asistencia sanitaria entre las comunidades autónomas se refieren a residentes del territorio de cada comunidad, como consecuencia de la existencia de áreas geográficas limítrofes o en aquellos supuestos en los que no existen técnicas o actividades asistenciales en la comunidad autónoma de origen.

6.1 Convenios, acuerdos y protocolos en vigor y vigencia de los mismos

6.1.1 Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia sanitaria

(Ley 1/2014, de 14 de marzo, de aprobación y autorización del Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia sanitaria 15 de marzo de 2014. (BOR nº 36, de Viernes, 21 de marzo de 2014) <http://www.larioja.org/bor/es/boletines-nuevo?fecha=2014/03/21>.

Está vigente a partir del día de la firma y tendrá una duración de tres años. Se prorrogará automáticamente por periodos anuales, salvo denuncia por cualquiera de las partes con una antelación mínima de tres meses antes de la fecha de vencimiento.

La cartera de servicios en el Convenio de Colaboración entre las Comunidades Autónomas del País Vasco y de La Rioja incluye:

Atención especializada prestada por el Servicio Riojano de Salud a los pacientes que se deriven por los facultativos de atención primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que residan en los siguientes municipios, (pacientes de las zonas básicas de La Rioja Alavesa): Baños de Ebro, Elciego, Elvillar, Kripan, Labastida, Laguardia, Lanciego, Lapuebla de Labarca, Leza, Moreda de Álava, Oyón, Samaniego, y Villabuena de Alava y Yécora.

Los pacientes de las localidades de La Rioja Alavesa limítrofes a Logroño pueden recibir:

- Atención primaria urgente en el Punto de Atención Continuada existente en el Centro de Alta Resolución San Millán (CARPA), atención en las unidades de salud mental en el Centro de Salud de Espartero ubicado en Logroño, atención a la embarazada en diferentes centros de salud de Logroño y atención odontológica en el CARPA.
- Atención especializada en el CARPA y en el Hospital San Pedro de Logroño, tanto para consultas externas, pruebas diagnósticas y atención hospitalaria.
- Transporte sanitario, a cargo de la comunidad autónoma del paciente.
- Atención de emergencias (061) a cargo de la comunidad autónoma del paciente.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud prestará a los ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja dentro de las especialidades referidas a las actividades asistenciales y las técnicas complementarias que se indican en las Estipulación Tercera del acuerdo y que en concreto incluyen cirugía plástica y reparadora, dermatología, ginecología y obstetricia, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía general y aparato digestivo, cirugía de la obesidad, traumatología y cirugía ortopédica, cirugía infantil y de prematuros, neumología, neurofisiología, neuroradiología, urología, pruebas diagnósticas y trasplantes.

En este convenio se implantó un documento por ambas comunidades para la solicitud de asistencia sanitaria especializada en el Hospital San Pedro, vigente en la actualidad.

Las derivaciones interhospitalarias, las peticiones de pruebas e interconsultas que genere el Hospital de Leza se solicitarán por medio del programa del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Desde el Servicio de Admisión del Hospital San Pedro se solicitará la inclusión en SIFCO si las derivaciones desde atención primaria originan prestaciones que se puedan recoger en el programa de compensación intercomunidades: intervenciones quirúrgicas, PET, gammagrafías, radioterapia, quimioterapia, ingresos hospitalarios.

6.1.2 Acuerdo de colaboración entre la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma de La Rioja, sobre cooperación mutua a través de sus respectivos Servicios de Salud, 18 de abril de 2012

El acuerdo con validez hasta el 31 de marzo de 2013, se prorroga automáticamente por periodos anuales, salvo denuncia en cualquier momento por alguna de las partes firmantes, con antelación de un mes.

El Servicio Riojano de Salud prestará atención especializada a los pacientes que se deriven por los facultativos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea procedentes del municipio de Viana.

Los pacientes de la localidad de Viana pueden recibir:

- Atención primaria urgente en el Punto de Atención Continuada (PAC) existente en el CARPA, atención en las unidades de Salud Mental en el Centro de Salud de Espartero, atención a la embarazada en diferentes centros de salud de Logroño y atención odontológica en el CARPA.
- Atención especializada en el CARPA y en el Hospital San Pedro de Logroño, tanto para consultas externas, pruebas diagnósticas y atención hospitalaria.
- Transporte sanitario, a cargo de la comunidad autónoma del paciente.

La Comunidad Foral de Navarra se compromete a prestar a los ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja las actividades asistenciales y técnicas incluidas en la Estipulación Tercera del Acuerdo: neurocirugía, cirugía maxilofacial, trasplante de médula, neurorradiología intervencionista y subespecialidades de pediatría.

6.1.3 Acuerdos entre las Comunidades Autónomas de Castilla y León y La Rioja

Las Comunidades Autónomas de Castilla y León y La Rioja firmaron el Protocolo General de Colaboración entre ambos gobiernos, el 19 de junio de 2008, suscribiendo el 8 de julio de 2009, una adenda que respondía a la voluntad de mantener e incrementar las áreas de trabajo común entre ambos gobiernos y una segunda Adenda de noviembre de 2010, con iguales objetivos. El 9 de octubre de 2013 se firma la tercera Adenda al protocolo general de Colaboración.

El Protocolo General de colaboración entre ambos gobiernos, de 19 de junio de 2008, establece una vigencia anual y se prorrogará tácitamente, sin perjuicio de su extinción por denuncia unilateral o por mutuo acuerdo de las partes.

Los pacientes de la localidad Montenegro de Cameros (Zona Básica de Salud de Pinares-Covaleda-Soria) pueden recibir:

- Atención primaria de urgencia en el Centro de Salud de Torrecilla, atención urgente en el Punto de Atención Continuada (PAC) existente en el CARPA.
- Atención especializada en el CARPA y en el Hospital San Pedro de Logroño, tanto para consultas externas, pruebas diagnósticas y atención hospitalaria.
- Transporte sanitario, a cargo de la comunidad autónoma del paciente.

Las actividades asumidas por cada comunidad se recogen en el primer y segundo puntos del Anexo Segundo al Protocolo General entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Junta de Castilla y León sobre la colaboración en materia sanitaria.

La Rioja asume de la Comunidad Autónoma de Castilla y León las siguientes actividades: PET, radioterapia externa, braquiterapia prostática, braquiterapia ginecológica.

Castilla y León asume de La Rioja las siguientes actividades: neurocirugía, UCI pediátrica, cirugía pediátrica y unidad de la mano.

Tabla 6-1 Núcleos de poblaciones limítrofes atendidos en la Comunidad Autónoma de La Rioja, número de habitantes residentes y dependencia provincial, 2015

		Habitantes
Álava	Baños de Ebro	311
	Elciego	1.051
	Elvillar	353
	Kripan	182
	Laguardia	1.520
	Lanciego	679
	Lapuebla de Labarca	860
	Leza	216
	Moreda de Álava	233
	Navaridas	231
	Oyón	3.320
	Samaniego	294
	Villabuena de Álava	306
Yécora	266	
Total Álava		9.822
Soria	Montenegro de Cameros	70
Total Soria		70
Navarra	Aras	172
	Cabredo	104
	Genevilla	75
	Lapoblación	127
	Marañón	53
	Viana	4.048
Total Navarra		4.579

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

Tabla 6-2 Atención sanitaria prestada en la Comunidad de La Rioja a pacientes de zonas limítrofes, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Álava					
Atención Primaria					
Urgencias (PAC-CARPA)	331	341	392	430	450
Atención embarazo (Matrona Atención Primaria(AP))	--	--	--	--	--
Unidad Salud Mental (USM)(incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Odontología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Radiología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Atención Especializada					
Consultas externas	8424	7128	7103	7504	7324
Atención hospitalaria	1375	1169	1203	1345	1094
Pruebas diagnósticas	8924	8158	8101	8575	8519
Farmacia hospitalaria	--	--	--	--	--
Urgencias	3053	2792	2951	3053	3345
Navarra					
Atención Primaria					
Urgencias (PAC-CARPA)	160	171	224	251	248
Atención embarazo (Matrona AP)	--	--	--	--	--
USM (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Odontología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Radiología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Atención Especializada					
Consultas externas	2425	2207	2518	2801	2628
Atención hospitalaria	342	283	348	386	317
Pruebas diagnosticas	2534	2622	2782	3180	2803
Farmacia hospitalaria	--	--	--	--	--
Urgencias	1021	936	1009	1029	1002
Soria					
Atención Primaria					
Urgencias en Torrecilla	--	--	--	--	--
Urgencias (PAC-CARPA)	12	15	12	23	4
Atención embarazo (Matrona AP)	--	--	--	--	--
USM (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Odontología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Radiología (incluida en Atención Especializada)	--	--	--	--	--
Atención Especializada					
Consultas externas	80	70	78	79	64
Atención hospitalaria	10	7	8	11	10
Pruebas diagnósticas	92	81	110	140	87
Farmacia hospitalaria	--	--	--	--	--
Urgencias	30	30	42	56	53

Fuente: Servicio Riojano de Salud.

6.2 Régimen económico: compensación y forma de pago acordado

Todas las derivaciones que se produzcan tienen la valoración económica en la forma que establece el Sistema Nacional de Salud para la Gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria o para el Fondo de Garantía Asistencial, según proceda.

En el supuesto de desequilibrio se efectúan las compensaciones económicas que correspondan a favor de una u otra parte.

6.3 Comisiones de seguimiento, mixtas: constitución, organización y funciones

Los Acuerdos recogen la Comisión de seguimiento para la gestión, seguimiento y control de lo acordado en los mismos.

En el caso del *Convenio suscrito con la Comunidad Autónoma del País Vasco*, la Comisión de seguimiento está compuesta por cuatro personas, dos de las cuales son designadas por el titular de la Consejería de Salud de la Comunidad de La Rioja y las otras dos por el titular del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Según el acuerdo, la Comisión de seguimiento se reunirá con carácter ordinario una vez al trimestre, pudiendo reunirse, con carácter extraordinario, a petición de cualquiera de las partes.

Las funciones de la Comisión de seguimiento son:

- Efectuar el seguimiento asistencial y económico del Acuerdo.
- Revisar las derivaciones y protocolos así como las prestaciones objeto del mismo.
- Interpretar el Acuerdo y regular cuantas discrepancias puedan surgir en aplicación del mismo.
- Proponer la denuncia o modificación del mismo.
- Elevar un informe semestral a las Consejerías respectivas de cuantas incidencias pueden surgir en la aplicación del mismo.
- Cualesquiera otras que pudieran encomendársele relacionadas con los acuerdos firmados.

En el caso del *Convenio entre la Comunidad de La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra* se establece en su cláusula quinta que, de la evaluación y seguimiento del Acuerdo, se harán cargo los gerentes de los dos Servicios de Salud a través de una Comisión que constituirán al efecto.

El Anexo Segundo a la Adenda al Protocolo General entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Junta de Castilla y León sobre colaboración en materia sanitaria, recoge en el punto quinto que para asegurar el cumplimiento del acuerdo se concretan, entre otras funciones, la de enviar mensualmente a la otra comunidad autónoma un resumen del número de pacientes recibidos y atendidos para cada una de las especialidades pactadas, y se crea una comisión de seguimiento constituida por las personas que se recogen en el Anexo.

6.4 Acceso a las historias clínicas

No existe un acceso directo de las historias entre comunidades limítrofes.

Sólo existe la comunicación por el Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.

Tanto Navarra como La Rioja son emisoras y receptoras de esta información; el País Vasco es, por ahora, sólo receptor, Castilla y León es, por ahora, sólo emisor.

6.5 La Tarjeta Sanitaria Individual-TSI

Los usuarios de las zonas limítrofes no disponen de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) del servicio de salud prestador de la atención.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Actividad asistencial en el Hospital San Pedro, 2015	12
Tabla 2-2	Actividad del Hospital General de La Rioja, 2015	12
Tabla 2-3	Actividad de la Unidad de Cuidados Paliativos en la Fundación Rioja Salud, 2015	13
Tabla 2-4	Dotación de camas y actividad en el Hospital San Pedro y Hospital General de La Rioja, 2011-2015	13
Tabla 2-5	Actividad asistencial en la Fundación Rioja Salud, 2015	15
Tabla 3-1	Subvenciones a las entidades para la mejora de las infraestructuras de los consultorios locales, 2015	19
Tabla 3-2	Subvenciones concedidas según Zona Básica de Salud, 2015	20
Tabla 4-1	Recursos humanos en la Fundación Rioja Salud, 2012-2015	23
Tabla 4-2	Recursos humanos en la Fundación Rioja Salud según categoría profesional, 2015	23
Tabla 4-3	Recursos humanos de la Consejería de Salud, 2010 y 2015	24
Tabla 5-1	Gasto total del Servicio Riojano de Salud, 2010-2015	25
Tabla 5-2	Ejecución presupuestaria de la Fundación Rioja Salud, 2015	28
Tabla 6-1	Núcleos de poblaciones limítrofes atendidos en la Comunidad Autónoma de La Rioja, número de habitantes residentes y dependencia provincial, 2015	32
Tabla 6-2	Atención sanitaria prestada en la Comunidad de La Rioja a pacientes de zonas limítrofes, 2011-2015	33

Índice de gráficos

Gráfico 1-1	Grado de implementación en porcentaje, de las acciones del Plan Riojano de Tabaquismo, 2009-2014	6
Gráfico 1-2	Distribución de las acciones del Plan Riojano de Tabaquismo por ámbito de actuación, 2014	6
Gráfico 1-3	Control general de establecimientos alimentarios y visitas, 2015	8
Gráfico 1-4	Incumplimientos detectados sobre establecimientos visitados y visitas realizadas, 2015	8
Gráfico 5-1	La gestión económico financiera en el Servicio de Salud de La Rioja, 2015	26
Gráfico 5-2	Dotación presupuestaria en la Fundación Rioja Salud, 2011-2015	27
Gráfico 5-3	Distribución del presupuesto corriente anual de la Fundación Rioja Salud, 2011-2015	27

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AP Atención Primaria

C

CARPA Centro de Alta Resolución San Millán

CIBIR Centro de Investigación Biomédica de La Rioja

E

EAP Equipos de Atención Primaria

EDOs Enfermedades de Declaración Obligatoria

EFQM *European Foundation for Quality Management* (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)

P

PAC Punto de Atención Continuada

PET-CT *Positron Emission Tomography Computed Tomography* (Tomografía por Emisión de Positrones)

PET-TAC Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Axial Computerizada

S

SERIS Servicio Riojano de Salud

SIFCO Sistema de Información del Fondo de Cohesión

SUAP Servicio de Urgencias de Atención Primaria

T

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

USM Unidad de Salud Mental

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

INGESA: Ceuta y Melilla



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
2 Asistencia sanitaria	7
2.1 Cartera de servicios	7
2.1.1 Atención primaria	7
2.1.2 Atención especializada	7
2.1.3 Ambos niveles asistenciales	7
2.2 Programas especiales	11
2.2.1 Programa de atención a enfermedades infecciosas	11
2.2.2 Telemedicina-Telelctus	11
2.2.3 Cita electrónica	12
3 Infraestructuras sanitarias	13
4 Recursos humanos	15
4.1 Plan de ordenación de recursos humanos del personal estatutario 2015-2020	15
4.2 Carrera profesional	15
4.3 Docencia	16
5 Gestión económico-financiera	17
5.1 Atención de las necesidades derivadas del brote del virus del Ébola en España	17
5.2 Implantación de la factura electrónica	17
6 La organización de la asistencia sanitaria Ceuta y Melilla: la accesibilidad de la población residente	19
6.1 Prestaciones sanitarias concertadas con centros/empresas privadas fuera del ámbito territorial del INGESA	20
6.2 Traslados sanitarios de INGESA que salieron fuera de su ámbito territorial	20
6.3 Derivaciones de pacientes residentes en Ceuta y Melilla que han sido atendidos con Fondos de Cohesión Sanitaria	20
6.4 Pacientes residentes en Ceuta y Melilla atendidos en atención primaria con cargo al Fondo de Garantía Asistencial	21
6.5 Distribución de liquidación definitiva del Fondo de Cohesión Sanitaria y Fondo de Garantía Asistencial	22
Índice de tablas	23
Abreviaturas, acrónimos y siglas	25

Resumen

En el ámbito de la salud pública se presentan los datos de población de Ceuta y Melilla, sus tasas de natalidad, esperanza de vida y mortalidad. También se hace referencia a las condiciones crónicas de salud.

En cuanto a la asistencia sanitaria, se ha conseguido en ambas ciudades autónomas que las listas de espera sean las más bajas del Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha incorporado la técnica del *Ganglio Centinela* y se ha implantado el *Código Ictus*. También se ha elaborado el Plan Integral de Atención al Síndrome Coronario Agudo y el Programa de Atención Integral a la Diabetes, poniendo en marcha la Comisión Central de Seguimiento de la Prestación Farmacéutica del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Respecto a la receta electrónica se ha conseguido implantar en todos los centros de salud y oficinas de farmacia, iniciando las actividades preparatorias para su extensión a atención especializada. Se han comenzado las adaptaciones de los programas informáticos y bases de datos a lo recogido en el nuevo Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, de Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) y se ha participado en el proyecto de doble codificación de registros de alta-CMBD hospitalarios para el análisis de impacto esperado por la implantación de la CIE-10 como clasificación de referencia en la codificación clínica. Se ha implantado en los hospitales de Ceuta y Melilla la medida sobre tramitación de nacimientos en centros sanitarios de la Comisión para Reforma de las Administraciones (CORA) y el sistema de gestión de la Incapacidad Temporal (ITE-Aplicación Web: SaGITario). Se han incluido los hospitales de Ceuta y Melilla en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Se han puesto en marcha los programas especiales del Virus Ébola, Hepatitis C, Telemedicina-TeleIctus y Cita Electrónica por internet para Atención Primaria.

Entre las actuaciones en infraestructuras sanitarias es de destacar el desarrollo en Melilla del proyecto de remodelación total del Centro de Salud de Zona Este.

En cuanto a los recursos humanos se ha elaborado el Plan de Ordenación de Recursos Humanos para el personal estatutario 2015-2020, siguiendo vigente el sistema de carrera profesional iniciado en 2010.

Respecto a la gestión económico-financiera, destacar las actuaciones realizadas para la atención de las necesidades del brote del virus Ébola y la implantación de la factura electrónica.

Por su singularidad, al estar las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla fuera de la Península, desde INGESA se han adoptado medidas específicas para garantizar la asistencia sanitaria a sus residentes, entre las que destacan: la existencia de un Protocolo de Tramitación de Evacuaciones específico para cada una de las ciudades; la gestión de prestaciones sanitarias concertadas con centros y empresas privadas cuyos servicios se prestan fuera del ámbito territorial del INGESA; las derivaciones a la Península de pacientes residentes en Ceuta y Melilla que han sido atendidos con Fondos de Cohesión Sanitaria (FCS) y con Fondos de Garantía Asistencial (FOGA).

1 Salud Pública

En lo que se refiere a las estrategias existentes para conocer y monitorizar el estado de salud de la población, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla ostentan en virtud de sus estatutos de autonomía las competencias sobre las materias de Salud Pública. No obstante, y al corresponder al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) la competencia de la asistencia sanitaria en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, se dispone de información referente a las personas asistidas. En este sentido cabría destacar la información relativa a la explotación de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que corresponden a los hospitales de ambas ciudades, así como los sistemas de información de Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP), para seguimiento de los diversos programas de salud.

Según el RD 1079/2015 de 27 de diciembre de 2015, las cifras oficiales de población a 1 de enero de 2015 de las ciudades de Ceuta y Melilla son 84.263 y 85.584 respectivamente. No obstante, y según los censos respectivos, la población de derecho a la atención sanitaria que disponen de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) ha ido aumentando durante los últimos 5 años en ambas ciudades, siendo la tendencia de crecimiento más intensa en el caso de Melilla. Si observamos las pirámides de población de ambas ciudades y las comparamos con la de España, en los dos casos tienen una base más ancha y un vértice más apuntado, reflejo de la mayor juventud de su población. Asimismo, el porcentaje de personas nacidas en el extranjero está en los dos casos por encima de la media nacional. Una reseñable particularidad de ambas ciudades es la existencia de importantes comunidades musulmana, hebrea e hindú. En cuanto a los hogares familiares, el número medio de miembros es claramente superior a la media del Estado, siendo en 2.014 la edad media materna en ambas ciudades (29,9 años en Ceuta y 30,4 años en Melilla) las más bajas de España.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la tasa bruta de natalidad en 2014 es en Melilla de 19,3 nacimientos por cada 1.000 habitantes la mayor de España, seguida muy de cerca por Ceuta con 14,9‰. Este indicador se mantiene en cifras bastante estables desde principios de los años 80, lo cual contrasta con la importante disminución que se produjo en el conjunto de España desde 1975 y hasta el mínimo que se alcanzó en 1998, año este a partir del cual se aprecia una lenta recuperación hasta el pico de 2008, y con descensos continuados desde entonces a 2014. También el número medio de hijos por mujer y la tasa global de fecundidad por 1.000 mujeres son en ambas ciudades autónomas las mayores de todo el Estado.

Por otro lado, según el INE, en 2013 la esperanza de vida al nacimiento en el conjunto de las dos ciudades era de 80,4 años, la más baja de España. Entre 2001 y 2013 se produjo una variación al alza en este indicador de 2,0 años, estando por debajo de la media nacional.

Algunos indicadores que describen el estado de salud correspondiente a 2013, según datos del INE, son los siguientes: la tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes fue de 596,4 en Ceuta y de 541,2 en Melilla, y aunque esta tasa ha disminuido desde 2001 un 17,8% en Melilla y un 11,9% en Ceuta, ambas están muy por encima de los 452,9 muertes por cada 100.000 habitantes de media nacional. La tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos en España en 2013 fue de 2,7 y tanto Ceuta (con 11,1) como Melilla (4,6) quedaron por encima de esta cifra.

En lo que se refiere a las tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por causa de muerte, los datos de 2013 muestran diferencias importantes en el conjunto de Ceuta y Melilla con respecto al resto del Estado en algunos grupos de enfermedades: en enfermedad isquémica del corazón la mortalidad es mayor en Ceuta (55,8) y en Melilla (51,8) que en cualquier otra comunidad autónoma, aunque ha disminuido desde 2001 un 42,45% en Ceuta, por encima de la disminución media nacional. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue 29,2 en Ceuta y 34,3 en Melilla, siendo Ceuta, comparándola con las demás comunidades autónomas, en la que

la magnitud del riesgo de muerte por esta causa, ha descendido más entre 2001 y 2013 (60%). Respecto al cáncer, Ceuta es en toda España la que tiene un mayor riesgo de muerte por cáncer de pulmón en hombres, siendo la tasa de mortalidad en mujeres de las más bajas de España, y en lo referente a cáncer de mama, ambas ciudades presentan altas tasas de mortalidad comparándolas con el resto de comunidades autónomas, pero con alto descenso del riesgo de muerte por esta causa desde 2001, sobre todo en Melilla. Respecto a la cirrosis hepática, Ceuta registra tasas de 11,7, y el riesgo ha aumentado desde 2001 en 71,1%. La tasa en Melilla es 8,6, cerca de la media nacional de 7,3, pero el riesgo ha aumentado un 16,3%, siendo ambas ciudades las únicas en que esto ha ocurrido. En 2014 las tasas de Hepatitis C declaradas por 100.000 habitantes fueron 8,3 en Melilla. Respecto a las tasas de mortalidad por suicidio ajustada por edad y por 100.000 habitantes en 2013 fueron 4,6 en Ceuta y 1,3 en Melilla, teniendo unas tasas inferiores a la media nacional, que fue 7,0. Aunque el riesgo de muerte por suicidio en España ha aumentado un 10% desde 2001, en Ceuta y Melilla ese riesgo marca una tendencia descendente, un 79,0% en Melilla y un 56,9% en Ceuta.

Las tasas de prevalencia por cada 100 habitantes de condiciones crónicas de salud son variables según sexo; la obesidad y sedentarismo tienen una prevalencia más alta que la media en Ceuta, estando la diabetes en Ceuta entre las más altas (8,1%) y en Melilla entre las menores (4,1%) si lo comparamos con la media nacional (7,0%). Por el contrario, tanto el consumo de bebidas alcohólicas como el consumo diario de tabaco en población mayor de 15 años en ambas ciudades están muy por debajo de la media nacional.

Las tasas de dependencia global en 2014, teniendo en cuenta a mayores y jóvenes, fue en Ceuta de 49,8% y de 53,3% en Melilla, muy cerca de la media nacional de 52,1%, permaneciendo estable con ligeras disminuciones en ambas ciudades. Esta tasa tiene gran trascendencia en las previsiones presupuestarias de los gastos en sanidad, entre otros.

2 Asistencia sanitaria

Los Planes Integrales de Salud son actuaciones globales sobre las enfermedades más prevalentes, que se abordan mediante objetivos de salud e indicadores, partiendo de la situación de salud en cada comunidad o ciudad autónoma.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) es el responsable de la asistencia sanitaria en el área sanitaria de Ceuta y de Melilla. El INGESA, mediante el contrato de gestión con ambas áreas sanitarias y con las direcciones territoriales, transmite a los centros sanitarios y a los profesionales las acciones necesarias para conseguir los objetivos de los Planes y Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, adecuándolos a las principales causas de morbi-mortalidad y a los problemas de salud prevalentes en el ámbito de ambas ciudades.

En 2015 estos planes se articularon en cuatro grandes áreas temáticas (Estrategias de salud, Farmacia, Sistemas de Información y Calidad), además de tres programas especiales (Atención Especial Enfermedades Infecciosas, Telemedicina - “Tele Ictus” y Cita Electrónica por Internet). Todo esto se realiza mediante dos acciones fundamentales:

- La cartera de servicios en atención primaria y atención especializada que recogen objetivos asistenciales y actividades que emanan de los Planes y Estrategias de Salud.
- Los programas especiales con objetivos, indicadores, plazos de ejecución, evaluación y asignación de recursos, para su implantación.

2.1 Cartera de servicios

2.1.1 En atención primaria

Tanto la cobertura por los Equipos de Atención Primaria (EAP) como por las Unidades Móviles de Emergencias (UME) es del 100% en ambas Ciudades. Se han realizado un total de 1.118.077 consultas. El número de personas atendidas en el servicio de urgencias de AP ha aumentado un 7,6% más de lo previsto, y el número de emergencias atendidas por la UME ha disminuido un 2,7%, habiendo sido atendidas el 95,5% en menos de 15 minutos.

2.1.2 En atención especializada

Las listas de espera en INGESA son las más bajas del Sistema Nacional de Salud (SNS). A 31 de diciembre de 2015 la espera media para ser intervenido quirúrgicamente ha sido de 31 días, para primera consulta de 28 días, de 22 días para realización de mamografía, de 15 días para Tomografía Axial Computarizada (TAC), y de 10 días para todas las pruebas diagnósticas ante sospecha de malignidad.

2.1.3 En ambos niveles asistenciales

- Planes relacionados con las Estrategias de Salud para el SNS:
 - Implican a ambos niveles asistenciales (AP y AE), comenzando en su mayoría en años anteriores y formando parte de los pactos de objetivos incluidos en los contratos de gestión anuales.

Durante 2015 se han producido las siguientes novedades:

- *Programa de atención a procesos oncológicos*
 - Como novedad en 2015 se amplió la cartera de servicios de oncología en las Áreas Sanitarias del INGESA en ambas Ciudades Autónomas, incorporando la *técnica del Ganglio Centinela*.
- *Programa de atención a enfermedades cardiovasculares:*
 - En 2015 se ha elaborado por los profesionales de los servicios de cuidados intensivos, cardiología y urgencias (AE, AP y O61), junto con la Dirección del Hospital y de AP, del área sanitaria de Melilla, un *Plan Integral de Atención al Síndrome Coronario Agudo (SCA)*, en el que además han colaborado profesionales de medicina, de enfermería de neurología, medicina interna y farmacia. El plan incluye la estrategia de prevención de la enfermedad mediante políticas de intervención, tanto a nivel de los profesionales del área sanitaria como de los pacientes, para el cambio de comportamiento y manejo de factores de riesgo cardiovasculares. La atención al SCA se desarrolla desde la atención inicial en los distintos niveles asistenciales hasta los programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria, todo ello plasmado en Vías Clínicas. Además, el plan incluye indicadores de calidad de las distintas fases del proceso asistencial siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica para el SNS (ECI-SNS).
 - Durante 2015 los tiempos obtenidos en los indicadores de *demora desde el inicio de los síntomas de síndrome coronario agudo hasta la asistencia sanitaria* son excelentes, estando por debajo de los estándares fijados en los objetivos de la ECI- SNS, en ambos niveles asistenciales en las áreas sanitarias únicas de Ceuta y de Melilla.
- *Programa de atención integral a la diabetes:*
 - Tanto en Ceuta como en Melilla se ha elaborado un programa para la mejora de la atención de la diabetes, incluyendo formación a profesionales y pacientes sobre medidas de prevención y detección precoz. Durante el año 2015 se han constituido en ambas áreas sanitarias un grupo de trabajo integrado por médicos y enfermeras de AP y AE. Se ha establecido también un circuito de colaboración entre AP y AE para mejorar la calidad de las interconsultas, con sesiones clínicas semanales del especialista con los profesionales de los centros de salud.
 - En el Hospital Comarcal de Melilla se ha puesto en marcha una consulta específica para pie diabético, se ha adquirido un retinógrafo digital para la detección precoz de retinopatía diabética, y se ha iniciado un proyecto piloto de bombas de insulina, implantándose 4 en 2015.
 - Dentro de las actividades divulgativas a la población sobre materia de prevención, destacamos entre otras actividades: impartir sesiones de 45 minutos cada una a alumnos y profesores de Educación Primaria de Melilla sobre hábitos de alimentación saludable, y participar junto a la Asociación de Diabéticos de Melilla (ADIMEL) en la Jornada del día mundial de la diabetes.
 - En el Área Sanitaria de Ceuta se ha elaborado y editado una *Guía para el autocuidado y control para el paciente con diabetes*, donde se le facilita educación sobre tratamiento, pruebas, así como otras recomendaciones para mejorar el control metabólico y evitar complicaciones. La guía del paciente incluye auto registro de analítica y trata de facilitar también el cuidado por los profesionales tanto de AP como de AE.
 - El Programa de Atención Integral a la Diabetes, tanto en Ceuta como en Melilla, incluye y evalúa los objetivos e indicadores de la Estrategia de Diabetes para el SNS, que están pactados en el contrato de gestión anual con ambas Áreas Sanitarias.
- *Plan de atención al Ictus cerebral en fase aguda:*
 - Este Plan comienza su desarrollo en el último trimestre de 2014 y se implanta en 2015 en las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla. Comprende la actuación coordinada de los recursos sanitarios de los diferentes niveles asistenciales: urgencias extrahospitalarias

(061) y hospitalarias, UCI y servicios de hospitalización. Las actuaciones diagnósticas y terapéuticas siguen las recomendaciones de la Estrategia de Ictus de SNS y de las sociedades científicas respecto al *Código Ictus*. Para mejorar los resultados en este proceso era necesario poner en marcha las actuaciones diagnósticas y terapéuticas lo antes posible, y para eso había que evitar los traslados a la Península siempre que fuera posible, y esto implicaba dar apoyo en el diagnóstico (tecnológico) y tratamiento de este proceso en situaciones determinadas a los profesionales de nuestros hospitales, estableciéndose por este motivo un sistema de *Teleictus* con la Fundación Jiménez Díaz, que sigue un adecuado funcionamiento actualmente.

- *Farmacia*

Durante 2015 se han producido las siguientes novedades:

- *Actuaciones en materia de análisis de prescripción farmacéutica:*

Durante 2015 se ha puesto especial dedicación en el control de la prestación. Para esto se puso en marcha los dos últimos años la Comisión Central de Seguimiento de la Prestación Farmacéutica integrada por farmacéuticos, médicos y gestores tanto de SS.CC como de las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla. Las reuniones se realizan con una periodicidad establecida a través de videoconferencia.

- *Políticas de uso racional del medicamento:*

Durante 2015 se ha continuado con la ejecución de las líneas contempladas en el Programa de Uso Racional del Medicamento puesto en marcha en el año 2005, centrandose básicamente, las actuaciones en la información y formación de los profesionales y fundamentalmente en la selección de medicamentos. Al objeto de potenciar esta línea de actuación se ha continuado con:

- La elaboración de publicaciones: boletines farmacoterapéuticos y hojas de elaboración de medicamentos.
- Sesiones farmacoterapéuticas en los EAP.
- Celebración de reuniones de la Comisión de uso racional del medicamento, reuniones de la Comisión de evaluación y seguimiento de prestación farmacéutica así como las reuniones periódicas de la Comisión mixta entre los colegios de farmacéuticos y el INGESA.

- *Implantación de la receta electrónica:*

En 2015 hay una implantación completa de receta electrónica en los centros de salud y en las oficinas de farmacia, y ha aumentado el número recetas en este formato frente a las realizadas en papel. A nivel de Atención Especializada se ha comenzado con las actividades preparatorias para su extensión.

- *Monitorización terapéutica de pacientes con Hepatitis C crónica:*

Seguimiento de las recomendaciones del Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el SNS, del 21 de mayo de 2015.

- *Sistemas de Información Sanitaria*

En Atención Especializada, la información obtenida por los Hospitales de Ceuta y Melilla según establece la Circular 3/01 de Sistemas de Información de la Red de Hospitales del INSALUD, se envía a INGESA donde los datos son validados, explotados y tabulados para permitir disponer, entre sus diferentes opciones de los siguientes productos de información: seguimiento de la actividad asistencial hospitalaria, explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), lista de espera quirúrgica y lista de espera de consultas externas y técnicas diagnósticas.

Además, INGESA elabora un cuadro de mandos asistencial de información mensual, en el que confluye información asistencial, de calidad y económico-financiera. Por otro lado, el sistema de información de consumo farmacéutico es DIGITALIS.

En 2015 fundamentalmente hay que destacar lo siguiente:

- Se ha trabajado en la adaptación de nuestros programas informáticos y bases de datos, para el seguimiento por los Hospitales del INGESA, según Real Decreto 69/2015 del 6 de febrero que regula el Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD).
 - El Hospital Universitario de Ceuta ha participado en el proyecto de doble codificación de registros de alta-CMBD hospitalarios para el análisis de impacto esperado por la implantación de la CIE-10 como clasificación de referencia en la codificación clínica.
 - Se han desarrollado las actividades necesarias para la adaptación de todos los sistemas de información a la codificación con CIE-10 en sustitución de CIE-9MC. Esto afecta fundamentalmente a los hospitales, pero no en exclusiva. Supone adaptaciones de las aplicaciones existentes como la lista espera quirúrgica, el Conjunto Mínimo de datos (CMBD) y el Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), entre otros, teniendo el mayor impacto en el CMBD.
 - Se ha dado formación a los profesionales sanitarios de las áreas sanitarias de Ceuta, de Melilla y de Servicios Centrales (SSCC) del INGESA a través de la formación ofertada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) para implantar la codificación con CIE-10.
 - Se han hecho las actividades preparatorias para que en 2016 se comience la implantación de la nueva aplicación de SIFCO.
 - A partir del 15 de octubre de 2015 se ha implantado en los Hospitales de Ceuta y de Melilla la medida de la Comisión para la Reforma de las Administraciones (CORA) sobre tramitación de nacimientos en centros sanitarios.
 - Se ha puesto en marcha un nuevo Sistema de Gestión de la Incapacidad Temporal (IT) en las Direcciones Territoriales de Ingesa mediante la Aplicación Web: SaGITario, que permite una gestión integral de los procesos de incapacidad temporal de forma centralizada en el ámbito de la Inspección Médica, soportando una gestión documental, de estadísticas y cuadro de mando, que facilita además la explotación y seguimiento de la prestación por parte de los SS.CC del INGESA. Además incorpora elementos para llevar un control específico de determinados diagnósticos, o la detección y control de asegurados que presentan patologías que superan la duración estándar de los procesos para los que están diagnosticados, facilitando el cumplimiento de los objetivos establecidos en los convenios de colaboración con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
- *Calidad Asistencial*

El Plan de Calidad del INGESA durante 2015 continúa los programas y objetivos de mejora de calidad establecidos en los años anteriores dentro de los Contratos de Gestión del INGESA suscritos con los Gerentes y Directores Territoriales de las áreas sanitarias únicas de Ceuta y Melilla.

Las novedades durante 2015 han sido:

 - Inclusión de los hospitales de Ceuta y Melilla en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Esta es la *red* del MSSSI para la detección y control de los eventos adversos en la atención sanitaria.
 - Celebración en el último trimestre de las 2015 de las Jornadas de Seguridad del Paciente en Ceuta y Melilla con participación multiprofesional y multidisciplinar, difusión en prensa escrita, televisión y radio, con implicación de las asociaciones de pacientes.
 - En Melilla, se han editado trípticos informativos para mejorar la satisfacción de los pacientes sobre *Indicaciones para el control del fósforo en pacientes en diálisis y Recomendaciones para pacientes en tratamiento con quimioterapia*, y guías informativas de los diversos servicios para los pacientes que acceden al hospital. Además, se han

realizado y editado guías de procesos asistenciales, destacando entre otras las siguientes: Guía para la prevención y manejo de las Úlceras por Presión (UPP) y heridas crónicas, editada por el MSSSI; la Guía Clínica para el manejo de la Artrosis y la Guía del proceso asistencial de Anemia Ferropénica, editadas por INGESA. En Ceuta se han editado, entre otras, la Guía de valoración básica Obstétrica, que es una guía ilustrada de divulgación para pacientes y profesionales en formación realizada por matronas de Ceuta y editada en soporte digital en www.comatronas.es, y en formato papel.

- Se han incorporado objetivos e indicadores específicos de Seguridad de los Pacientes (SP) en las actuaciones sanitarias en los contratos de gestión de las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla, y se han evaluado anualmente tanto estos como los que recomiendan desde el MSSSI, tanto en SP como en el programa de Higiene de Manos (HM), celebrándose la Jornada de Día Mundial de la HM en ambas áreas sanitarias, difundiendo las acciones en la prensa local.

2.2 Programas especiales

2.2.1 Programa de atención a enfermedades infecciosas

- Virus Ébola:
Los Planes de Contingencia se elaboraron en Ceuta y Melilla y en los SS.CC del INGESA en el último trimestre del año 2014 y parte del año 2015, asignándose responsables en todos los ámbitos. En 2014 se pusieron en marcha las actividades formativas y de protocolos, con la creación de un equipo de multiprofesional y multidisciplinar responsable de la coordinación con la ciudad autónoma, policía y cruz roja. También se pusieron en marcha los protocolos en servicios de urgencias ante la sospecha del virus Ébola, así como en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI). Durante 2015 se ha continuado con las acciones incluidas en el programa.
- Hepatitis C:
Adhesión del INGESA al Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C. Creación de una comisión de seguimiento de dicho Plan integrada por profesionales de las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla, además de SSCC de INGESA, incluyendo farmacéuticos, médicos y gestores.

2.2.2 Telemedicina-Teleictus

El objetivo de poner en marcha este proyecto fue el mejorar la asistencia urgente en este proceso en las áreas sanitarias de Ceuta y de Melilla, tanto desde el punto de vista diagnóstica como terapéutica, siguiendo las recomendaciones del *Código Ictus*. Para esto, y teniendo en cuenta la situación geográfica de ambas ciudades y los recursos disponibles, se desarrollaron reordenaciones funcionales, protocolización de actividades y estandarización de prácticas clínicas para implantar dicha atención específica en la población. Dada la imposibilidad de contratar más neurólogos, o incrementar las guardias de estos profesionales, se pensó en la Telemedicina como solución factible en esta situación. Una vez valorados los servicios ofertados por las empresas, se eligió la que tenía experiencia comprobada en esta área. Se hizo un contrato de servicios entre la Dirección del INGESA con la empresa seleccionada en el último trimestre de 2015, que tiene por objeto servicios de asesoramiento, mediante telemedicina, a médicos del INGESA en episodios

de Ictus que se produzcan en Ceuta y Melilla, cuya ejecución ha de ajustarse a lo dispuesto en el mismo, en el pliego de cláusulas administrativas particulares y en el de prescripciones técnicas (que incluye disposición permanente de neurólogo y radiólogo, con servicio de guardia de presencia física las veinticuatro horas durante todos los días). La duración es hasta diciembre de 2016, prorrogable. Actualmente está funcionando satisfactoriamente en ambas ciudades.

2.2.3 Cita electrónica

Durante 2015 se realizaron en las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla las actividades necesarias para facilitar a los usuarios del SNS de ambas ciudades la posibilidad de pedir cita previa para las consultas en su centro de salud, tanto para el médico de familia como para la enfermera, evitando así su desplazamiento al centro de salud para este trámite administrativo. Esta acción está incluida dentro del programa e-salud, que contempla la utilización de las nuevas tecnologías en la atención sanitaria, y que se inició en ambas áreas poniendo en marcha el envío de mensajes telefónicos (SMS). La solicitud de cita se hace a través de la Web de INGESA en cada una de las áreas sanitarias, introduciendo en el formulario específico de la web el Código de Identificación Personal (CIP) que figura en la tarjeta sanitaria. Además, se ha desarrollado una Aplicación *CITA INGESA* para tabletas y teléfonos móviles (Android e IOS). La opción permite seleccionar fecha y hora de la cita, y modificar o anular la misma si se desea.

En abril de 2013 se inicia el Proyecto de Interoperabilidad de Receta Electrónica en el Sistema Nacional de Salud (RESNS), al cual se adhiere la Comunidad Autónoma Canaria.

Durante el 2013 y 2014 se realizan los trabajos necesarios para el cumplimiento de los estándares de interoperabilidad establecidos en RESNS, tanto para el perfil emisor como receptor, en nuestra Receta Electrónica Continua (REC), en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para el desarrollo del perfil emisor fue necesaria la participación de las oficinas de farmacia, contando en todo momento con la colaboración inestimable de los colegios profesionales de farmacéuticos.

3 Infraestructuras sanitarias

Durante el año 2015 INGESA ha desarrollado en Melilla el proyecto de remodelación total del Centro de Salud Zona Este, situado en la calle General Polavieja. Se ha llevado a cabo la redacción del proyecto y el concurso público de adjudicación de la obra, estando prevista una duración de 12 meses. El importe de adjudicación es de 1.360.723,1 euros.

El Centro de Salud Zona Este está ubicado en un edificio de 25 años de antigüedad cuyas dependencias e instalaciones habían quedado ya muy obsoletas. La obra llevará a cabo una renovación completa, tanto en aspectos funcionales como constructivos y tecnológicos, haciendo especial énfasis en que todos estos campos cumplan con la normativa vigente. En este aspecto, y en el plano constructivo, se aprovechará esta actuación para proceder a la retirada y sustitución de todos los elementos de fibrocemento que estaban presentes en el edificio.

4 Recursos humanos

La política de recursos humanos en el INGESA ha tenido un lugar destacado en las preocupaciones y prioridades establecidas en el año 2015.

Se han llevado a cabo importantes actuaciones que tendrán una influencia decisiva en la fidelización de los profesionales y en el futuro inmediato de las relaciones laborales en los centros de este Instituto.

4.1 Plan de ordenación de recursos humanos del personal estatutario 2015-2020

El objetivo fundamental de este Plan de Ordenación, cuya vigencia temporal está prevista para el próximo quinquenio, con la flexibilidad y adecuación a las necesidades que vayan surgiendo en este periodo, es la planificación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los fines que el INGESA tiene encomendados respecto a las actividades de prestación de servicios sanitarios y no sanitarios, dotándolo de los elementos necesarios para su desarrollo en los distintos aspectos que configuran una gestión adecuada de estos. Por ello, está estructurado en cuatro grandes bloques:

- Datos descriptivos demográficos, de actividad sanitaria y de recursos humanos.
- Análisis etario y su proyección en el próximo quinquenio.
- Objetivos de planificación, mejora de la gestión e incentivación de los profesionales.
- Líneas de acción.

El objetivo general del Plan se concreta a través de dos grandes bloques de objetivos específicos, uno referido a planificación, organización y gestión, y otro dirigido a incrementar la satisfacción y la motivación de los profesionales, ambos con sus correspondientes líneas de acción estratégicas que se van desarrollando a lo largo del documento, sin menoscabo de que en el transcurso de su vigencia se adapten a las circunstancias que se deriven de la actividad.

Este Plan está siendo actualmente objeto de negociación con los representantes de los trabajadores. El ámbito de aplicación de dicho Plan incluye a todo el personal estatutario que presta servicios en los centros sanitarios dependientes del INGESA en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, tanto en AP como en AE, así como en el Centro Nacional de Dosimetría (CND).

4.2 Carrera profesional

El 13 de noviembre de 2006 se firmó, en la Mesa Sectorial de Sanidad un acuerdo por el que se definía e implantaba la carrera profesional para el personal sanitario de formación universitaria, y a la vez se establecía el marco de negociación de la carrera profesional para los profesionales sanitarios de formación profesional y para el personal estatutario de gestión y servicios. Dicho Acuerdo fue ratificado por el Consejo de Ministros en su reunión de 13 de julio de 2007 y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 6 de octubre de 2007. Asimismo, el 2 de octubre de 2007 se firmó en la Mesa Sectorial de Sanidad un acuerdo por el que se definía e implantaba la carrera profesional para el personal sanitario de formación profesional y del personal de gestión y servicios. Dicho Acuerdo fue ratificado por el Consejo de Ministros en su reunión de 7 de diciembre de 2007 y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 5 de febrero de 2008. En ambos casos la carrera tiene carácter voluntario y un tratamiento individualizado y personal; es independiente del nivel jerárquico de responsabilidad en la Institución; no existe limitación

alguna en el número de profesionales que puedan acceder a los diferentes niveles y estos son consolidables. Este modelo de carrera se sitúa en la media alta de las carreras profesionales aprobadas en el Sistema Nacional de Salud. Tanto la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario como la carrera profesional del personal sanitario de formación profesional y del de gestión y servicios se encuentran estructuradas en cuatro niveles.

Desde 2010, y hasta el momento actual, está en vigor el procedimiento ordinario de acceso que prevé la solicitud, entrega de méritos y evaluación con periodicidad anual para los profesionales que, reuniendo los requisitos, quieren acceder a los niveles que les correspondan en función de los distintos méritos y siguen percibiendo el complemento correspondiente anualmente.

Los profesionales temporales pueden acceder al sistema de carrera, y los efectos serán efectivos cuando sean fijos.

4.3 Docencia

Destacamos en esta área la primera publicación nacional del *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*, liderada por las matronas de Ceuta, y en el que han colaborado una veintena de profesionales sanitarios entre médicos, biólogos y matronas de Cádiz, Málaga y Melilla. Ha sido editado por el MSSSI, junto con INGESA, y consta de 10 volúmenes de entre 400-500 páginas cada uno. El objetivo de los autores es que sea una referencia para el estudio, consulta y aprendizaje tanto para estudiantes de matronas como para los docentes. En 2015 se publicaron los 4 primeros volúmenes, y los otros están en proceso de divulgación, pudiéndose descargar desde la biblioteca del MSSSI o desde la página <http://comatronas.es/>.

5 Gestión económico-financiera

5.1 Atención de las necesidades derivadas del brote del virus del Ébola en España

A través del Real Decreto 14/2014, de 7 de noviembre, por el que se conceden créditos extraordinarios y suplementos de crédito para financiar las actuaciones de distintos departamentos ministeriales, se encomendó al INGESA la adquisición de equipamiento y otros suministros sanitarios al objeto de atender las necesidades derivadas del brote del virus de Ébola en España, habilitando a la Entidad para efectuar, en el ámbito del conjunto del Sistema Nacional de Salud, compras de material que permitan garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios y de la población, en el caso en que se manifieste un posible brote de esta patología. El Acuerdo de Consejo de Ministros de 13/2/2015 aprobó la Toma de Razón de las actuaciones necesarias, formalizándose contratos por una cuantía de 3.389.669,9 euros. El gasto realizado para la compra de material, tanto inventariable como de uso y reposición, que comenzó a finales de 2014 con un importe de 757.079,0 euros, se ha completado en el ejercicio 2015 con 2.457.061,6 euros, siendo el total del gasto realizado para este fin en los dos ejercicios de 3.214.140,6 euros, de los que se destinaron 403.150,0 euros de los créditos del Capítulo VI de la Entidad para sufragar la adquisición de un hospital de campaña en la Ciudad Autónoma de Melilla dirigido a dar respuesta apropiada a los riesgos asociados a un eventual brote de este virus.

5.2 Implantación de la factura electrónica

A pesar de las singularidades que presenta la adquisición de los suministros sanitarios y, en general, la complejidad de la gestión hospitalaria, el INGESA ha adecuado sus sistemas operativos y de gestión económica de forma que ha sido posible la implementación a partir de 2015 de la factura electrónica en sus centros dependientes en los términos previstos en la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable en el Sector Público, lo que ha permitido a los distintos proveedores la presentación de la factura electrónica a través del punto general de entrada, así como el uso generalizado de este formato en el ámbito asistencial del INGESA.

6 La organización de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla: la accesibilidad de la población residente

El INGESA tiene encomendada *la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios*, según reza el apartado 1 del artículo 15 del RD 1087/2003, de 29 de agosto por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. A estos efectos, el INGESA cuenta con unas importantes infraestructuras y personal con los que garantizar una asistencia sanitaria de calidad a la población de ambas ciudades.

Sin embargo, dadas las dimensiones territoriales y, sobre todo, las poblacionales de dichas ciudades, los recursos sanitarios de los que dispone el INGESA no son suficientes para atender determinadas patologías o procesos que, por su complejidad y /o baja incidencia y prevalencia, deben ser atendidos en centros sanitarios de mayor nivel, lo que genera un número importante de derivaciones a otros centros sanitarios de la Península, fundamentalmente de Andalucía por su proximidad y mejores comunicaciones.

Todo ello genera un complejo entramado organizativo, así como sistemas de información específicos, que garanticen la pronta derivación de los pacientes que lo necesiten y la continuidad asistencial imprescindible.

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales del INGESA y, a su vez, mejorar los sistemas de información y control, se consideró necesario establecer un cauce específico de información y seguimiento de las derivaciones asistenciales desde Ceuta y Melilla a centros sanitarios de la Península. Por ello, el director del INGESA, en virtud de las facultades a él atribuidas, creó el 11 de febrero de 2015 la Comisión Central de Seguimiento de las Derivaciones Sanitarias del INGESA. Esta comisión está integrada por profesionales tanto de los SSCC del INGESA como de las direcciones territoriales y gerencias de las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla. Las reuniones se realizan por videoconferencia y se emite acta de las mismas. Su finalidad es el estudio, seguimiento, evaluación y control de las derivaciones sanitarias que se producen desde los centros sanitarios del INGESA en ambas ciudades, valorando su pertinencia, calidad y eficiencia. En las reuniones se analizan las distintas patologías, procesos y procedimientos que están generando las derivaciones, valorando las ventajas e inconvenientes de otras alternativas, tanto desde el punto de vista de la calidad de la atención, como de la accesibilidad y de la eficiencia. Además, se analizan los sistemas de información que generan y sustentan dichas derivaciones, así como los costes generados, tanto directos (compensaciones a otras comunidades autónomas, conciertos, contratos menores, etc.) como los indirectos (transportes, dietas, etc.), formulando cuantas propuestas se consideran oportunas para mejorar la calidad, accesibilidad y eficiencia de la atención a las patologías y procesos asistenciales, que se derivan a centros asistenciales fuera del INGESA, velando por que se cumplan los objetivos marcados por la Institución y proponiendo cuantas actuaciones se consideren oportunas para ello.

En Ceuta y Melilla el desplazamiento de los pacientes, y si es preciso el de sus acompañantes a otros centros sanitarios de la Península, implica el uso de medios de transporte distintos en una ciudad y en otra, y resulta muy diferente si hay que hacer evacuación urgente (avión o helicóptero con contrato especial), u ordinaria (línea aérea habitual solo en Melilla, y vía marítima solo en Ceuta). Para dar un adecuado cumplimiento al desplazamiento de los pacientes existe un protocolo de tramitación de evacuaciones específico para cada una de las ciudades.

6.1 Prestaciones sanitarias concertadas con centros/empresas privadas fuera del ámbito territorial del INGESA

Durante 2015, los conciertos gestionados por la Gerencia de Ceuta fuera de su ámbito territorial fueron: tratamientos de radioterapia, procedimientos quirúrgicos en columna vertebral, transporte sanitario tanto en ambulancia como en helicóptero, pruebas diagnósticas de PET-TAC y asesoramiento mediante Teleictus. Por su parte, los conciertos gestionados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla fuera de su ámbito territorial fueron: transporte sanitario en avión-ambulancia, pruebas diagnósticas de PET-TAC y asesoramiento mediante Teleictus.

6.2 Traslados sanitarios de INGESA que salieron fuera de su ámbito territorial

Durante 2015, los traslados sanitarios programados que han utilizado ambulancia y traslado marítimo desde Ceuta a la península han sido un total de 1.169. Los que utilizaron transporte sanitario urgente en helicóptero desde Ceuta a la península fueron un total de 72, siendo 31 diurnos (25 a Cádiz, 3 a Málaga, 3 a Jerez), y 41 nocturnos (38 a Jerez, 2 a Málaga, y 1 a Sevilla).

En transporte sanitario aéreo desde Melilla a la península se han utilizado 243 vuelos para 303 pacientes (incluye un segundo paciente de retorno o el retorno del mismo en el mismo vuelo). El número de transporte desde Melilla a cada destino fueron: 215 a Málaga, 22 a Granada, 2 a Sevilla, 2 a Córdoba, 1 a Barcelona, y 1 a Madrid.

Tabla 6-1 Traslados sanitarios programados desde las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, 2.015

	Ambulancia vía marítima	Urgente en helicóptero		Trasporte aéreo
		Diurnos	Nocturnos	
Ceuta	1.169	31	41	-
Melilla	-	-	-	303

Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA)

6.3 Derivaciones de pacientes residentes en Ceuta y Melilla que han sido atendidos con Fondos de Cohesión Sanitaria

En 2015 se hizo la liquidación del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) correspondiente a las asistencias prestadas en 2014 en otras CC.AA, a pacientes residentes en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en las diferentes modalidades asistenciales contempladas.

- *Por procesos hospitalarios:* el Anexo I del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la Gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, hace referencia a los pacientes atendidos por un proceso hospitalario. En 2014, los pacientes procedentes de Ceuta atendidos en otras comunidades autónomas por procesos hospitalarios liquidables en función del referido Anexo I, ascendieron a 130. De ellos, 126 fueron derivados a Andalucía, 3 a Madrid y 1 a Cataluña. Procedentes de Melilla fueron atendidos un total de 121 pacientes: 114 en Andalucía, 6 en Madrid y 1 en Cataluña.

- *Por procedimientos ambulatorios:* el Anexo II del RD 1207/2006 hace referencia a los pacientes atendidos para la realización de un determinado procedimiento ambulatorio. En 2014, las atenciones hechas en otras comunidades autónomas a pacientes procedentes de Ceuta y liquidables en función del referido Anexo II, ascendieron a 589. De ellas, 514 fueron atendidas en Andalucía, 28 en Baleares, 3 en Castilla y León, 26 en Cataluña, 9 en la Comunidad Valenciana y 9 en Madrid. Por su parte, procedentes de Melilla, se atendieron en otras comunidades autónomas un total de 572, siendo derivados 535 a Andalucía, 24 a Cataluña y 13 a Madrid.
- *Por Patologías, Técnicas, Tecnologías y Procedimientos (PTTP), atendidos en Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud:* el Anexo III del RD 1207/2006, hace referencia a los pacientes atendidos en CSUR. En 2014, las atenciones hechas en otras comunidades autónomas a pacientes procedentes de Ceuta, y liquidables en función del referido Anexo III, ascendieron a 4, todas ellas en Andalucía. Por su parte, procedentes de Melilla se realizaron en otras CC.AA un total de 14 atenciones, de las cuales 7 en Andalucía, 3 en Castilla-La Mancha, 3 en Madrid y 1 en Cataluña.

No obstante, estos datos comprenden únicamente las asistencias liquidadas con cargo al FCS, pero las derivaciones de pacientes a otras comunidades autónomas lo son en número mucho mayor, y en el propio sistema de información del FCS constan 1.301 asistencias (entre liquidables y no liquidables) a pacientes de Ceuta, y 1.635 a pacientes de Melilla.

Tabla 6-2 Pacientes derivados desde las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para recibir atención sanitaria en otras comunidades autónomas a través de los Fondos de Cohesión Sanitaria, 2014

	Por procesos hospitalarios	Por procedimientos ambulatorios	Por PTTP
Ceuta	130	589	4
Melilla	121	572	14

Observaciones: Patologías, Técnicas y Procedimientos (PTTP).

Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA).

6.4 Pacientes residentes en Ceuta y Melilla atendidos en atención primaria con cargo al Fondo de Garantía Asistencial

El concepto de Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) lo recoge el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril. Mediante ese fondo se compensan los gastos de asistencia sanitaria de pacientes de una comunidad autónoma atendidos en otra diferente, en las modalidades de atención primaria y farmacia. Los datos del año 2015 arrojan un saldo negativo de 373.860,95 euros para Ceuta (-253.424,95 corresponden a farmacia y -120.436,00 a asistencias de atención primaria) y también negativo y de 286.605,93 euros para Melilla (-207.705,90 de farmacia y -78.900,00 de atención primaria). A esto se debe añadir un saldo de -132.462,26 euros como consecuencia de la atribución al INGESA de recetas validadas en el sistema en las que consta la comunidad autónoma prescriptora pero no el paciente. Todo ello hace un total de -792.929,14 euros.

6.5 Distribución de liquidación definitiva del Fondo de Cohesión Sanitaria y Fondo de Garantía Asistencial

La compensación por asistencia sanitaria por FCS y FOGA está regulada por la Disposición Adicional 69 de la ley de Presupuestos Generales para 2015. El saldo final para INGESA en 2015, correspondiente a actividad 2014, es de 4.343.046,1 euros.

Por su parte, desde el año 2002, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta tiene acordado con el INGESA, mediante un convenio de colaboración, la ampliación de la cantidad que en concepto de dietas de estancia diaria reciben aquellos pacientes y acompañantes que son evacuados a centros de otras provincias. La cantidad que destina la Consejería de Sanidad y Consumo de su presupuesto a este fin es de unos 100.000 euros anualmente.

Índice de tablas

Tabla 6-1	Traslados sanitarios programados desde las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, 2.015	20
Tabla 6-2	Pacientes derivados desde las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla para recibir atención sanitaria en otras comunidades autónomas a través de los fondos de cohesión sanitaria, 2014	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ADIMEL	Asociación de diabéticos de la Ciudad de Melilla
AE	Atención Especializada
Android	Sistema operativo de móviles
AP	Atención Primaria

C

CETI	Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes
CIE-10	Codificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición
CIE-9MC	Código Internacional de Enfermedades. 9ª edición. Modificación Clínica
CIP	Código de Identificación del Paciente
CND	Centro Nacional de Dosimetría
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CORA	Comisión para la reforma de las Administraciones
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia

D

DIGITALIS	Sistema informático para la información del consumo farmacéutico en Atención Primaria
-----------	---

E

EAP	Equipo de Atención Primaria
ECI-SNS	Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud
EMQ	Espera Media para intervención Quirúrgica

F

FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FOGA	Fondo de Garantía Asistencias

G

GDR	Grupos Relacionados de diagnóstico
-----	------------------------------------

H

HM Higiene de Manos

I

INE Instituto Nacional de Estadística
INGESA Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSS Instituto Nacional de la Seguridad Social
IOS Sistema operativo de móviles y otros dispositivos electrónicos
IT Incapacidad Temporal

M

MSSSI Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

R

RAE-CMBD Registro de Actividad de Atención Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos
RD Real Decreto
REC Receta Electrónica Continua

S

SAGITARIO Sistema de Información para la gestión de la Incapacidad Temporal, vigente en Ceuta y en Melilla
SCA Síndrome Coronario Agudo
SP Seguridad del Paciente
SIFCO Sistema de Información del Fondo de Cohesión
SiNASP Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, vigente en el SNS, y al que INGESA está adherido
SMS Mensaje de texto por teléfono móvil
SNS Sistema Nacional de Salud
SSCC Servicios Centrales

T

TAC Tomografía Axial Computarizada
TeleIctus Sistema basado técnicas de Telemedicina para el apoyo de unos profesionales a otros en el diagnóstico y terapéutica del ICTUS
TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UME	Unidades Móviles de Emergencias
UPP	Úlceras por Presión

061	Nº de teléfono de las Urgencias Sanitarias extrahospitalarias en Ceuta y en Melilla
------------	---

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 da continuidad a la serie de informes iniciada en 2003 y ofrece información sintética y resumida del estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución temporal. La entrega de 2016 se complementa con un anexo redactado por cada una de las comunidades autónomas e INGESA sobre acciones propias específicas y destacables llevadas a cabo en su ámbito de responsabilidad

