

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 INGESA





# 1 Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad

## 1.1 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se establece la desaparición del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y su adaptación en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La estructura orgánica del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se encuentra regulada por las siguientes disposiciones:

- Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, que regula la organización de los servicios periféricos del Instituto nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión.
- Real Decreto 38/2008, de 18 de enero, por el que se modifica parcialmente el Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión.
- Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
- Establece en su artículo 5, apartado 4º, que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se adscribe al Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Secretaría General de Sanidad
- En el artículo 10, párrafo 2º, establece que a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud le corresponderá la planificación y monitorización de las actuaciones que, en el ámbito de los sistemas de información, desarrolle el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Las modificaciones introducidas pretenden una mayor adecuación de los órganos a las funciones atribuidas, una racionalización de la estructura y una mayor eficacia en el cumplimiento de las competencias que el Ministerio de Sanidad y Política Social tiene encomendadas.
- En virtud de las normas legales citadas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se estructura de la siguiente forma:
- El órgano directivo del Departamento es la Secretaría General de Sanidad que ostenta la Presidencia y de quien dependerá el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- A la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios le corresponde las actuaciones en el ámbito de las tecnologías de la información que

desarrolle el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, incluyendo la tramitación ante la Comisión Ministerial de Informática de las propuestas correspondientes a este ámbito.

- Son órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión:
  - El *Consejo de Participación*, que es el órgano a través del cual se realiza la participación de los usuarios y consumidores, empresarios y Administraciones Públicas en el control y vigilancia de la gestión del Instituto. Estará integrado por 6 representantes de las organizaciones sindicales que hayan obtenido la condición de más representativas, 6 de las organizaciones empresariales más representativas, 1 representante de las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas, designados por el Consejo de Consumidores y Usuarios y 6 en representación de las Administraciones Públicas, uno de los cuales ejercerá la Presidencia de Consejo.
  - Las *Comisiones Ejecutivas Territoriales*, que son los órganos a través de los cuales se realiza la participación de los usuarios y consumidores, trabajadores, empresarios y Administraciones públicas en el control y vigilancia de la gestión en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla. Estarán integradas por 10 vocales, 3 en representación de las organizaciones sindicales, 3 de las organizaciones empresariales, 1 representante de las organizaciones de consumidores y usuarios y 3 en representación de las Administraciones públicas.  
El Presidente será el respectivo Director Territorial.

## 1.2 Órganos de dirección y de participación

Son órganos de dirección y gestión:

- La *Dirección* del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, con el nivel orgánico de Subdirector General, a quien corresponde el ejercicio de las facultades atribuidas a los Directores de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, en su respectivo ámbito territorial de actuación y, en general, la dirección y gestión ordinaria del Instituto.
- De la Dirección dependen las Subdirecciones Generales, cuyas denominaciones y funciones se detallan a continuación:
  - *Subdirección General de Atención Sanitaria*, a la que corresponde la ordenación, control y evaluación de la gestión de la atención primaria, la atención especializada y los conciertos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
  - *Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos*, encargada de la gestión de presupuestos y control económico, la gestión de obras, instalaciones y suministros, la gestión administrativa y económica de los recursos humanos, así como la asistencia técnica y administrativa a todos los servicios centrales del Instituto y la relación con los servicios periféricos y el régimen interior, y asume la secretaría de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión.
  - *Intervención Central*, está adscrita a la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, con el nivel orgánico que se establezca en la correspondiente relación de puestos de trabajo, sin perjuicio de su dependencia funcional con respecto a la Intervención General de la Administración del Estado y a la Intervención General de la Seguridad Social
  - Por lo que se refiere a la Organización de los *servicios periféricos*, en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la dirección y gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se realizará a través de las Direcciones Territoriales de esas dos Ciudades. La gestión de los servicios sanitarios se efectuará por las Gerencias de Atención Sanitaria respectivas.

- Las *Direcciones Territoriales* dependerán de la Dirección del Instituto, sin perjuicio de las competencias de dirección y supervisión que corresponden a los Delegados del Gobierno, a los que prestarán colaboración en los términos establecidos en el artículo 35 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.
- Al frente de cada una de las Direcciones Territoriales existirá un Director Territorial.
- Las Gerencias de Atención Sanitaria, una en cada una de las Ciudades de Ceuta y Melilla, dependerán orgánicamente de su respectiva Dirección Territorial, sin perjuicio de su dependencia funcional respecto a los Servicios Centrales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- En cada una de las citadas ciudades, los Centros de Atención Primaria y Atención Especializada dependerán de la Gerencia de Atención Sanitaria
- Al frente de las Gerencias existirá un Gerente de Atención Sanitaria.
- El *Centro Nacional de Dosimetría*, con sede en Valencia, está adscrito al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

### 1.3 Políticas y planes sanitarios

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) es el responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, estando transferidas las competencias en materia de Salud Pública a ambas ciudades autónomas. INGESA, mediante el Contrato de Gestión con sus Áreas Únicas y con las Direcciones Territoriales, transmite a los centros sanitarios y a los profesionales las acciones necesarias para conseguir los objetivos de las Estrategias Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social para el Sistema Nacional de Salud, incluyéndolos entre los objetivos prioritarios de salud de dichos Contratos de Gestión, que recogen las principales causas de morbilidad y mortalidad y los problemas de salud prevalentes en el ámbito de ambas ciudades. En 2008 los planes de implantación de estas estrategias se articularon en 8 áreas temáticas.

Todo esto se realiza mediante dos acciones fundamentales:

- Cartera de Servicios en Atención Primaria y Atención Especializada, recogiendo además objetivos asistenciales que emanan de las Estrategias Nacionales de Salud para el SNS.
- Programas Especiales con objetivos, indicadores, plazos de ejecución, evaluación y asignación de recursos provenientes de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Como en años anteriores, se siguió con la implantación y/o evaluación de los programas comenzados en los años precedentes.

### Desarrollo de Programas

#### Programa de Atención a Procesos Oncológicos

Tanto en Ceuta como en Melilla se priorizaron tres objetivos dentro de la estrategia en Cáncer del SNS y estos fueron: mantener la edad de cribado de cáncer de mama entre 45 y 69 años, potenciar la especialidad de oncología y el Hospital de día oncológico y evaluar el tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento.

#### Programa de Atención a Enfermedades Cardiovasculares

En ambas ciudades se seleccionaron diferentes objetivos de entre los recomendados en la correspondiente estrategia de forma que se incide específicamente en acciones de promoción y protección de la salud relacionadas con factores de riesgo (hipertensión,

hipercolesterolemia obesidad y tabaquismo), en definir la red asistencial para la asistencia al síndrome coronario agudo y el mantenimiento de la demora en su asistencia y en establecer programas de prevención secundaria coordinados entre atención primaria y especializada.

#### Programa de Atención Materno-Infantil

Tanto en Ceuta como en Melilla se ha continuado con la aplicación de las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Perinatal y Género del Ministerio de Sanidad y Política Social para el SNS. Principalmente se han establecido medidas encaminadas a la prevención de defectos congénitos y medidas preventivas en el momento del parto con el objetivo de disminuir la morbimortalidad del recién nacido.

#### Estrategia en Cuidados Paliativos

En Ceuta, así como en Melilla se estableció específicamente este programa fuera de la línea oncológica en los Contratos de Gestión con las áreas sanitarias en 2008, con el objeto de ampliar la perspectiva de cobertura a todo tipo de paciente terminal, oncológico o no. El programa se basa en integrar funcionalmente los recursos existentes dentro del Plan de Cuidados Paliativos, por lo que se abordarán en un escenario trienal los objetivos generales y específicos que recoge la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS. Además en ambas ciudades existe una unidad funcional de área para cuidados paliativos, que se deriva de un convenio ente la Ciudad Autónoma, la Asociación Española contra el Cáncer y el INGESA.

Las actividades realizadas en los Centros Sanitarios dependientes del INGESA consistieron en:

- Ceuta: se continuó con el Plan trienal de cuidados paliativos, y con la recogida de información precisa para su evaluación. En el Contrato de Gestión del año 2008 consta la continuación de estas actuaciones incorporando la puesta en marcha del protocolo de derivación de pacientes interniveles y la evaluación del nivel de implantación de los protocolos clínicos de dolor y de agonía que se elaboraron al comienzo del año 2008. También se previó la creación de un registro de tumores.
- Melilla: en 2008 se ha mantenido el registro de pacientes. Se estableció el Plan Trienal de cuidados paliativos con la puesta en marcha, entre otros, del protocolo de derivación de pacientes interniveles y la evaluación del nivel de implantación de los protocolos clínicos de dolor y de agonía.

#### Estrategia en Salud Mental

Una vez abordado en 2007 el análisis de situación referente a la atención de los problemas de salud mental de las correspondientes Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, la actividad en 2008 se centró en la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para la adaptación de los sistemas de información sanitaria que permitan dar respuesta a las recomendaciones recogidas en la Estrategia de salud Mental del SNS, de forma que se puedan registrar los principales indicadores en ella propuestos.

#### Estrategia en Diabetes

La actividad del INGESA en relación a esta estrategia se ha centrado en la evaluación y el seguimiento de la implantación de la misma, y además:

Actividades divulgativas. Celebración del día mundial de la diabetes, Elaboración por los profesionales de un DVD con el taller sobre cuidados del pie diabético para su utilización como instrumento de educación grupal

Cambios organizativos y funcionales. Revisión del protocolo de cuidados del Pie Diabético. Concurso para premiar al EAP donde se ha alcanzado el objetivo más elevado de pacientes diabéticos con la exploración del pie realizada.

Formación de los profesionales sanitarios sobre cuidados del pie diabético, manejo de insulinas, alimentación...

## Planes de Salud

En lo que se refiere a los Planes de Salud de las Ciudades Autónomas, la novedad más destacada del año 2008 es la aprobación del Plan de Salud de la Ciudad de Ceuta, que había comenzado a elaborarse en 2006 y cuya vigencia se extenderá desde 2008 hasta 2011. La metodología utilizada para su realización comprendió la consulta previa de los planes de otras Comunidades Autónomas, la realización de una encuesta de salud para estudiar las necesidades percibidas por los ciudadanos de Ceuta, el análisis y diagnóstico de salud de la Ciudad para identificar las necesidades en salud comprobadas (con estudio de los indicadores habituales de mortalidad, morbilidad, discapacidad, etc.). Posteriormente se investigó la necesidad comparada en relación con las Comunidades Autónomas y finalmente se definieron las necesidades normativas al respecto. De modo esquemático, la elaboración del Plan se verificó en tres etapas:

- Diagnóstico de salud
- Priorización de problemas
- Elaboración de objetivos y líneas de actuación (en esta fase se constituyen tres mesas de trabajo en las que, entre otros, ha estado representado el INGESA)

El Plan contiene un conjunto de objetivos e intervenciones en el campo de la salud y se enfoca hacia la planificación operativa en relación a los problemas de salud identificados. Se prevé que pueda ser sometido a modificaciones o que pueda incorporar las intervenciones que se valoren necesarias para hacer frente a problemas de salud emergentes o a nuevas necesidades. Para ello está prevista la creación de un Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación Continua compuesto por técnicos de la Consejería de Sanidad y Consumo y del INGESA, que se encargará de supervisar y certificar el cumplimiento de los diferentes programas sanitarios y actividades planteadas. Además, el documento del Plan contiene información actualizada sobre la situación sanitaria de Ceuta.

Para cada problema de salud se establecen unos objetivos generales y otros específicos y se delimitan las líneas de actuación y forma de evaluación, así como los agentes implicados. Los diferentes objetivos y líneas de actuación se refieren a tres apartados generales:

- **Principales problemas de salud:** toxiinfecciones alimentarias, diabetes mellitus, procesos cardiovasculares, cáncer, cobertura vacunal de gripe en mayores de 65 años, tuberculosis respiratoria, sífilis e infección gonocócica y hepatitis víricas. En todos los casos se incluye como agente, entre otros, al INGESA.
- **Recursos socio-sanitarios:** censo de establecimientos que produzcan, elaboren, almacenen o comercialicen alimentos, registro unificado de actividad vacunal, salud laboral, laboratorio bromatológico de referencia, órganos de participación en el área de salud, educación sociosanitaria, asistencias en las urgencias hospitalarias y ratio habitante/oficina de farmacia ajustado al criterio establecido por la Ley 16/97. En muchos, aunque no en todos los casos, se incluye como agente al INGESA.
- **Hábitos de vida y medio ambiente:** salud bucodental en adultos y en la población escolar, censo de antenas emisoras de radiaciones electromagnéticas, alcohol en jóvenes, tabaquismo, detección precoz del cáncer de mama y ginecológico, maltrato infantil, uso racional de medicamentos, sobrepeso y obesidad, violencia de género, control sobre las emisiones de ruido y drogodependencias. Igualmente, en casi todos los casos INGESA se encuentra entre los agentes implicados.

## 1.4 Fórmulas de gestión de servicios sanitarios

### Gestión Directa

El Estado mantiene en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla las competencias de gestión de las prestaciones sanitarias, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), entidad en la que resulta adaptado el INSALUD una vez completado su proceso de transferencia a las CC.AA., conservándose el régimen jurídico,

económico, presupuestario y patrimonial , y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social, sin personalidad jurídica propia, conforme Real Decreto 840/2002, de 2 de Agosto. El INGESA queda adscrito al Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Secretaría General de Sanidad que ostenta su presidencia. En la actualidad, pues, ambas Ciudades Autónomas dependen del INGESA en lo referente a la gestión de los recursos sanitarios. El derecho a la Asistencia Sanitaria en el Servicio Nacional de Salud (SNS) está regulado por Real Decreto 63/1995 del 20 de Enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias en el SNS. Así mismo, el reconocimiento subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Por la Ley Orgánica 1/1995 del 13 de Marzo, del Estatuto de Autonomía de Ceuta, se reconoce en su artículo 21, a dicha Ciudad, las competencias en Sanidad e Higiene (que se desarrolló por RD 32/1999, de 15 de Enero) con facultad de Administración, Inspección y Sanción en los términos que establezca la Legislación General del Estado. En la misma fecha es aprobado el Estatuto de Autonomía de Melilla mediante LO 2/1995, y en su artículo 21.1.19ª atribuye a la ciudad las competencias en salud e higiene que se desarrollan posteriormente por el RD 1515/2005.

En la Ciudad Autónoma de Ceuta existen definidas tres Zonas Básicas de Salud, con sus respectivos Centros de Salud, y un Centro de Especialidades (Servicios que se incorporarán al nuevo hospital de Ceuta en 2009) y un Sistema de Urgencias y Emergencias. Además existe un Hospital de Agudos que será sustituido por el nuevo Hospital de Ceuta en 2009. Todo ello está bajo la Dirección del Director Gerente Del Área Sanitaria Única de INGESA adscrita a la Dirección Territorial de INGESA en Ceuta. De igual forma se presta atención sanitaria en Melilla, dónde existe un Hospital de Agudos, 4 Centros de salud y un dispositivo de urgencias y emergencias.

## Gestión Indirecta

Además de la Gestión Directa en la Prestación de Asistencia Sanitaria en los Centros Sanitarios de Ceuta y Melilla. El INGESA tiene suscritos diversos Conciertos y Convenios de Colaboración con las siguientes Entidades e Instituciones, desde 2004 a 2008:

- Ministerio de Educación/Ciencia, para formación profesional.
- Cruz Roja Española para formación obstétrico-ginecológica de escuela de enfermería.
- Ministerio de Defensa: Convenio de Asistencia Sanitaria en Ceuta y Melilla
- Con Ciudades Autónomas y AECC: Convenio para cuidados paliativos.
- Asociación de Padres y Amigos de Sordos ACEPAS: Convenio Mejora de Calidad de vida, en Ceuta,
- Colegio Nacional de ópticos-optometristas: Convenio para prevención y promoción de Salud visual en Ceuta y Melilla.
- Vanesa Díaz Ruiz: Concierto para tratamiento de logopedia en Melilla.
- TAC Y RM de Melilla, SL: Concierto para RM, TAC y ortopantomografías en Melilla.
- CAMEX, S.A.: Concierto para tratamientos de hemodiálisis en Ceuta.
- C.R. FísioSevilla: Concierto para tratamientos de Rehabilitación en Ceuta.
- Clínica Radiológica Ceuta: Concierto para Resonancias Magnéticas en Ceuta.
- Clínica RADON: Concierto para tratamiento de radioterapia para pacientes de Ceuta.
- Clínica Radioterápica y oncológica (CROASA): Concierto para tratamientos de radioterapia para pacientes de Melilla.



## 2 Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro

### 2.1 Aspectos más destacados

Para INGESA del año 2008 cabe destacar, fundamentalmente, la ejecución de los Planes de Infraestructuras y Equipamiento de los Centros Sanitarios en Ceuta y Melilla.

En Ceuta se finalizaron prácticamente las obras de construcción del nuevo hospital del INGESA, que sustituirá al actual hospital de la Cruz Roja, acometiéndose el Plan de montaje y apertura que culminará en 2009.

Además, se amplió y remodeló el Centro de Salud de Otero, dando lugar al nuevo Centro Polifuncional de Otero, para albergar los equipos directivos territoriales y de atención primaria, además de Instalaciones para Fisioterapia-rehabilitación que hasta ahora eran concertadas.

Por último, se abrió en ésta ciudad un nuevo consultorio para médicos de familia y enfermería en el barrio fronterizo de Benzú, que evitará muchos desplazamientos.

A su vez, en Melilla, se inauguró el cuarto Centro de Salud donde se ubican el Equipo de Atención Primaria de la zona centro, un Centro de Transfusiones, y las Unidades de: Salud Mental, Atención a la Mujer, Salud Buco-Dental y Fisioterapia.

Así mismo, INGESA publicó el Plan Funcional del nuevo Hospital de Melilla, y se acometieron las acciones necesarias para comenzar la construcción del Complejo Sanitario de utilización conjunta civil y militar, que incluirá el nuevo hospital.

Por otro lado, desde el punto de vista más específicamente asistencial, cabe reseñar los siguientes aspectos:

- Obtención en Melilla del mayor Índice de donaciones de órganos de España, Europa y del mundo, con 57 donantes por millón de habitantes y año; cifra que supone casi el doble de la media española.
- Adaptación del módulo de prescripción de la aplicación informática de las Consultas de Atención Primaria para facilitar la prescripción por principio activo.
- Seguimiento de los Indicadores de Calidad de Prescripción a nivel de atención especializada, lo que ha supuesto un importantes incremento de la prescripción de medicamentos genéricos en este nivel asistencial.
- Incremento del 92,54% en la participación de los médicos de atención primaria en el programa de incentivos, de carácter voluntario e individual, ligado a indicadores de calidad de prescripción.
- En el ámbito de formación, se ha logrado la Acreditación de los Hospitales y Centros de Salud de INGESA para la docencia MIR de Médico de Familia.

### 2.2 Tendencias y perspectivas de futuro

La Tendencia de INGESA en la gestión de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla es integrar en sus líneas estratégicas los sistemas de mejora continua de la calidad de la gestión así como el compromiso de incluir en su actividad diaria las preocupaciones sociales, medioambientales y la interacción con los distintos agentes de interés en su actividad, tanto en dichas ciudades como fuera de ellas, para la consecución de los objetivos de protección, promoción, prevención y mejora de la Salud.

Respecto a Planes y Programas de Salud, las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla han ido implementando año tras año todas las Estrategias de Salud del Ministerio de Sanidad,

incluyendo los objetivos de dichas estrategias dentro de los propios de los Contratos de Gestión pactados entre el INGESA y las Direcciones Territoriales y las Gerencias de ambas Áreas Sanitarias. Entre estos programas, la Estrategia de Seguridad de los Pacientes es la que se ha desarrollado más ampliamente, mediante encomienda de gestión con el MSPS, con logros significativos.

Las perspectivas futuras de INGESA son pues, asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente, y por tanto de apoyo a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer la excelencia clínica.

Para esto, se destaca la mejora de infraestructuras y equipamiento que se está llevando a cabo tanto en Ceuta, como en Melilla.

En Ceuta durante 2008 se acometió la última fase de construcción del Nuevo Hospital, que incrementa en 40% el nº de camas, con alto porcentaje de individuales, unificando toda la asistencia especializada del área y mejora la hospitalización madre-padre/hijo, además de incorporar los últimos avances tecnológicos y de equipamiento.

Por otro lado, en 2009 comenzará la construcción del nuevo hospital de Melilla.

En el aspecto de gestión de servicios asistenciales los siguientes pasos son:

- Finalizar la digitalización de los datos almacenados en Historias en formato papel y abordar la unificación de la misma solución de Historia Clínica electrónica para todos los profesionales de Ceuta y Melilla.
- Continuar con la mejora en el uso racional del medicamento, siguiendo con la incentivación individual y voluntaria de la prescripción por principio activo y del uso de genéricos.
- Establecer en el nuevo Hospital de Ceuta la gestión por procesos, basado en el modelo de calidad EFQM.
- Continuar el desarrollo de Estrategias de Salud tomando como referencia las propias de la Agencia de Calidad del SNS del MSPS.
- Desarrollar las actuales aplicaciones de telemedicina.
- Ejecutar las políticas del MSPS para el desarrollo tecnológico en los Centros Sanitarios, en cuanto a tarjeta sanitaria, receta electrónica e historia clínica electrónica.
- Mejorar la Cartera de Servicios, siguiendo las recomendaciones del RD 1030/2006 del 15 de Septiembre, con el grado de desarrollo correspondiente a nuestras competencias y siguiendo los principios de efectividad, eficiencia y viabilidad de las prestaciones, y el impulso en la mejora de las mismas.
- Implementar, tanto en los Planes de Gestión de RR. HH. como en los Planes Asistenciales, medidas específicas para asegurar la igualdad entre mujeres y hombres.
- Continuar con las medidas encaminadas a la prevención, detección y prestación de asistencia a las víctimas de violencia de género, fundamentalmente a la ejercida sobre las mujeres.
- Seguir la colaboración con los centros educativos de Ceuta y Melilla para la educación para la Salud en la escuela de diversos programas: nutrición, ejercicio físico, drogas, etc.
- Seguir fomentando la participación de los ciudadanos en las políticas de salud.

## 3 Innovación

### 3.1 Guía de actuación para evacuación de pacientes de Melilla

#### Justificación de la normativa

Dada la situación geográfica del Hospital Comarcal de Melilla, gestionado por INGESA, desde su apertura existen unas normas para evacuaciones de pacientes de dicho hospital, que por lo general es al de referencia en la península. Sin embargo, el tiempo transcurrido y la experiencia acumulada desde entonces justificaba hacer una revisión de dichas normas, y establecer otras nuevas que regulasen algunas situaciones y mejorasen aspectos organizativos.

#### Población diana

La Guía va dirigida a todos los profesionales de los Centros Sanitarios de Melilla, y fundamentalmente afecta a facultativos de atención especializada de INGESA y facultativos de compañías aseguradoras. Los pacientes subsidiarios de la misma son tanto los exclusivamente pertenecientes a los Centros Sanitarios gestionados por INGESA, como los beneficiarios de Compañías Aseguradoras, Aseguradoras de Accidentes de Tráfico ó Asistencia Sanitaria a través del Hospital Militar o I.S.F.A.S., y los pacientes con carácter privado, que solicitan ellos mismos ó sus familiares, dicho traslado.

#### Característica de su Desarrollo

La Guía es un documento con normativa específica por tipo de procedencia del paciente e indicación clínica, distinguiendo los traslados con carácter urgente en cualquier horario, especificando actuaciones en turnos de tarde, noche, sábados y festivos. Se detallan circuitos escritos, y diagramas de flujos con la actuación de los distintos profesionales de los distintos Servicios/Unidades que están implicados. Incluye hojas/fichas que deban ser cumplimentadas con datos clínicos y administrativos que son: Hoja General de Propuesta para el Traslado (es la Hoja control de todo el circuito); Hoja de Propuesta de Asistencia en centro especializado que debe ser firmado por el médico que la hace; Hoja de informe del Departamento de Servicios Sanitarios; Hoja Propuesta de Canalización a Centros y Servicios Distintos de los de Referencia que incluye un ítem con la aceptación del centro de destino.

#### Aspectos de su implantación

Se presentó en formato pdf integrada en la Intranet del Área Sanitaria de Melilla; y firmado por la Dirección Gerencia de dicha área como normativa de obligado cumplimiento.

#### Indicadores

% de pacientes trasladados con Hoja General de Propuesta para el Traslado correctamente cumplimentada.

#### Repercusión en Salud y Calidad de vida

Lo más importantes es la mejora en la adecuación del tiempo necesario para el traslado, así como la optimización de los recursos disponibles de forma que puedan usarse los transportes ordinarios o extraordinarios, según la indicación clínica, y para más de un paciente si es necesario. Todo esto hace que se eviten errores de decisión que generen colapsos en el servicio ó retrasos graves en la asistencia, lo que indudablemente repercute en la salud y satisfacción de los ciudadanos de Melilla.

## 3.2 Sistema específico de identificación de paciente hospitalario con alto grado de riesgo para su seguridad

### Justificación, motivación del proyecto

Dentro de las actividades que vienen desarrollándose desde 2005 en la línea de identificación inequívoca de pacientes, se habían detectado por la Unidad funcional de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Clínicos (UFSPGR) de Ceuta unos grupos de pacientes de mayor riesgo, tanto por la no portabilidad de la pulsera, como para otros posibles efectos adversos. Por esto, el grupo de trabajo de seguridad de pacientes (SP) decidió identificar con pulseras de distinto color a los pacientes como medio de alerta para los profesionales, con el fin de intentar disminuir los efectos adversos en dicho grupo de pacientes.

### Población diana.

Pacientes con alguna de las siguientes características: mayores de 80 años, trastornos cognitivos, reducciones de movilidad, trastornos de nutrición (anorexia, bulimia, etc.), alérgicos (a medicamentos), oncológicos, pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, sometidos a diálisis y/o transfusiones.

### Características principales de su desarrollo

El grupo de trabajo de (SP) de la (UFSPGR), decide poner en marcha este sistema con pulseras de color llamativo, y para ello se adquieren **“pulseras de color naranja”** en el mes de mayo de 2008, para utilizar en vez de la pulsera estándar del hospital (blanca). Se decide realizar gradualmente la implantación de dicha pulsera, para su mejor seguimiento, comenzando por su colocación en pacientes alérgicos. Se comienza en Junio y se evalúan resultados en Diciembre.

### Implantación.

Se elabora un protocolo de implantación de pulseras con la Dirección de enfermería, siendo la primera fase la identificación del paciente alérgico al ingreso hospitalario, y ponerle la pulsera naranja en vez de la blanca habitual.

### Evaluación e Indicadores utilizados

Comienza la evaluación el 9 de Diciembre de 2008. Se comprueba personalmente, por enfermera/o del grupo de trabajo en seguridad y gestión de riesgos, la portabilidad de la pulsera en general, empezando por la planta baja y ascendiendo por cada unidad de hospitalización; incluyendo paritorios, UCI y neonatal. Se obtienen dos indicadores 1- % de pacientes que portan cualquier pulsera identificativa. 2- % Adecuación de uso de pulsera identificativa en alérgicos.

### Resultados.

El nivel global de portabilidad de pulsera fue 80,43%. Se detecta variabilidad entre las distintas unidades (con máximos en UCI y partos del 100%, y mínimos en una unidad de hospitalización con un 67,86%). El % de pacientes alérgicos correctamente identificados con pulsera naranja fueron 66,67%. Curiosamente, la planta con solo el 67,86% de pacientes con pulseras coincidía con el 100% de adecuación del uso de pulsera “naranja”. Se detectan problemas de uso en neonatología que podían dar lugar a errores importantes, por lo que se pone un plan de acción para mejorar esa sección específicamente. Se considera relevante el avance en la portabilidad de la pulsera en UCI, 100%, por la gran repercusión que tiene la falta de identificación en estos pacientes especialmente vulnerables.

## 3.3 Encuesta de Clima de Seguridad asistencial entre profesionales

### Justificación/Motivación

Conocer la opinión, conocimientos y acciones relacionados con la SP tras 3 años consecutivos de implantación en las áreas sanitarias dependientes del INGESA de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes para el SNS, del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS).

### Población Diana

Selección aleatoria de 100 profesionales del área sanitaria de Ceuta. La selección al azar se realizó mediante programa informático y se incluyeron tanto profesionales de atención primaria como de especializada. La mayoría comenzaron a trabajar en su servicio entre 1995 y 2007.

### Característica de su desarrollo e implantación

La UFSPGR de Ceuta realizó la selección tras decisión del grupo de trabajo sobre el valor de conocer la actitud de los profesionales frente a las diversas acciones de SP que se están desarrollando.

Se selecciona la versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research And Quality (AHRQ)). Esta adaptación es fruto del convenio establecido entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, y la Universidad de Murcia.

Esta encuesta recoge las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en los centros sanitarios, y se ha estimado que su cumplimentación puede requerir unos 10 minutos.

A los seleccionados se les envió en sobre cerrado dicha encuesta, con una nota de la forma y modo de cumplimentación. Las respuestas son anónimas y el encuestado puede no responder a alguna pregunta, siempre que no se refiera al trabajo que desempeña.

Las encuestas cumplimentadas se tenían el 10 de diciembre de 2008.

Los datos han sido tratados manteniendo la confidencialidad de los mismos y su seguridad, según la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

### Evaluación

Los datos se tratan mediante el paquete estadístico Statgraphics 5.1.

### Resultados

El índice de participación fue del 30%.

Las conclusiones más destacadas relacionadas con la SP fueron:

- Algunas de nuestras actividades están dirigidas expresamente a mejorar la SP (69% de acuerdo).
- Si los compañeros o supervisores se enteran de que has comentado algún error lo utilizan en tu contra (62% en desacuerdo).
- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas oportunas para evitar que ocurra de nuevo (65% de acuerdo).
- No ocurren más errores importantes por casualidad (40% en desacuerdo; 53% de acuerdo).

- Si alguna Sección de este Servicio tiene exceso de trabajo otros le ayudan (79% en desacuerdo).
- Cuando se notifica un incidente, están más interesados en encontrar un “culpable” que en conocer las “causas” (35% en desacuerdo; 23% de acuerdo).
- Las intervenciones destinadas a garantizar la SP se continúan de una evaluación para comprobar la mejora conseguida (53% de acuerdo).
- La SP nunca se ve comprometida para poder realizar más actividad (41% en desacuerdo; 30% de acuerdo).
- Mi superior inmediato pasa por alto los problemas de SP que se repiten una y otra vez (64% en desacuerdo).
- Como conclusión se califica el grado de seguridad asistencial del paciente con un 6,37 (de 0 a 10) y el 56% percibe que existe buen nivel de seguridad del paciente.
- La mayoría de los encuestados no han notificado ningún efecto adverso durante 2007. Sólo 3 (18,75%) de los 16 que han respondido a la pregunta han notificado algo.
- El 88,3% de los encuestados tienen contacto directo con los pacientes.





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

[www.mspes.es](http://www.mspes.es)