

# País Vasco

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD



# 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

La población de la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2004 era de 2.128.801 habitantes.

	Total	Varones	Mujeres
<b>Euskal AE/C.A. de Euskadi</b>	<b>2.128.801</b>	<b>1.040.746</b>	<b>1.088.055</b>
<b>Territorios históricos</b>			
Araba / Álava	299.125	149.049	150.076
Bizkaia	1.142.523	554.550	587.973
Gipuzkoa	687.153	337.147	350.006

En 2004, el movimiento natural presentó un crecimiento vegetativo positivo en los Territorios Históricos de Alava y de Gipuzkoa.

	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo
<b>Euskal AE/C.A. de Euskadi</b>	<b>19.594</b>	<b>18.684</b>	<b>910</b>
<b>Territorios históricos</b>			
Araba / Álava	2.809	2.275	534
Bizkaia	9.996	10.388	-392
Gipuzkoa	6.789	6.021	768

En relación a los movimientos migratorios, en 2004 en Euskadi el saldo migratorio fue positivo en los tres Territorios

	Inmigración	Emigración	Saldo migratorio
<b>Euskal AE/C.A. de Euskadi</b>	<b>71.559</b>	<b>62.535</b>	<b>9.024</b>
<b>Territorios históricos</b>			
Araba / Álava	10.298	7.129	3.168
Bizkaia	42.896	37.616	5.280
Gipuzkoa	18.365	17.790	575

Estos hechos observados en 2004, se reflejan en la tendencia al alza en el conjunto de la población de Euskadi en los últimos cuatro años

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>2004</b>	<b>2.128.801</b>	<b>1.040.746</b>	<b>1.088.055</b>
2003	2.120.384	1.036.715	1.083.669
2002	2.116.240	1.034.703	1.081.537
2001	2.111.078	1.032.231	1.078.847
2000	2.079.210	1.015.970	1.063.240
1999	2.079.228	1.016.098	1.063.130
1998	2.083.255	1.018.446	1.064.809
1997	2.088.672	1.021.327	1.067.345
1996	2.092.949	1.023.829	1.069.120
1995	2.099.115	1.027.475	1.071.640
1994	2.101.472	1.029.414	1.072.058

Este incremento de población se ha acompañado de cambios en los grandes grupos de población por edades, confirmando las previsiones de las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Vasco de Estadística en los diferentes escenarios contemplados. De esta forma en 2004, el grupo de población de 0 a 19 años, representa el 16,5% del total se ha reducido en un 1,6% en el periodo 2001-2004, pasando de representar el 18,1% en 2001 al 16,5% en 2004.

	<b>1991</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>	<b>Var. 04-01</b>
0-19 años	537.199 26,80%	432.584 20,60%	377.397 18,10%	352.002 16,5%	-25.395 -1,6%
20-64 años	1.204.841 60,00%	1.343.599 64,00%	1.351.626 64,90%	1.389.936 65,3%	38.310 0,4%
> 65 años	265.501 13,20%	321.872 15,30%	353.564 17,00%	386.864 18,2%	33.300 1,2%
<b>Población total</b>	<b>2.007.541</b>	<b>2.098.055</b>	<b>2.082.587</b>	<b>2.128.802</b>	<b>46.215</b>

Otro hecho que se ha producido, ha sido el del aumento de la población de 65 ó más años, representando en 2004 el 18,2% del total de la población e incrementándose en un 1,2% en relación a 2001.

Si hubiera algún parámetro a destacar éste sin duda sería el incremento numérico y porcentual que se ha producido en el colectivo de personas de 65 ó más años. De esta

forma y según las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Vasco de Estadística en los diferentes escenarios contemplados este grupo de población seguirá creciendo y supondrá alrededor del 25% de la población total en 2020.

Esta situación demográfica es la consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacimiento observada en el periodo 1991-2001, en los que se ha incrementado en 3,6 años en el caso de los hombres y en 2,2 en las mujeres, situándose en 76,4 y 83,7 respectivamente.

1990/1991		1995/1996		2000/2001	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
72,8	81,5	74,2	82,4	76,4	83,7

Según los datos registrados en 2003, la esperanza de vida estimada era de 76,8 años para los hombres y de 83,9 para las mujeres. Observándose también un incremento de la tasa de natalidad, pasando de 7,7 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 1991 a 8,5 en 2001 y a 9,3 en 2004.

Periodo 1991-2004	Tasa de natalidad por 1.000 habitantes
1991	7,7
1995	7,3
2000	8,3
2004	9,3

Los resultados de estos indicadores junto con los fenómenos migratorios han hecho que el saldo vegetativo vuelva a ser positivo en 2004.

Por lo que respecta a los indicadores socioeconómicos, señalar la evolución favorable de la tasa de paro registrada en la CAPV, que en 2005 se situó en el 5,7% de la población activa, disminuyendo en 2,1 puntos porcentuales en relación al 2004.

Año	Total	Sexo		Edad		
		Varones	Mujeres	16-24 años	25-44 años	45 y más años
2001	11,1	7,5	16,5	25,5	11,1	6,3
2002	8,3	5,7	12,1	19,5	8,6	4,3
2003	8,6	6,5	11,5	22,2	9,2	3,6
2004	7,8	6,5	9,6	20,5	8,1	3,9
2005	5,7	4,7	7	13,5	6,4	2,9

Esta evolución favorable de la tasa de paro se observa por igual, independientemente del sexo y de la edad de la población activa. Un hecho a destacar es el aumento de la tasa de ocupación de las mujeres en la CAPV, esta tasa en 2003 fue del 51,4% y en 2004 se incremento en 3,4 puntos porcentuales para situarse en el 54,8%.

La fuente de información ha sido el Instituto Vasco de Estadística. En su página web (<http://www.eustat.es>) se puede consultar otra información de interés y relacionada con esta área.

## 2. Desarrollo normativo e institucional

A lo largo de 2005, se han desarrollado diversas iniciativas legislativas y normativas. A continuación se detallan las mismas:

**DECRETO 3/2005**, de 11 de enero, por el que se crea el Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Dentro de las funciones que se le han asignado a este Comité están la evaluación de los ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios de carácter multicéntrico y la de aquéllos que les remitan de manera extraordinaria los centros sanitarios u otros Comités de la CAPV, así como la evaluación de los estudios post-autorización de tipo observacional prospectivos con medicamentos y productos sanitarios. Le corresponde evaluar la información escrita que se proporciona a los posibles sujetos de la investigación, así como el tipo de consentimiento que se precisa.

**Decreto 16/2005**, de 25 de enero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no médico.

La desfibrilación temprana es considerada una de las respuestas sanitarias más adecuadas frente a las cardiopatías isquémicas que originan arritmias cardiacas letales. Los nuevos avances tecnológicos posibilitan que actualmente existan desfibriladores de sencilla y segura aplicación por personal no médico autorizado, mediante la realización de un programa específico de formación adecuadamente acreditado.

**Decreto 251/2005**, de 20 de septiembre, por el que se regula la identificación de las personas usuarias para el acceso a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

El acceso a la prestación farmacéutica, como prestación incluida dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, se facilita a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita el derecho que le asiste al ciudadano. En base al artículo 95.3 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, una de las obligaciones de los pacientes es justificar su derecho a la prestación cuando así les sea requerido por el personal facultativo del Sistema Nacional de Salud o en las farmacias dispensadoras. Mediante este Decreto se regula el modo en que debe identificarse la persona usuaria de la prestación farmacéutica tanto en el momento de la prescripción como en el de la dispensación.

**DECRETO 285/2005**, de 11 de octubre, de requisitos técnicos y normas higiénico-sanitarias aplicables a los establecimientos en los que se realicen prácticas de tatuaje, micropigmentación y perforación corporal («piercing») u otras técnicas similares.

Su objeto es regular los requisitos técnicos y las normas de carácter higiénico que deben cumplir los establecimientos y las personas que se dedican a la realización de estas prácticas, con el fin de evitar el riesgo de transmisión de enfermedades, exigiéndose a los aplicadores de dichas técnicas la superación de un curso de formación cuya finalidad es la adquisición de conocimientos en materia de protección sanitaria, a no ser que cuenten con titulaciones profesionales cuyos currícula prevean dichos conocimientos.

**Decreto 57/2005**, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud.

**Decreto 139/2005**, de 5 de julio, de subproductos de origen animal no destinados al consumo humano y residuos de cocina generados en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

**Decreto 186/2005**, de 19 de julio, por el que se regulan los puestos funcionales de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

**Decreto 384/2005**, de 15 de noviembre, por el que se aprueba la relación de directivos de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

**Decreto 395/2005**, de 22 de noviembre, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios Facultativos médicos.

**Decreto 102/2005**, por el que se regula la realización de estudios post-autorización de tipo observacional con medicamentos.

**Orden de 10 de junio de 2005**, del Consejero de Sanidad, por la que se anuncia la procedencia de instalación de una nueva oficina de farmacia en la zona farmacéutica de Vitoria-Gasteiz.

**Orden de 29 de julio de 2005**, del Consejero de Sanidad, por la que se anuncia el inicio del procedimiento para la creación de una nueva oficina de farmacia en la Zona Farmacéutica de Vitoria-Gasteiz.

**Orden de 15 de noviembre de 2005**, del Consejero de Sanidad, de nombramiento de la Comisión de Valoración de méritos para el acceso a la titularidad de una oficina de farmacia convocada mediante Orden de 29 de julio de 2005.

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 3/2005	11 de enero de 2005	Ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios de carácter multicéntrico y	
Decreto 251/2005	20 de septiembre de 2005	Se regula la identificación de las personas usuarias para el acceso a la prestación farmacéutica.	

(\*) En el documento se detallan el resto de las iniciativas.



### 3. Planificación y Programas Sanitarios

El Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 fue aprobado por el Consejo de Gobierno el 9 de julio del 2002; posteriormente se presentó en el Pleno del Parlamento Vasco en fecha 20 de febrero del 2003.

Este Plan no es exclusivo de sanidad y responde a un diseño de esfuerzo colectivo. De acuerdo con el modelo de salud elegido para su elaboración, el enfoque de este plan es ampliamente multisectorial.

Son 6 sus áreas prioritarias: estilos de vida, desigualdades sociales, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, grupos de edad especiales y entornos medioambiental, laboral y escolar.

Como en los países de nuestro entorno, son las enfermedades no transmisibles, junto con el envejecimiento de la población, las de mayor impacto en la salud, especialmente las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer, la salud mental y las lesiones accidentales.

Las intervenciones que deben desarrollarse desde los Sistemas Sanitarios para mejorar los resultados de salud en estas áreas, están recogidas en los Contratos Programa anuales suscritos entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza-Servicio vasco de salud. Se ha emprendido en esta Comunidad una estrategia de diferenciación de los procesos asistenciales tanto en hospitales, como en atención primaria y salud mental, que denominamos singularización.

En atención primaria los procesos singulares están contenidos en la Oferta Preferente 2005-2007. Se han determinado las condiciones de cobertura y de calidad de proceso para actividades preventivas y asistenciales estrechamente relacionadas con riesgo cardiovascular, cáncer, salud mental, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, controles del niño/a, accidentes y riesgo en la ancianidad.

Todos los profesionales de la red pública disponen del PAP, aplicación informática para el recordatorio de las actividades recogidas en la Oferta preferente. Desde el año 2005, la evaluación del cumplimiento y calidad de las tareas preventivas de la Oferta Preferente abarca a todos los ciudadanos que hayan acudido a Osakidetza/Servicio vasco de salud

En el caso de los hospitales generales, se han singularizado y definido las condiciones de calidad de proceso de: infarto agudo de miocardio, ictus, los cánceres más prevalentes, cuidados paliativos y los procesos quirúrgicos más frecuentes

Respecto al envejecimiento, se ha priorizado la atención al anciano frágil para detectar precozmente, tanto desde atención primaria como desde el hospital, sus necesidades de atención social y para responder con servicios sanitarios adecuados a sus especificidades, mediante el establecimiento de los circuitos hospitalarios de media y larga estancia.

La innovación ética más relevante presente en este plan es el problema de la equidad en salud; diagnostica la situación, enfoca las estrategias y orienta la acción hacia la corrección de las desigualdades sociales en salud que expresan diferencias en el género o en la situación socioeconómica.

En relación con esta meta de corrección de desigualdades se plantea como intervención el conocimiento y monitorización de la situación mediante el desarrollo de los sistemas de información que puedan enlazar los datos de los registros sanitarios e incluso de

asistencia sanitaria a los datos de áreas geográficas pequeñas que reflejan las diferencias socioeconómicas.

Las acciones para hacer frente a las diferencias de género y salud son de carácter transversal, se mencionan a lo largo de las estrategias individuales, comunitarias e intersectoriales.

Se está desarrollando en el Departamento de Sanidad, el proyecto E.I.S, herramienta que evalúa el impacto en la salud de las políticas no sanitarias desarrolladas por otros Departamentos y otras instancias como Ayuntamientos y Diputaciones Forales

Tanto las lesiones accidentales como los estilos de vida deben ser abordados multisectorialmente mediante la Comisión Intersectorial, en la que participan además de la Consejería de Sanidad, otras instituciones públicas con competencias en educación, servicios sociales, tráfico y medio ambiente, constituida al amparo del decreto 166/2003 de 15 de julio.

Los programas propios de Salud Pública, se adaptan continuamente ante fenómenos cambiantes del entorno medioambiental (seguridad alimentaria, aguas de consumo, suelos, partículas aéreas, gripe aviaria, olas de calor) y a los cambios sociales ya sean de comportamiento en los estilos de vida o bien por las nuevas condiciones que se derivan de una inmigración variada y creciente.

Los programas de prevención del cáncer ginecológico de base poblacional están bien implantados y con una satisfactoria cobertura. Lo mismo cabe decir del Programa de detección precoz de la sordera infantil, del Plan de salud dental infantil PADI, y del Programa de metabolopatías en el recién nacido.

Los indicadores de las enfermedades transmisibles y de las coberturas vacunales en los niños/as son también satisfactorias.

En diciembre del 2004 se hizo la primera evaluación de los objetivos e intervenciones recogidos en el Plan de salud:

Un resumen de los resultados obtenidos de esta evaluación muestra que 41 de los 69 objetivos establecidos tienen una posición muy cercana al objetivo final por lo que es probable su consecución para el 2010; en 6, la evolución ha sido favorable pero aún queda un amplio recorrido para llegar a la meta. En 12 de los objetivos, principalmente relacionados con el comportamiento, como son el tabaquismo, ejercicio físico, obesidad y accidentes, los objetivos propuestos en el plan son difícilmente alcanzables.

Por último, 10 de ellos van a ser objeto de evaluación en breve. Entre estos se encuentra, por ejemplo el correspondiente a desigualdades de salud.

**Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005**

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>			
Oferta Preferente (O.P.) de Atención Primaria, Procesos Singularizados (P.S.) en Atención Especializada.	Sí	Octubre 2005	Informatización de los registros y de evaluación de la Oferta Preferente.
<b>Cáncer de mama</b>			
Programa de cribado poblacional.	Sí		En 2007 se amplía la cobertura del programa al colectivo de mujeres de 65 a 69 años.
Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento.			
<b>Cáncer de cervix</b>			
Programa de cribado poblacional.			
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>			
O.P.: tabaco, HTA, obesidad, hipercolesterolemia, diabetes.		Octubre 2005	
P.S.: Infarto A.M e ictus cerebral.			
<b>Salud mental</b>			
O.P.: alcohol, depresión, ansiedad		Octubre 2005	
Contrato programa con salud mental extrahospitalaria.			
<b>Violencia de género</b>			
Plan de Acción.			
Acciones preventivas.			
Protocolo de actuación sanitaria.			

(\*) Aspectos innovadores y diferenciados.

## 4. Farmacia

Entre las políticas de uso racional del medicamento que se han desplegado por parte de Osakidetza/Servicio vasco de salud, caben destacar las siguientes:

**Definición de los indicadores de calidad de uso racional de medicamentos** del Contrato Programa que se establece entre el Departamento de Sanidad y las Comarcas de Atención Primaria, así como en los Contratos de Gestión Clínica de las Unidades de Atención Primaria suscritos con la Dirección de la Comarca en 2005.

### **Indicador de genéricos**

$\text{N.º de envases de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG) / N.º de envases totales de Especialidades Farmacéuticas (EEFF) x 100}$

**N.º de envases de antibióticos sistémicos / 1.000 Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) -mes**

**N.º de envases de antibióticos de 1.º nivel \* 100 / N.º de envases totales de antibióticos sistémicos**

**N.º de envases de antibióticos de 3.º nivel / 1.000 TIS-mes**

### **Indicador de nuevos principios activos de nula o muy pequeña mejora terapéutica.**

Importe a PVP de nuevos principios activos comercializados en los últimos 4 años y el año en curso de nula o muy pequeña mejora terapéutica \*100 / Importe a PVP total de especialidades farmacéuticas.

### **Indicadores de Antinflamatorios No Esteroideos (AINE)**

$\text{N.º de envases de AINE seleccionados * 100 / N.º total de envases de AINE}$

### **Indicador de reacciones adversas**

$\text{N.º total de sospechas de reacciones adversas notificadas / 100.000 TIS}$

### **Indicador de adhesión a la guía de la hipertensión**

$\text{N.º de envases de antihipertensivos, recomendados en la guía, prescritos * 100 / N.º de envases de antihipertensivos totales.}$

### **Indicador de inhibidores de la bomba de protones.**

$\text{N.º de envases de omeprazol * 100 / N.º de envases totales de inhibidores de la bomba de protones.}$

Los indicadores relacionados con el gasto y prescripción en 2005 se detallan a continuación y en la tabla correspondiente.

#### **N.º de recetas y envases dispensados en 2005**

- N.º total de recetas: 35.422.281
- N.º total envases: 35.811.175
- N.º total de recetas genéricos: 4.092.624
- N.º total de envases genéricos: 4.151.802
- Porcentaje de envases de genéricos/total de envases de Especialidades Farmacéuticas (EEFF): 11,98
- Porcentaje de recetas de genéricos / total de recetas: 11,55

#### **Gasto farmacéutico (importe menos aportación del usuario)**

- Gasto farmacéutico total: 534.856.331,97 €
- Porcentaje del importe genéricos/importe de EEFF: 5,48%

#### **Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (código ATC con 5 dígitos)**

N.º de recetas dispensadas (ránking)

**N02BE** Analgésicos. Otros analgésicos y antipiréticos. Anilidas 1.849.303 recetas (5,22% del total de recetas dispensadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

**N05BA** Psicolépticos. Ansiolíticos. Derivados de la benzodiacepina 1.795.843 recetas (5,07% del total de recetas dispensadas en la CAPV)

**A02BC** Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos. Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico. Inhibidores de la bomba de protones. 1.666.124 recetas (4,70% del total de recetas dispensadas en la CAPV)

**Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005**  
**Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria** (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

	Datos 2005		Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Número total de recetas	35.422.281	
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	11,55%	
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	534.856.331	Imorte menos aportación del usuario.
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el n.º de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)			
N02BE Analgésicos. Otros analgésicos y antipiréticos. Anilidas.		1.849.303 recetas (5,22% del total de recetas dispensadas en la CAPV.	
N05BA Psicofármacos. Ansiolíticos. Derivados de la benzodiazepina.		1.795.843 recetas (5,07% del total de recetas dispensadas en la CAPV.	
A02BC Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos. Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico. Inhibidores de la bomba de protones.		1.666.124 recetas (4,70% del total de recetas dispensadas en la CAPV).	

## 5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

En 2005 se mantiene la dificultad de incorporar profesionales en determinadas categorías médicas, tanto en relación con algunas especialidades de ámbito hospitalario (v. gr. anestesiología, ginecología y obstetricia y pediatría) como en el caso de médicos de familia y pediatras de Atención Primaria. En lo que respecta a la designación de matronas y enfermeras de salud mental, existe un número limitado de profesionales disponibles, lo cual obstaculiza la incorporación de los mismos. Igualmente, dicha incorporación presenta dificultades en periodos vacacionales en lo que respecta al personal de enfermería básica. El Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo de Osakidetza/Servicio vasco de salud para el año 2005, incorpora determinadas medidas en cuanto a la duración y modalidad de los nombramientos, de tal manera que dichos nombramientos otorguen una mayor estabilidad al personal eventual y sustituto. En la misma línea se prevé la convocatoria de una nueva Oferta Pública de Empleo en el 2006 que permita incorporar de manera definitiva a nuevos profesionales, dotando de esta manera de mayor estabilidad a las unidades de las distintas organizaciones de servicios, manteniéndose como objetivo que el 95% de la plantilla sea fija.

La jornada laboral está normalizada para el conjunto de los colectivos (salvo cupo y zona y APD) a 1592 horas anuales desde el año 2000. No consideramos que, en lo que se refiere a la practicidad de la jornada, la aplicación de las 48 horas suponga serios perjuicios, salvo esporádicamente en algún hospital comarcal; en ningún caso tiene repercusión en Atención Primaria. Existe una reivindicación del abono de las guardias como hora extraordinaria, pretensión desestimada por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (TSJPV), y recurrida ante el Supremo.

Con carácter general, no existe política de incentivos de carácter retributivo e individualizado; ahora bien, en los contratos de gestión de las unidades de Atención Primaria se incluyen incentivos económicos para el Equipo, como mayor disponibilidad de presupuestos para formación y sustituciones, vinculados al cumplimiento de objetivos.

Mediante Decreto 395/2005, de 22 de noviembre, se reguló el desarrollo profesional del personal Facultativo médico y técnico, habiéndose llevado a cabo la primera convocatoria de reconocimiento de nivel de desarrollo profesional para dicho colectivo mediante Resolución 17/2006, de 19 de enero, de la Directora General de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Asimismo, se encuentra en estado avanzado el proyecto de desarrollo para el personal diplomado sanitario, estando previsto que el grupo de trabajo finalice su propuesta para finales de 2006.

Sobre la base de la misión del proceso de formación, que no es otra que la adecuación permanente de las competencias de las personas a los requerimientos de la organización y a los objetivos que la misma se plantee, facilitando el desarrollo y la mejora profesional y favoreciendo su motivación y adhesión con Osakidetza/Servicio vasco de salud, la Dirección del Ente Público está actualmente trabajando en los siguientes tres subprocesos: detección de necesidades formativas, gestión del plan de formación y evaluación de la formación.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de las personas, el primer ciclo completo de medición de la satisfacción de las personas se realizó a nivel corporativo durante el perio-

do 2001-2003. El segundo ciclo completo de medición se está realizando durante el periodo 2005-2006 y al mismo se han adherido prácticamente la totalidad de las organizaciones de servicios, lo que va a permitir disponer de comparativas intercentros en el mismo periodo temporal, así como de configurar un marco de actuación común en relación con el tratamiento de las actuaciones vinculadas a la evaluación y mejora de la satisfacción de las personas.

De conformidad con lo previsto en el Acuerdo regulador de condiciones de trabajo del Ente Público Osakidetza/Servicio vasco de salud para el año 2005, se ha constituido una Comisión de Igualdad de Oportunidades, la cual llevará a cabo los estudios que estime pertinentes, desde la perspectiva de género, referentes a las condiciones de los trabajadores y trabajadoras del sector, la organización de los servicios y la oferta de los mismos a los usuarios y usuarias. Entre sus objetivos se encuentra el evitar la existencia de discriminaciones y la falta de igualdad de oportunidades entre los trabajadores/as de Osakidetza/Servicio vasco de salud, impulsando y garantizando medidas concretas y efectivas a tal fin.

La política de permisos y licencias se recoge en el Decreto 57/2005, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Acuerdo de Condiciones de Trabajo (BOPV n.º 60, de 31 de marzo de 2005

En materia de formación de especialistas vía residencia, se ha incrementado la oferta anual de plazas, hasta la totalidad de las acreditadas, en las especialidades que presentan mayores dificultades de contratación, esto es: anestesiología, pediatría, radiología, ginecología. Asimismo se ha aumentado el número de plazas acreditadas para las especialidades de matronas y salud mental, ofertándose la totalidad de las mismas.

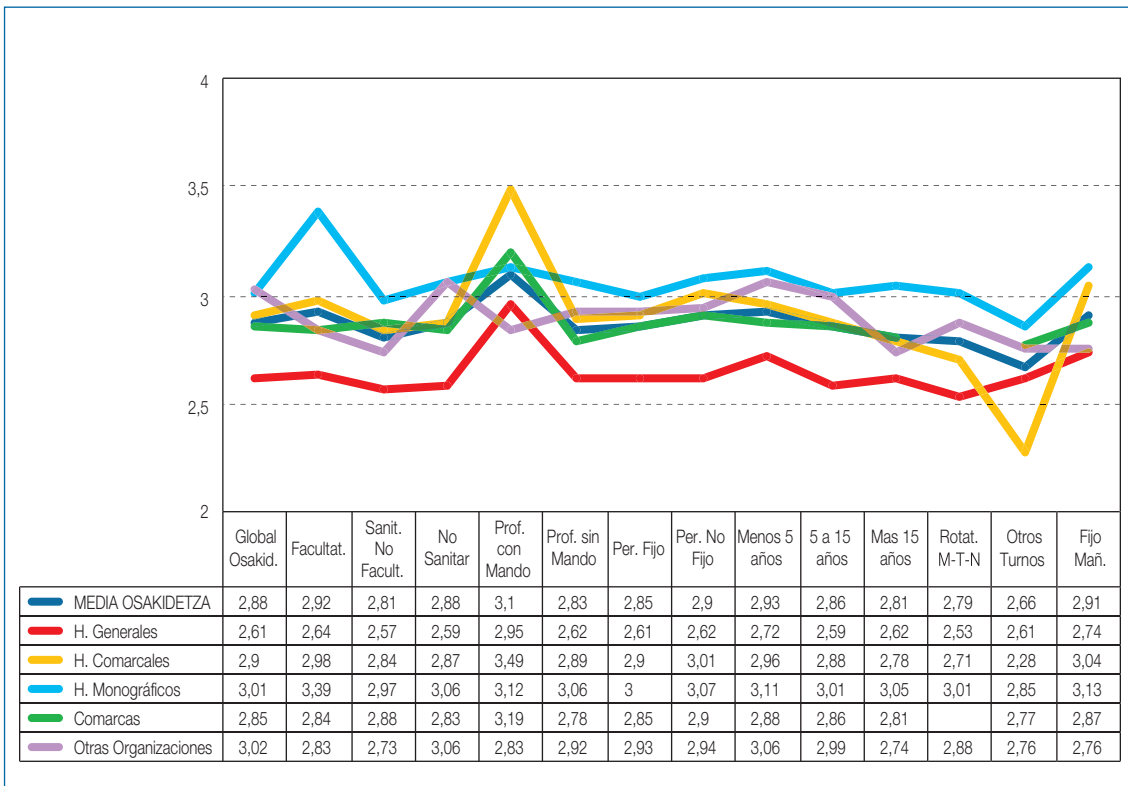
En el programa que gestiona el Departamento de ayudas a la formación de profesionales de Osakidetza/Servicio vasco de salud y del resto del Sistema Vasco de Salud, se ha hecho un énfasis especial en la detección y apoyo de carreras profesionales de investigadores sanitarios



**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005**

Plantilla 31 de diciembre 2005	N.º personas
<b>Cargos directivos</b>	<b>142</b>
Facultativos Médicos y Técnicos	5.068
Técnicos superiores no sanitarios	344
Diplomados sanitario	6.965
Técnicos medios no sanitarios	271
Técnicos especialistas sanitarios	601
Técnicos especialistas de administración	435
Técnicos especialistas profesionales	145
Técnicos auxiliares sanitarios	3.787
Técnicos auxiliares de administración	1.728
Técnicos auxiliares profesionales	710
Subalternos / Operarios	2.220
<b>Total</b>	<b>22.416</b>

\* Índice 1-5.



**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)		
<b>Organización de la formación continuada</b>						
Institución u Organismo específico	NO					
Otro Sistema (especificar)	NO					
<b>Edad</b>						
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>&lt;30 años</b>	<b>30-50 años</b>	<b>&gt;50 años</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Número de Profesionales en Atención Primaria</b>						
Medicina familiar y comunitaria	664	623		717	570	
Pediatría	95	161		122	134	
Enfermería	174	1391	13	922	630	
Farmacología	1	13		14		
Psicología Clínica*	22	62		49	35	
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	61	255		161	155	
Otros profesionales no sanitarios	430	826	3	891	362	
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria						
<b>Número de Profesionales en Atención Especializada</b>						
Medicina	1.919	967	1	1.424	1.461	Influye Jefaturas.
Enfermería	369	4.466	91	3.520	1.224	Influye Jefaturas.
Auxiliar de enfermería	176	3.273	6	1.890	1.553	
Farmacología	8	35		31	12	Influye Jefaturas.
Otro personal sanitario	135	683	45	607	166	
Personal no sanitario vinculado	1.470	2.335	22	2.362	1.421	

(\*) Incluye personal de Centros de Salud Mental Extrahospitalaria.

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Número de profesionales por especialidades médicas</b> (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología	14	3		11	6	
Análisis clínicos	21	50		27	44	
Anatomía patológica	28	19		19	28	
Anestesiología y reanimación	102	120		118	104	
Angiología y cirugía vascular	19	5		12	12	
Aparato digestivo	54	27		34	47	
Bioquímica clínica	7	19		4	22	
Cardiología	69	21		31	59	
Cirugía cardiovascular	15	2		8	9	
Cirugía general y del aparato digestivo	161	20		71	110	
Cirugía maxilofacial	12	1		8	5	
Cirugía pediátrica	2	1		3		
Cirugía torácica	7	4		3		
Cirugía plástica y reparadora	16	6		9	13	
Dermatología médico-quirúrgica y venerología	23	17		24	16	
Endocrinología y nutrición	23	17	1	24	15	
Estomatología	32	13		25	20	
Farmacología clínica	2	12		13	1	
Geriatría						
Hematología y hemoterapia	26	46		22	50	
Hidrología						
Inmunología	1	3		2	2	
Medicina del trabajo	13	11		18	6	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	37	7		19	25	
Medicina interna	85	21		54	52	

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina legal y forense	4	6		7	3	
Medicina Nuclear	9	8		6	11	
Medicina preventiva y salud pública	22	19		21	20	
Microbiología y parasitología	25	8		13	20	
Nefrología	60	17		27	50	
Neumología	23	2		7	18	
Neurocirugía	6	10		8	8	
Neurofisiología clínica	42	14		31	25	
Neurología	117	67		82	102	
Obstetricia y ginecología	67	44		67	44	
Oftalmología	10	12		21	1	
Oncología médica	12	5		8	9	
Oncología radioterapia	72	19		33	58	
Otorrinolaringología	123	86		125	84	
Psiquiatría	92	60		82	70	
Radiodiagnóstico	19	39		34	24	
Rehabilitación	15	6		14	7	
Reumatología	177	16		80	113	
Traumatología y cirugía ortopédica	71	7		39	39	
Urología						
<b>Otras especialidades</b>						
Farmacia hospitalaria	12	35		32	15	
Hospitalización domicilio	14	7		17	4	
Medicina familiar comunitaria	411	461		495	377	
Médico adjunto	115	74		88	101	
Pediatría área específica	162	184		143	203	
Psicología clínica	12	46		37	21	
Radiofísica hospitalaria	13	4		10	7	
U.G.S.	25	24		33	16	
Urgencias	151	100		204	47	

## 6. Investigación

En relación con la actividad investigadora y los ensayos clínicos que se desarrollan en la CAPV, señalar que en 2005 se creó por Decreto 3/2005, de 11 de enero, el Comité Ético de Investigación Clínica Autonómico el cual en su primer año de funcionamiento ha evaluado 125 ensayos clínicos, 8 estudios post-autorización y 4 proyectos de investigación.

Por otro lado, la gestión de la investigación en la Sanidad vasca es llevada a cabo por el Instituto Vasco de Investigación Sanitaria, O+Iker, que fue creado a finales de 2002 por la Administración Pública Vasca (BOPV 1 de abril de 2003). El centro pertenece a la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias/BIO Eusko Fundazioa (BIOEF), que preside el Consejero de Sanidad. La Fundación BIO está reconocida como Agente de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología.

A lo largo de sus tres primeros años de existencia, el Instituto ha puesto en marcha toda una gama de servicios y productos para atender las necesidades del sistema sanitario en el campo de la investigación.

Cuenta, para ello, con un presupuesto anual propio de 1,2 millones de euros, al que debe sumarse la financiación externa, que a través de convocatorias públicas, gestiona anualmente, que produjo durante 2005 unos ingresos por valor de 4 millones de euros.

Durante el año 2005, la investigación del ámbito sanitario vasco ha demostrado su capacidad competitiva con una sensible mejora en la obtención de financiación externa a través de convocatorias públicas. Un total de 132 nuevos proyectos de investigación, infraestructuras y recursos humanos, se sumaron a los todavía activos de entre los concedidos durante los tres años previos, para completar un total de 265 solicitudes aprobadas, por un valor total de 14 millones de euros. Estos datos son accesibles en [www.bioef.org](http://www.bioef.org) («Inventario de la Investigación en la Sanidad Vasca»).

En el desglose de estas cantidades se encuentra la inversión de 1 millón de euros, en 2005, para grandes equipamientos de la investigación, destinados a varios centros de Osakidetza-Servicio vasco de salud. Ello supone un impulso notable, principalmente a la investigación en Biología Molecular, pero también a la investigación realizada en Atención Primaria, sobre todo en lo que a prevención de factores de riesgo cardiovascular se refiere.

En el capítulo de recursos humanos, es de señalar la inversión de 2 millones de euros para los próximos 2-3 años, que se añaden a los efectivos existentes. En Osakidetza-Servicio vasco de salud, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y clínicas privadas, el personal sanitario con dedicación a la investigación está constituido por 138 grupos de investigación que suman más de 530 personas, de las cuales el 77% compatibiliza su labor investigadora con la asistencia clínica y 121 tienen dedicación específica a la investigación. De estas últimas, el 50% son becarios, el 34% facultativos (estatutarios o contratados con cargo a proyectos y programas), y el resto, personal de apoyo a la investigación en los centros sanitarios. Todos estos datos han sido obtenidos del Mapa de la Investigación Sanitaria Vasca (registro interactivo de investigadores en [www.bioef.org](http://www.bioef.org)), y del documento «Inventario de la Investigación en la Sanidad Vasca», accesible en la misma localización y derivado del registro interno de proyectos de la Fundación BIO.

Por áreas temáticas o especialidades médico-quirúrgicas, la investigación en Salud Pública y Servicios de Salud ocupa el primer lugar con un 15% del total de proyectos y

fondos para la investigación obtenidos de forma competitiva. En segundo lugar, destaca la investigación en Pediatría con aproximadamente un 10% del total de la investigación financiada externamente. Las especialidades de Enfermedades Respiratorias, Endocrinología, Psiquiatría y Genética ocupan el siguiente puesto, con un 8-10% cada una. Atención Primaria, Neurología, Oncología Médica y Microbiología ocupan el 4.º lugar, con el 4-7% de la financiación, respectivamente.

Osakidetza-Servicio vasco de salud cuenta con dos Unidades Experimentales, en los hospitales de Cruces y Donostia, dotados cada uno de ellos de animalario, quirófano experimental y laboratorio de investigación. En ambas Unidades se concentra el 25% de todos los proyectos y financiación externa del ámbito sanitario, correspondientes a diferentes especialidades médico-quirúrgicas.

La mayor parte de los proyectos (85%) se concentra en 7 centros: los 6 grandes hospitales de la Comunidad Autónoma Vasca y la Atención Primaria de Bizkaia. Es también de destacar la investigación de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, que participa en varias redes europeas y estatales. De todos ellos, el centro investigador por excelencia es el Hospital de Cruces, con una tercera parte de todos los proyectos y el 40% de la financiación externa obtenida por la Sanidad vasca.

La financiación externa de la investigación sanitaria es gestionada por el Instituto Vasco de Investigaciones sanitarias, O+Iker. La mayor parte de los fondos se obtiene a través de convocatorias públicas. El 60% de la financiación externa procede del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Las instituciones vascas contribuyen con un 30% a la financiación externa, cifra que se reparte a partes iguales entre la Fundación Vasca de Innovación e Investigaciones Sanitarias (BIOEF) y los Departamentos de Sanidad e Industria del Gobierno Vasco. Un 5% adicional se obtiene de fuentes europeas, por primera vez desde la creación de la Fundación BIO.

La Fundación BIO publica anualmente dos tipos de convocatorias: una para proyectos de investigación, financiada con fondos donados por las Asociaciones de Pacientes que colaboren cada año con el telemaratón de la televisión vasca, y otra para intensificar la dedicación a la investigación por parte de los facultativos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, financiada con fondos propios. Gracias a esta última, 14 facultativos han sido liberados parcialmente de sus tareas asistenciales para aumentar su dedicación horaria a la investigación.

Otra función de la Fundación BIO es la de co-financiar las solicitudes concedidas por el ISCIII o el MEC, de infraestructuras y RRHH para la investigación.

Además de la financiación externa, el desarrollo de los proyectos de investigación requiere una inversión interna del sistema sanitario, en concepto de horas de facultativo, costes indirectos y recursos consumidos. Un reciente estudio encargado por O+Iker, sobre los costes de la I+D sanitaria vasca, estimó que el sistema sanitario invierte 1 € por cada 2,6 € obtenidos como financiación externa.

Los ensayos clínicos con medicamentos, financiados por la industria farmacéutica constituyen una forma de investigación clínica adicional, contratada y gestionada directamente por los propios hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Asimismo, la Fundación BIO participa, juntos a los demás Agentes de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología, en la Semana de la Ciencia que se celebra anualmente bajo los auspicios de la Unión Europea. En las convocatorias de la Fundación BIO, la difusión de los resultados es un requisito habitual. La Fundación ha puesto en marcha recientemente

un servicio de traducciones de artículos médicos, para impulsar su publicación en revistas de mayor índice de impacto. La Fundación mantiene, así mismo, un Servicio de Difusión, electrónico, con una doble actividad: la difusión de noticias y eventos científicos, por un lado y, por otro, una revista de prensa diaria sobre noticias de I+D en Biociencias.

Paralelamente a estas actividades desde el Departamento de Sanidad se ofrecen tres convocatorias relacionadas con la investigación: Ayudas a Proyectos de Investigación Sanitaria (BOPV 01/08/05), Becas y ayudas de formación en investigación (BOPV 07/06/05) y Ayudas a entidades y organización de reuniones científicas (BOPV 16/06/05). Además, se apoya la financiación y coordinación del trabajo de las Unidades de Investigación hospitalarias y de área sanitaria.

<b>Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005</b>				
	<b>Sí/no</b>	<b>Denominación</b>	<b>Figura jurídico-administrativa</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Agencia de Evaluación de Tecnologías</b>	Sí	Osteba.	Servicio dependiente de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.	
<b>Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud</b>	Sí	Instituto Vasco de Investigaciones Sanitarias, O+Iker.	Fundación vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, BIOEF.	Fundación dedicada a la gestión de la I+D del ámbito sanitario vasco.
	<b>Sí/no</b>	<b>Número</b>	<b>Observaciones</b>	
<b>Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)</b>	Sí	1	Comité Ético de Investigación Clínica Autonómico el cual en su primer año de funcionamiento ha evaluado 125 ensayos clínicos, 8 estudios post-autorización y 4 proyectos de investigación.	
<b>Proyectos de Investigación financiados por FIS</b>	Sí	85	77 Proyectos activos (concedidos durante los años 2003-2005) + 8 proyectos sobre Uso Racional del Medicamento, activos en 2005, financiados por el ISCIII a través de convenios con las CC.AA.	
<b>Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos</b>	Sí	8	Proyectos activos (concedidos durante los años 2004-2005).	
<b>Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales</b>	Sí	88	Proyectos activos (concedidos en convocatorias 2003-2005), de los que 4 corresponden a una convocatoria financiada con fondos privados y 84 con fondos públicos (63 por Departamento Sanidad, 20 por Departamento Industria, 1 por Diputación).	
<b>Ensayos Clínicos patrocinados por industria</b>	—	—	—	



## 7. Sistemas de información sanitaria:

Los sistemas de información relacionados con la gestión de la prescripción farmacéutica en la CAPV se detallan a continuación

### Gestión de las recetas médicas oficiales

Es una base de datos que incluye la información contenida en las recetas médicas facturadas por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, está conectada con la base de datos que asigna los talonarios de recetas distribuidos a cada médico.

En este campo se incluye el mantenimiento y actualización del Nomenclátor oficial de medicamentos y productos sanitarios, el Nomenclátor de productos dietoterápicos, el Nomenclátor de principios activos para formulación magistral así como el registro de médicos prescriptores de Osakidetza-Servicio vasco de salud y otros autorizados por el Departamento de Sanidad (Residencias 3.<sup>a</sup> edad, Medicina de empresa, Lagun-Aro).

### Registro de medicamentos extranjeros

#### Registro de Metadona

Registro de los pacientes que participan en el programa de tratamiento de deshabituación a los opiáceos supervisado con la colaboración de las oficinas de farmacia adheridas al mismo.

#### Registro de estupefacientes

Registro de los pacientes y los estupefacientes dispensados a través de las oficinas de farmacia.

#### Registro del tratamiento de la esclerosis múltiple:

Registro de los pacientes y los medicamentos utilizados en el tratamiento de la esclerosis múltiple a nivel hospitalario.

Los sistemas de información que gestionan el Aseguramiento y la contratación de servicios son los siguientes:

#### Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)

Sistema de información para la gestión de la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma del País Vasco protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi. Como utilidades se pueden establecer la gestión y ordenación sanitaria, el desarrollo de campañas de salud pública y la gestión económica de personal de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud.

## Eskura- Tarjeta Sanitaria Electrónica

Sistema de información que trata de acercar la Administración sanitaria a la ciudadanía, mediante el uso de medios telemáticos a través de la Tarjeta Sanitaria Electrónica.

Se ha articulado un sistema seguro de relaciones electrónicas entre la Administración sanitaria y la ciudadanía, que permita garantizar la autenticidad, confidencialidad, integridad de los contenidos y el no repudio.

La Tarjeta Sanitaria Electrónica tiene las mismas potencialidades que la TIS y, además, permite vía internet acceder a un repertorio de servicios, que en la actualidad son los siguientes: información personal sobre cobertura y prestaciones, actualización de datos de aseguramiento, solicitud de tarjeta para algún miembro de la unidad familiar, solicitud de cambio de médico, segunda opinión médica, presentación y gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias, solicitud de reintegro de gastos y otros reembolsos, información personal de salud y hábitos de vida y información personal de vacunaciones infantiles.

## Sistema Integrado de Aseguramiento

Sistema de información que surge de la integración de todos los sistemas del ámbito de Aseguramiento para obtener como resultado un Sistema Informacional que permita la mejora de la gestión sanitaria y el desarrollo de estudios e investigación en relación con la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi.

## Comunidad Virtual de Inspección Médica

Consiste en un sistema que integra las necesidades funcionales de los profesionales del área de la Inspección Médica permitiendo el desarrollo de trabajo colaborativo (foros, grupos de trabajo, sistemas de información) a través de una intranet.

## Prestaciones Sanitarias

Es el sistema de información que sirve para gestionar las solicitudes de autorizaciones previas para acceder a Centros Sanitarios privados y reintegro de gastos por haber accedido a ellos.

## Gestión de Incapacidad Temporal

Permite el registro, gestión, evaluación y control de las incapacidades temporales por contingencia común de la población beneficiaria de la prestación sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco con cobertura por el Sistema de Seguridad Social.

## Sistema de Atención al Cliente

Sistema de información para la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias planteadas por las personas usuarias de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

## Contratación Sanitaria

Se trata de un sistema de información para la contratación de servicios sanitarios que facilita una gestión integral de la contratación tanto pública como privada. Permite el control

de la actividad y facturación de la asistencia sanitaria de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud y empresas y centros concertados, así como el análisis de la información sobre actividad-financiación contratada desde la óptica de la planificación económico-sanitaria.

Algunos de los sistemas de información relacionados con la Ordenación y Planificación Sanitaria son:

#### Registro de acreditación de actividades de formación continuada

Fue creado en enero de 2001, al amparo del Decreto 319/1999, de 31 de agosto, por el que se crea el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, se regula un sistema para su acreditación y está dirigido a los profesionales sanitarios.

#### Registro de ayudas I+D

Gestión de las solicitudes y seguimiento de ayudas para docencia, formación e investigación convocadas anualmente por el Departamento de Sanidad. Permite hacer el seguimiento de la trayectoria científica de los individuos y la gestión de las áreas y líneas de investigación.

#### Registro de los Reconocimientos de Interés Sanitaria

Recoge los actos de divulgación científica realizados en Euskadi.

Además durante el año 2005 se han desarrollado nuevas aplicaciones de entre las cuales podemos destacar los siguientes proyectos:

#### Implantación definitiva del proyecto de Receta electrónica en dos municipios, dos centros de salud y tres farmacias

Este proyecto está íntimamente relacionado con el despliegue de la tarjeta sanitaria electrónica, la cual es elemento indispensable para acceder al sistema que básicamente consiste en la integración, en una base de datos común, de las prescripciones de Osabide con las dispensaciones en las oficinas de farmacia y el propio sistema de facturación de las recetas médicas.

#### Desarrollo y puesta en marcha del Sistema Integrado de Información de Ordenación Sanitaria (SIIOS)

La finalidad del Sistema es integrar toda la información de centros, servicios y establecimientos sanitarios disponible en el Departamento y hacerla más útil para los diferentes usos de la misma por el Departamento de Sanidad.

#### Osanet: Portal del Sistema Sanitario Vasco

Implantación definitiva del portal de la sanidad vasca Además a lo largo del año 2005 se han realizado adecuaciones y adaptaciones a estandarizaciones tecnológicas y de estilo orientadas a la integración al portal de diferentes aplicaciones del Departamento y Osakidetza-Servicio vasco de salud.

**Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	NO				
Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en >16 años					
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres	Observaciones
Encuestas de Salud (CC.AA.)	Sí	1986, 1992, 1997, 2002	65,6	59,9	

## 8. Calidad

En 2005 se elaboró el informe de 2004 del **Plan de Calidad 2003-2007**, presentado en el 2.º semestre en el Comité de Seguimiento del Plan donde se analizaron los resultados proponiéndose acciones y ajustes en el Plan.

### Modelo EFQM

Se concluyó la V Autoevaluación (de carácter bienal) de todas las organizaciones de Osakidetza/Servicio vasco de salud, incluida la organización central, cuyos resultados se recogieron en el informe correspondiente.

Para apoyar la implantación y facilitar el proceso de autoevaluación se difundió internamente la herramienta de autoevaluación rápida para organizaciones sanitarias «Evalexpres», estando pendiente de publicación.

Se han presentado 3 organizaciones a evaluación externa de Euskalit, el Hospital Psiquiátrico de Alava, ha conseguido la Q de Oro, el Hospital de Basurto y Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa la Q de plata.

Igualmente el Hospital de Zumarraga se presentó a evaluación externa a nivel europeo por parte de la EFQM, habiendo conseguido el premio europeo. Merece destacar el valor que tiene *per se*, siendo la primera organización sanitaria a nivel europeo que accede a este grado de reconocimiento.

Así hasta el momento se han obtenido un total de 14 reconocimientos externos: 1 finalista al premio europeo, 3 Q de oro (más de 500 puntos), 10 Q de plata (entre 400 y 500 puntos).

Osakidetza-Servicio vasco de salud se encuentra representada en el Consejo de Dirección del Patronato de Euskalit, donde ocupa la vicepresidencia primera de este organismo.

### Gestión de Procesos. Certificación ISO

Como resultado de la implantación del proyecto de gestión por procesos y certificación ISO el 83% de las organizaciones de servicio de Osakidetza-Servicio vasco de salud (25 de 30) disponen de un Sistema de Gestión de Calidad certificado, que ha sido creado o revisado a lo largo de 2005.

Por otro lado a nivel de atención especializada 15 organizaciones se encuentran involucradas en este momento, o han culminado la implantación de la gestión de procesos, en al menos un proceso asistencial.

Merece la pena destacar igualmente los certificados obtenidos en materia medioambiental en 3 centros y la novedad de que un centro ha iniciado el abordaje de un sistema de gestión de salud laboral.

En atención primaria 6 de las 7 Comarcas (85%) tienen al menos una Unidad de Atención Primaria con una única certificación global de todos sus procesos. En 2005, 5

Unidades de Atención Primaria se preparan para lograr la certificación global de todos sus procesos y se suman así las 12 que ya lo obtuvieron en años previos. Además 14 Unidades certificarán sus áreas de Atención al Cliente sumándose a las 55 Unidades ya certificadas en años previos.

## Calidad percibida

A lo largo de 2005 se han realizado un total de 9 encuestas corporativas de satisfacción cuyos resultados se publican en su informe correspondiente:

- Hospitalización de agudos de psiquiatría
- Cirugía mayor ambulatoria
- Urgencias adultos
- Urgencias a padres de niños
- Consultas de médicos de atención primaria
- Consultas de pediatras de atención primaria
- Hospitalización de agudos
- Consultas externas intrahospitalarias
- Hospitalización de media y larga estancia

Además se ha organizado y celebrado el XII Congreso de la Sociedad Española de Atención al Usuario de Sanidad en colaboración con el Hospital Donostia y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

## Calidad técnica

Realización del estudio de prevalencia anual de infección nosocomial según la metodología EPINE en los hospitales de agudos y de media-larga estancia.

Realización de estudios de incidencia de infección nosocomial en los hospitales de agudos, en las unidades de críticos y en 3 procedimientos quirúrgicos seleccionados: primer implante de prótesis de rodilla, histerectomía abdominal y cirugía electiva de colon. (objetivos establecidos por la Comisión Técnica INOZ).

Derivado del proceso de evaluación externa de los planes de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial de los hospitales de agudos, desde la Comisión INOZ se ha elaborado un Plan de acción 2005-2007.

A finales de 2005 se realizará la evaluación externa del PVPCIN de hospitales de media y larga estancia.

Realización de la 4.<sup>a</sup> evaluación externa del proceso de atención de enfermería en todos los Hospitales de agudos y de media-larga estancia de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población

La Encuesta de Salud del País Vasco se ha realizado en los años 1986, 1992, 1997 y 2002. Actualmente se está preparando la Encuesta correspondiente al año 2007. La información se refiere a la población institucionalizada residente en la CAPV, y se recoge mediante entrevista personal a domicilio, en el último trimestre de la fecha de referencia de la encuesta. En el año 2002 se entrevistó a cerca de 5.200 familias, con un total de 14.787 personas. La información se plasma en dos cuestionarios: - uno familiar, en el que se recoge datos de todos los miembros de la familia en los aspectos de discapacidad, accidentes, consumo de medicamentos y utilización de servicios de salud; - el otro es individual y recoge información sobre la salud percibida, la calidad de vida relacionada con la salud, los hábitos de vida (consumo de alcohol, tabaco, actividad física, índice de masa corporal, higiene del sueño), las condiciones de trabajo y las practicas preventivas. La Encuesta de Salud utiliza las definiciones e instrumentos comparables a otras encuestas de ámbito estatal e internacional.

Esperanza de vida al nacimiento en el año 2004 fue de 77,3 años en los hombres y de 84,4 años en las mujeres y en cada grupo de edad es siempre superior en las mujeres.

El número total de defunciones en el año 2004 fue de 18.684, de las que 9.770 (52%) corresponden a los hombres y 8.914 (48%) a las mujeres. La tasa ajustada a la población europea estándar en los hombres fue de 740,6/100.000 habitantes y de 383,9/100.000 habitantes para las mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio continúan ocupando el primer lugar como causa de muerte (31%). Le siguen en orden de frecuencia los tumores (26%) y las enfermedades del sistema respiratorio (10%).

Las causas específicas de muerte mas frecuentes fueron: en los hombres la cardiopatía isquémica (que incluye el infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón) que representa un 9% del total, el tumor maligno de pulmón (8%) y las enfermedades cerebrovasculares (7%). En las mujeres la primera causa de muerte fue la enfermedad cerebrovascular (10%), seguida de la cardiopatía isquémica (7%) y de los trastornos orgánicos senil y presenil (6%).

En el año 2001 el número total de tumores malignos diagnosticados por primera vez fue de 10.489. De ellos 6.530 correspondieron a los hombres y 3.959 a las mujeres. La tasa ajustada a la población europea para los hombres fue de 513/100.000 habitantes y de 271,7/100.000 para las mujeres.

Las localizaciones mas frecuentes fueron próstata (19,8%), pulmón (15,83%) y colon (8,94%) para los hombres y para las mueres la mama (27,16%), colon (9,46%) y cuerpo de útero (5,87%).

## 10. Participación

A lo largo de 2005, se han desarrollado diversas iniciativas orientadas a la participación de diferentes agentes en el ámbito sanitario.

### **LEY 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.**

Esta Ley nació con vocación de unificar en un solo texto normativo todas las disposiciones dispersas en diversas normas relativas a los derechos básicos de los niños y adolescentes. Su Título II se encuentra dedicado a la salud y a la atención sanitaria, estableciéndose los derechos que en este ámbito le corresponden, así como los principios que deben presidir la actuación del Departamento de Sanidad.

### **Decreto 102/2005, de 26 de abril, por el que se regula la realización de estudios post-autorización de tipo observacional con medicamentos.**

Responde a la intención de valorar la idoneidad de los estudios desde el punto de vista científico y de velar por el respeto de los derechos de los pacientes, completando la información obtenida durante el desarrollo clínico de los medicamentos. Se considera imprescindible, antes de ser incluido en el estudio, la obtención del consentimiento informado, como regla general por escrito.

### **Decreto 121/2005, de 24 de mayo, sobre el régimen de los Consejos Asesores del Departamento de Sanidad.**

El fin de estos Consejos Asesores es dotar al Departamento de Sanidad de una estructura que permita aunar, por un lado, las aportaciones de expertos de reconocido prestigio y de la representatividad de sus asociaciones profesionales y, por otro, la experiencia de gestores clínicos y sanitarios. Forman parte de estos Consejos representantes de las sociedades científicas y profesionales de diferentes especialidades en ciencias de la salud, representantes de los servicios sanitarios de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud y representantes del Departamento de Sanidad.

### **Decreto 228/2005, de 30 de agosto, por el que se crea el Consejo de Médicos del País Vasco.**

Se pretende de este modo, por una parte, dotar a la profesión de un valioso instrumento que coadyuve al cumplimiento eficaz de los fines que el ordenamiento jurídico otorga a las corporaciones profesionales y por otra, adecuar sus estructuras a la realidad territorial autonómica facilitando y agilizando sus relaciones con todas las Administraciones públicas en general y la Administración General de la Comunidad Autónoma en particular.



**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005**  
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Decreto 175/89, Orden 25/1/90.	
Segunda opinión	Sí	Decreto 175/89, Orden 25/1/90.	
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Decreto 272/86, Decreto 175/89.	
Consentimiento Informado	Sí		
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	Sí	Ley 7/2002, Decreto 270/2003.	
Guía o Carta de Servicios	Sí		
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	Sí	Normativa de servicios de atención al paciente. Orden 19/06/90.	
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	Sí	Ley 20/97 de Accesibilidad	

**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005 (continuación)**  
**Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico- administrativa (tipo)	Observaciones
Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	NO	Dirección de estudios y desarrollo sanitario.	Dto. 268/2001 de estructura del Departamento de Sanidad	Tutela de los derechos...	

Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí/no	Cuantía dedicada en 2005	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
	Sí	300.000 €	50	Orden 24/2/2004. Orden 5/7/2004.	

## 11. Equidad

El objetivo de equidad ha jugado fundamentalmente un papel de estímulo en la promoción de iniciativas para reducir las desigualdades en salud.

Por ello, las políticas sociales y sanitarias dirigidas a reducir las desigualdades sociales pueden mejorar el nivel de salud y bienestar de toda la población y no sólo la de los grupos más vulnerables. En cualquier caso, las acciones destinadas a mejorar aspectos como la educación, el empleo, el acceso a una vivienda digna y, en general, las políticas que actúen sobre las condiciones materiales de vida de la población, jugarán un papel decisivo en la consecución de este objetivo.

Con el objetivo de la equidad son varios planes transversales los que han contado con la definición de actividades por parte del Departamento de Sanidad. La equidad es un aspecto unido a la accesibilidad porque no es posible equidad sin acceso a los derechos, servicios y prestaciones, así todas las políticas destinadas a una mejor accesibilidad tendrán como consecuencia la equidad final pretendida.

Considerando que las desigualdades de partida pueden ser condicionantes, las actuaciones transversales se han orientado hacia la definición de objetivos relacionados con grupos en riesgo de exclusión cualquiera que fuera la causa abordable. En este marco conceptual además de lo señalado comentar que existen planes como el de inserción social y lucha contra la exclusión social.

En este plan destacamos la universalización y la mejora de la información, tanto en el contenido como en los medios y soportes, todo ello como elemento facilitador del acceso material a los derechos, servicios y prestaciones. De este modo se intenta mitigar ciertas barreras de índole idiomática.

De otra parte también se contempla la formación a los profesionales que trabajaban con estos colectivos. De modo más concreto se intenta abordar aspectos de salud desde una perspectiva básicamente preventiva potenciando la ayuda a quien ayuda; sea las familias, sea las asociaciones del voluntariado.

Otro plan transversal va dirigido al grupo **joven, es el Gazte-plan** con tres ejes de acción orientados a:

- Difundir información sobre recursos,
- Desarrollo de hábitos saludables, no tóxicos y de prevención de la autolisis y accidentes.
- Acercar y adapta los servicios de salud a las necesidades y características del colectivo joven en lo concerniente a problemas derivados de toxicomanías.

Grupos en ese riesgo son los que también son abordados, aunque con otro enfoque en el **PLAN ESTRATEGICO SOCIO SANITARIO de la CAPV.**

Las instituciones implicadas, directa o indirectamente, en la resolución de los problemas de las personas dependientes necesitadas de atención sociosanitaria, tienen pues poderes autónomos, con competencias propias. Actuar conjuntamente requiere un acuerdo fruto de la negociación y el consenso, condiciones que dificultan la agilidad de los sistemas y la necesaria puesta en común.

En resumen, este Plan pretende dos finalidades. Por una parte, definir con claridad, a través de sus rasgos conceptuales más característicos, el Modelo de Atención Sociosanita-

ria que va a funcionar en la Comunidad Autónoma del País Vasco y, por otra, fijar las acciones que hay que desarrollar para consolidar dichos rasgos y su contenido.

Los grupos de personas considerados tributarios de recibir atención sociosanitaria en la CAPV son:

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>1. Personas mayores con dependencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Personas con dependencia funcional elevada.</li><li>II. Personas con demencias avanzadas.</li><li>III. Personas con dependencia moderada o elevada y complejidad Clínica.</li></ul> <p><b>2. Personas con discapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Personas con discapacidad física (grandes discapacidades) invalidante.</li><li>II. Personas con discapacidad intelectual con enfermedad mental asociada.</li></ul> <p><b>3. Personas con problemas de salud mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Personas con enfermedad mental grave y crónica.</li><li>II. Personas con Toxicomanías.</li></ul> | <p><b>4. Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Personas con enfermedades neurodegenerativas.</li><li>II. Personas con enfermedad orgánica.</li><li>III. Personas con daño cerebral.</li><li>IV. Personas con patologías infecciosas emergentes.</li></ul> <p><b>5. Personas con enfermedades terminales.</b></p> <p><b>6. Otros colectivos en riesgo de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Menores (especialmente menores maltratados, menores en situación de desprotección y menores con problemas de comportamiento).</li><li>II. Mujeres víctimas de violencia de género.</li><li>III. Población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y problemática social.</li></ul> |
|--|---|

Hay que resaltar que no todas las necesidades de las personas relacionadas en el cuadro anterior tienen siempre carácter sociosanitario. En numerosas ocasiones su demanda se circunscribe, estrictamente, al ámbito social o, exclusivamente, al ámbito sanitario sin que sea necesaria la intervención simultánea, coordinada y estable de ambos, condiciones que se requieren para que la atención requerida tenga carácter sociosanitario.

Las primeras directrices y criterios de actuación de la atención sociosanitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco las encontramos en el Convenio de Colaboración para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria, los perfiles de personas a atender y los servicios que se prestan.

La actuación bajo el principio de consenso: el modelo sociosanitario se concibe como un modelo de convergencia. La estructura organizativa tendrá una composición paritaria.

Se realizará la actualización permanente de los sistemas y sus mecanismos, propiciando la proactividad. La atención a las necesidades sociosanitarias, en la CAPV, se hará mediante la planificación conjunta y la unificación de los mecanismos de valoración y acceso a la atención. Para ello, es imprescindible el encuentro del ámbito sanitario y del ámbito social en un espacio de comunicación y cooperación que articule la implicación necesaria de todas las administraciones.

## Objetivo estratégico general

Incrementar las personas atendidas con necesidades sociosanitarias.

- Lograr una atención de calidad que proporcione la máxima satisfacción a usuarios y familias.
- Conseguir un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria
- Mantener el nivel de excelencia en el futuro

Todo ello se complementa con el compromiso de hacer que el sistema que se desarrolle sea sostenible y equitativo en todo el territorio de la CAPV, además en todos los planes criterios como accesibilidad universal en las páginas Web, integración, coordinación, continuidad, prevención y participación de la ciudadanía están presentes.

Otras acciones destinadas a potenciar la equidad dentro de nuestro sistema sanitario son:

## Acciones dentro del Plan Vasco para la promoción integral y participación social del Pueblo Gitano

Dentro del Plan se incluyó un apartado en el ámbito de la Sanidad que contempla actuaciones para garantizar, y en su caso mejorar, la adecuación, el aprovechamiento con continuidad y, en definitiva, la accesibilidad para la población gitana de los programas y servicios de salud, como son:

- Diseño y desarrollo de campañas de información, formación y mentalización sobre: el uso de los servicios de atención primaria, el uso de los servicios de atención al cliente de la red sanitaria y los programas preventivos del sistema sanitario vasco (por ejemplo, el programa de atención dental infantil).
- Mejora de la calidad de la información sobre direcciones de correo de las personas de la comunidad gitana presente en la base de datos de aseguramiento (Tarjeta Individual Sanitaria) para facilitar el acceso a los programas preventivos y asistenciales del Departamento.
- Preparación y realización de acciones formativas sobre la realidad y la cultura gitana dirigida al personal que trabaja en los servicios sanitarios.
- Realización de investigaciones, estudios o diagnósticos sobre aspectos específicos de la situación sanitaria de la comunidad gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco o en determinadas zonas en las que se detecten problemas concretos (por ejemplo sobre: situación de la población infantil, diferenciación entre hombres y mujeres gitanas, enfermedades infecciosas vinculadas a la precariedad en las condiciones de vida y factores de riesgo vinculados, por ejemplo, a hábitos, actividad física, alimentación, consumo de sustancias tóxicas, población usuaria de drogas, morbilidad y mortalidad o VIH-SIDA).

- Revisión y, en su caso, mejora de programas, normativas, protocolos o prácticas en uso en diversos centros y servicios que pudieran resultar discriminatorios para la población gitana.
- Diseño, tras los estudios correspondientes, de programas específicos para el abordaje de la problemática de las drogodependencias y del VIH-SIDA en la comunidad gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco (incluyendo su problemática en menores).
- Diseño, tras los estudios correspondientes, de programas piloto de educación para la salud dirigidos a mujeres gitanas como responsables, en muchos casos, de la salud de la comunidad.
- Creación de un servicio de apoyo a la red sanitaria que elabore y facilite información, asesoramiento, mediación y orientación a profesionales de la sanidad sobre diferentes aspectos de la cultura e idiosincrasia de la población gitana que puedan afectar a su atención y tratamiento (un recurso integral de apoyo y seguimiento en relación con la atención sanitaria de la población gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco).

## Acción para mejorar y garantizar la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios de la población inmigrante de lengua árabe

- Implementación de servicios de traducción oral en consultas de Atención Primaria.

**Tabla 11. Proyectos y medidas para la equidad. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
<b>Género</b>	Sí	Planes transversales.		Liderado desde Emakunde.
<b>Etnia</b>	Sí	Planes transversales. Plan vasco de inmigración. El Plan vasco para la promoción integral y participación social del pueblo gitano.		Liderado desde Asuntos Sociales.
<b>Discapacidad</b>	Sí	Plan para la incorporación de personas con discapacidad al mercado laboral ordinario de la comunidad autónoma 2004-2006.		Liderado desde Trabajo.
<b>Otras</b>	Sí	Plan de inserción social.		Liderado desde Trabajo.

## 12. Descripción de dos experiencias innovadoras

### 12.1. Osakliniker. Un Sistema de Información Hospitalario para la Gestión Clínica

#### 12.1.1. Justificación

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sintetiza la información de los enfermos hospitalizados y constituye una excelente base de datos con información de más de 4 millones de altas anuales. Es la base necesaria para obtener los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y así disponer de un sistema de medida del producto hospitalario que se está usando en la gestión de los hospitales, en los contratos-programa<sup>6</sup> e incluso en la facturación.

Sin embargo, los GRD son un sistema de clasificación de pacientes por grupos con igual consumo de recursos que tiene una estructura y un lenguaje ajeno al clínico. Esta dificultad ha generado el rechazo de los médicos hacia los GRD que los ven como algo propio para la gestión directiva y que no responde a sus requerimientos profesionales. Hay que reconocer que con la casuística de un hospital clasificada por GRD es difícil saber datos sencillos (como número de casos o estancia media) de los pacientes con Neumonía o con Fractura de cadera puesto que se distribuyen en múltiples GRD en los cuales se mezclan con pacientes con otros diagnósticos. De poco sirve saber la estancia media preoperatoria o la mortalidad del *GRD 818 Sustitución de cadera excepto por complicaciones* cuando agrupa a pacientes a los que se les ha implantado una prótesis de cadera tanto si tenían una Coxartrosis (ingreso programado) como una Fractura de cadera (ingreso urgente). También es comprensible que un Neumólogo alegue que no identifica bien qué tipo de pacientes son los que se clasifican en el GRD más frecuente de su servicio: *GRD 541 Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con Complicación o Comorbilidad Mayor*.

A pesar de las limitaciones que producen los GRD, la riqueza y la enorme potencialidad del CMBD siguen, desde la óptica asistencial estando ahí y permiten generar información con coherencia clínica. Esta información clínicamente coherente, si realmente responde a lo que el clínico vive en el día a día y resuelve sus necesidades de información, puede ayudar al desarrollo de la Gestión Clínica.

#### 12.1.2. Características principales

Así pues nos planteamos crear un sistema de información para clínicos y gestores que facilite la evaluación de resultados clínicos y la tarea de corresponsabilidad que es la Gestión Clínica. Para lograrlo es necesario disponer de una herramienta:

- Con un sistema de búsquedas de *Procesos clínicos* que sean recuperables de los datos digitalizados del CMBD. Los *Procesos* deben tener coherencia clínica y tener nombres comunes (de una enfermedad o de un procedimiento) dentro del lenguaje natural de los médicos.



- Aporte para cada *Proceso clínico* indicadores de calidad específicos que se puedan obtener del CMBD.
- Que esté soportado por un programa informático que explote el CMBD y permita conocer la actividad de hospitalización por los *Procesos clínicos* diseñados con los indicadores de actividad y calidad más relevantes. Este programa debe trabajar con datos ya digitalizados, el CMBD, y no precisar de ninguna recogida de datos que no esté ya disponible en todos los hospitales.
- Este programa informático ha de ser accesible desde la alta dirección hasta nivel de profesionales clínicos y de gestión.

### 12.1.3. Metodología

Se creó un grupo de trabajo formado por un coordinador, un experto en bases de datos y 33 consultores que trabajan en cuatro hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud con el siguiente perfil:

- El coordinador es un médico documentalista con experiencia clínica y experto en codificación con la CIE-9-MC y en la utilización de los GRD. Trabaja en el Hospital de Galdakao.
- El experto en bases de datos es un Técnico superior experto en informática y en manejo de los GRD. Trabaja en la Organización Central de de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud.
- Los consultores son 17 médicos especialistas, 9 gestores, 5 médicos documentalistas y 2 metodólogos en calidad. Trabajan en cuatro hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud.

Se definieron 970 *Procesos clínicos*, 690 por Diagnóstico y 280 por Procedimiento, tras analizar el CMBD de de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud de 2002 (204.860 altas). Es decir, se tuvo en cuenta la frecuencia real de los diagnósticos motivo del ingreso ((204.860) y de comorbilidad (452.740) y los procedimientos realizados (249.929) durante ese año 2002. Los *Procesos clínicos* se validaron con los consultores en cuanto a la idoneidad del nombre, la coherencia clínica y el interés en recuperar la información. Posteriormente los *Procesos clínicos* definidos se convirtieron en códigos de la CIE-9-MC.

Inicialmente se desarrolló un programa con el gestor de base de datos Microsoft Access para trabajar con el CMBD de de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud. Posteriormente se modificó para que pudiese acceder a Oracle e instalarlo en la red local de cada hospital. Se está estudiando migrar el programa a formato Web para consultarlo desde cualquier hospital a través de la intranet de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

### 12.1.4. Resultados

Se obtuvo el programa Osakliniker que explota el CMBD y recupera información coherente de 970 *Procesos clínicos* con 300 Indicadores de calidad.

Se consiguió que el programa Osakliniker muestre, *de cada Proceso clínico* y de un periodo determinado, la información siguiente:

- N.º de episodios, n.º de pacientes distintos, estancia media, tasa de pacientes intervenidos, estancia media preoperatoria, edad media y distribución por edades y sexos.
- Distribución por hospitales y por servicios médicos
- Los GRD en que se ha clasificado con los datos precedentes de cada uno de ellos
- 2 Indicadores de calidad generales: las tasas de mortalidad y de reingresos.
- 5 Indicadores de calidad (*Q*) específicos para cada *Proceso clínico*. Por ejemplo, del Infarto agudo de miocardio muestra: las tasas de cateterismo cardiaco, angioplastia, trombolisis, tabaquismo o dislipemias.

Osakliniker también permite ver y analizar el CMBD caso a caso y los otros episodios de ingreso de un paciente con sus diagnósticos y procedimientos con lo que se abren múltiples utilidades como ver los diagnósticos-motivos de ingreso de los episodios de reingreso de un determinado *Proceso clínico*.

Además, el **Osakliniker ha generado un producto intermedio** de enorme interés: su utilización como Control de Calidad automático de la codificación con la CIE-9-MC. Sirva el ejemplo de que ha servido para sacar a la luz que en 2003 el 8% de la implantación de marcapasos en de Osakidetza/Servicio vasco de salud-Servicio vasco de salud se clasificaron sorprendentemente en un GRD médico con una infravaloración de su peso en 3 puntos. Al analizar en cada caso el CMBD de estos episodios se vio que había un error de codificación del electrodo de marcapasos y el sistema GRD, pese a tener el código de la implantación del generador de marcapasos, no «entendía» que se hubiese operado y lo clasificaba en un GRD médico.

Osakliniker no permite identificar a un paciente ni por su filiación ni por su n.º de historia ni por ningún otro dato personal con lo que se preserva la confidencialidad de los datos personales. Posee un sistema de control de accesos y un registro histórico de las consultas efectuadas.

Osakliniker ha sido valorado como muy útil por los clínicos y gestores. El programa lo encuentran amigable, la información comprensible y, sobre todo, permite la comparabilidad inmediata entre servicios médicos y hospitales.

## 12.2. Proyecto de receta electrónica

La prestación farmacéutica es una de las actividades sanitarias más relevantes, además de ser una de las principales herramientas terapéuticas a nuestra disposición y suponiendo la cuarta parte del presupuesto sanitario público de la CAPV. Por ello, se hace necesario el establecimiento de medidas de carácter estratégico para potenciar una utilización más racional, equilibrada, segura y eficiente de los medicamentos.

Entre estas medidas se recoge la implantación de la receta electrónica, se trata de una iniciativa incluida en el Plan Euskadi de la Sociedad de la Información, plan gubernamental que para Sanidad contempla, bajo la denominación e-salud, varios proyectos: la Historia Clínica digital única, la Tarjeta Sanitaria Electrónica, los Sistemas Integrados de Información, el Portal de la Sanidad Vasca y la Receta Electrónica.

La Receta Electrónica es un documento virtual (tarjeta) de prescripción y dispensación farmacéutica, que permite evitar el uso de la receta en soporte papel y que conlleva importantes beneficios para pacientes, médicos y farmacéuticos.

Previamente se realizó un pilotaje en algunos centros de salud y en oficinas de farmacia de algunos núcleos de población seleccionados porque sus flujos de población naturales hacen que prácticamente la totalidad de las prescripciones del centro de salud se dispensen en las oficinas de farmacia que participan en el pilotaje. En total participaron tres oficinas de farmacia, cinco médicos de familia y dos pediatras, la población participante fue de 8.900 personas.

El funcionamiento de este proyecto fue el siguiente:

El médico realiza la prescripción desde el ordenador de su consulta, conectado al sistema de Historia Clínica Informatizada «Osabide» que identifica a médico y paciente, valida la prescripción (comprobando posibles interacciones e incompatibilidades) y realiza la solicitud de visado, en caso de que este sea necesario.

La información es enviada a la Base de Datos Central, donde se genera un número de prescripción único que identifica la receta con toda su información. De esta forma el paciente acude a la farmacia de su elección (que puede ser cualquiera) y presenta su tarjeta sanitaria electrónica.

Si la farmacia elegida participa en el proyecto, el farmacéutico identifica al paciente a través de su tarjeta sanitaria y valida la dispensación (realizando una verificación sobre recetas perdidas o robadas, recetas que superan el plazo de validez, verificación de visados) generando un número de dispensación también único y unívocamente unido con el de la prescripción y, finalmente, realiza la dispensación del medicamento prescrito.

El sistema permite registrar en una Base de Datos Central las incidencias que se puedan producir durante el proceso de dispensación y cumple con toda la normativa en materia de seguridad relativa a la protección de datos de carácter personal, a través de su integración con el proyecto de Tarjeta Sanitaria Electrónica, única e intransferible, que garantiza las medidas de confidencialidad e integridad de la información adecuadas en el desarrollo de todo el proceso. El soporte papel no desaparecerá, ni en estas pruebas ni posteriormente, hasta que no se modifique la normativa estatal que obliga a la presentación física de la receta.

Si los resultados de estas pruebas piloto son positivos, se extenderá la experiencia progresivamente a otros centros de salud de la CAPV.

Los beneficios esperados con la implantación de la receta electrónica son los siguientes:

Al usuario le reportará una mayor comodidad cuando le prescriban medicamentos que requieran visado previo a su dispensación, puesto que no tendrá que ir a recoger las recetas a los servicios de inspección, ya que este acto administrativo se realizará de modo electrónico en el momento de la prescripción. Además, el usuario recibirá en su oficina de farmacia información puntual sobre las posibles interacciones e incompatibilidades de la medicación prescrita con otra que pudiera estar tomando, habida cuenta de que el módulo de dispensación mejora y actualiza los programas existentes hasta la fecha en las oficinas de farmacia.

También permite generar elementos de colaboración entre los diferentes agentes implicados (médicos, farmacéuticos y administración), ya que las conexiones telemáticas permitirán establecer cuadros de diálogo para aclarar dudas y solventar problemas *on line*, lo que dota al sistema de una gran agilidad en el acceso a la información.

El sistema eliminará los posibles errores en la interpretación de la receta, ya que la lectura óptica del medicamento dispensado contrastará con la base de datos central la coincidencia con el prescrito, imposibilitando dispensaciones no coincidentes con las prescripciones.

Al médico le permitirá disponer de información histórica de las prescripciones de un paciente, lo que redundará en la mejora del tratamiento fármaco-terapéutico, unido al conocimiento del comportamiento de cada paciente ante la pauta medicamentosa instaurada.

Este sistema, facilitará el establecimiento de medidas de racionalización del consumo farmacéutico, pues aporta los medios para una mejora en la gestión y en la calidad de la información tanto del paciente como de las características de la prescripción y dispensación. De forma similar permitirá a las oficinas de farmacia desarrollar su labor de atención farmacéutica con una mayor agilidad y fiabilidad, lo que redundará en una mejor atención al paciente al disponer el farmacéutico de mas tiempo para la realización de las tareas inherentes a una dispensación de calidad, así como con una mayor seguridad ante casos de pérdidas de recetas o de otro tipo de incidencias.

En resumen, con este proyecto se pretende explorar una nueva medida que se sume a las que viene emprendiendo el Departamento de Sanidad para hacer frente a una de sus mayores preocupaciones y, al mismo tiempo, es una explícita manifestación del compromiso para potenciar de manera coordinada el uso eficiente de los medicamentos, contribuyendo de esta forma a la mejora del nivel de calidad de los servicios y de las prestaciones del Sistema Sanitario Público Vasco.