

Ceuta - Melilla



1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

La economía de Ceuta y Melilla presenta importantes peculiaridades. Se aprecia un mayor peso de la demanda interna por el superior porcentaje del consumo público y del consumo privado sobre el PIB respecto a la media nacional. El primero de ellos viene explicado por el elevado peso que tienen los servicios de no mercado vinculados al sector público, y el segundo por la actividad comercial vinculada a reexportaciones a Marruecos de bienes de consumo duradero y no duradero. Por otro lado, se observa una debilidad de la inversión privada debido al elevado peso que en la estructura productiva tienen los servicios.

A pesar de que Ceuta y Melilla representan una escasa proporción de la superficie total del territorio español, la densidad demográfica de ambas ciudades es sensiblemente más alta que la media española (en 2001, 3.763,4 hab./km² en Ceuta y 5.108,5 en Melilla frente a 80,7 hab./km² en España) por su condición de núcleos urbanos, no obstante, sigue siendo muy superior a la densidad demográfica media de las capitales de provincia española (cercana a los 2.300 hab./km²).

Otra de las claves de la población de Ceuta y Melilla es su marcado carácter multicultural e integrador, ligada a la peculiaridad de su ubicación espacial y de su proceso histórico, así como a la dinámica migratoria. En Ceuta y Melilla conviven desde hace siglos cuatro culturas: católica, musulmana, hebrea e hindú. La riqueza cultural que esto representa es una de las potencialidades importantes de ambas ciudades, aunque en la actualidad esa convivencia intercultural está limitada por problemas de segregación espacial y marginación social. Este conglomerado étnico/cultural se fundamenta en redes comunitarias de solidaridad recíproca internas con fuertes sentimientos de identidad cultural y arraigo.

Oficialmente un 30% de la población de Ceuta y Melilla es de origen musulmán. Pero teniendo en cuenta la población flotante, su número puede ser muy superior. Es este el colectivo donde se detectan las bolsas de marginación social más graves y sufre importantes carencias de origen socio-cultural, en el ámbito laboral, educativo y sanitario, además de concentrarse en los barrios y viviendas más deteriorados.

La población de derecho en la Ciudad de Ceuta a 1-1-2005 es de 75.276 habitantes (RD 1358/2005 de 18 de noviembre). A 30-11-2005 se contabilizan 66.352 tarjetas sanitarias, de las que 14.264 tienen derecho a farmacia gratuita.

La población de derecho en la Ciudad de Melilla a 1-1-2005 es de 65.488 habitantes (RD 1358/2005) de 18 de noviembre). A 30-11-2005 se contabilizan 55.372 tarjetas sanitarias, de las que 12.785 tienen derecho a farmacia gratuita.

Sin embargo, la población real con derecho a asistencia es muy superior, duplicando las cifras anteriores en ambas Ciudades Autónomas, debido a la aplicación del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Dicho artículo referido específicamente a la asistencia sanitaria unido a las profundas diferencias socioeconómicas y específicamente de cobertura sanitaria de la población de Marruecos, genera una alta demanda, fundamentalmente en urgencias, en relación a la capacidad de oferta de nuestros servicios sanitarios.

2. Desarrollo normativo e institucional

Además de la normativa que se refiere al normal desarrollo de los servicios que gestiona y de la específica que afecta a la elaboración presupuestaria, la normativa relevante de aplicación a este Instituto se describe en la tabla, no habiendo más a destacar en este apartado.

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

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Resolución de la Secretaría General de Sanidad.	5 de mayo 2005	Da publicidad al Convenio de Colaboración para la actuación coordinada en Cuidados Paliativos.	El Convenio fue suscrito el 12 de abril de 2005 y se refiere a la colaboración para la actuación coordinada en cuidados paliativos entre el IN-GESEA, la Ciudad de Melilla y la Asociación Española contra el Cáncer.
Ley 30 de Presupuestos Generales del Estado	29 de diciembre de 2005	Establece normativa general de aplicación presupuestaria para el Estado Español y criterios de política económica general.	En la Disposición Adicional Septuagésima Octava se establece que el INGESEA podrá actualizar y adaptar la regulación de ayudas por desplazamientos y dietas de estancia a los beneficiarios de asistencia sanitaria.

3. Planificación y Programas Sanitarios

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dedica su capítulo VII a los Planes Integrales de Salud, entendidos como actuaciones globales sobre las enfermedades más prevalentes que deban abordarse desde el Sistema Nacional de Salud y para realizarlos se apuntó el método de consensuar objetivos de salud e indicadores comunes para todas las Comunidades Autónomas, partiendo de un reconocimiento previo de la situación de salud de cada una de ellas. A partir de ahí, cada Autonomía debería decidir qué acciones considera oportunas para alcanzarlos.

En el caso de Ceuta y Melilla, al no tener transferidas las competencias en materia de sanidad, se asumen desde el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) los objetivos y actuaciones que se recomiendan en los planes integrales del Sistema Nacional de Salud, que se van aprobando. INGESA transmite a los centros sanitarios y profesionales encargados de implementar las acciones necesarias para conseguirlos, incorporando a los contratos de gestión de las áreas sanitarias únicas, y de las Direcciones Territoriales, los objetivos prioritarios de salud para nuestra particular situación socio-sanitaria. Todo esto se realiza mediante dos acciones fundamentales:

1. **Programas especiales** con objetivos, indicadores, plazos de ejecución, evaluación y asignación de recursos, para su implantación y para incentivos a los profesionales.
2. **Cartera de servicios** en atención primaria y atención especializada que recogen objetivos asistenciales que emanan de los planes integrales.

A partir del Contrato de Gestión del 2005, los **programas para desarrollo de los planes del Sistema Nacional de Salud** se planifican a tres años, con evaluaciones semestrales. Entre otros destacan.:

- Programa de atención a procesos oncológicos.
- Programa de atención a enfermedades cardiovasculares.
- Programa de atención a mayores frágiles y dependientes.
- Programa de atención a enfermedades infecciosas priorizando tuberculosis.
- Planes de atención buco-dental.

Algunos de estos programas han comenzado en años previos y ya existen resultados.

Desarrollo de programas

Carcinoma de Cervix

La Cartera de Servicios de Atención Primaria oferta el programa de «Detección precoz del Cáncer de Cérnix» a las mujeres de 35 a 64 años.

Los profesionales de Atención Primaria captan a mujeres sexualmente activas de 35 a 64 años y aquellas menores de 35 años con factores de riesgo y se les realiza toma para el estudio citológico.

Inicialmente en los dos primeros años, desde la captación, se realiza el estudio con periodicidad anual y, posteriormente, si son normales cada 5 años.

A las mujeres mayores de 65 años, sin citologías en los últimos 5 años, se les ofrecerá la realización de 2 citologías con periodicidad anual, y si son normales no se proponen más intervenciones.

La cobertura alcanzada en todo el ámbito del INGESA, ha sido en el año 2005, del 79,8% de la población diana. Resultado muy favorable, teniendo en cuenta las numerosas dificultades que se encuentran los profesionales ante una gran proporción de mujeres de nuestras áreas para realizar las exploraciones y otros procedimientos diagnósticos debido a sus condicionantes culturales y religiosos.

Carcinoma de Mama

Desde el año 1993 existe un programa para el diagnóstico precoz del Cáncer de Mama, mediante la captación activa de la población susceptible de ser incluida en este servicio, actualmente son las mujeres de 45 años a 65 años.

Se llevan a cabo, con la colaboración de la Ciudad Autónoma, programas específicos, al objeto de la captación y realización de las mamografías bianuales a todas las mujeres comprendidas entre los 45 y los 65 años.

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Durante el 2005 se han realizado las siguientes actividades novedosas respecto al 2004:

1. La Dirección Territorial del INGESA en Melilla junto con la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) en dicha ciudad, han puesto en marcha un programa de actuación conjunta para la promoción de una alimentación saludable y el fomento de la actividad física en escolares. Como parte de dicho programa se realizaron jornadas divulgativas dentro de la comunidad escolar, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia NAOS del MSYC, con reparto a padres, alumnos y profesores de los folletos editados por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria del MSYC «LA ALIMENTACIÓN DE TUS NIÑOS».
2. En octubre del 2005 el INGESA publicó los resultados de un Estudio clínico-epidemiológico que se realizó en la población de Ceuta con el objetivo de conocer los factores de riesgo cardiovascular, especialmente los niveles de lípidos y apolipoproteínas, de una población masculina en edad laboral, residente en dicha ciudad donde se estudió la distribución de dichos factores de riesgo entre los grupos culturales predominantes (cristianos y musulmanes). También se hizo un Estudio Nutricional en el que se analizó la relación existente entre los niveles lipídicos y la composición de la dieta. Se concluyó que la población musulmana presenta mejores perfiles lipídicos, cifras más bajas de hipertensión arterial y de hábito tabáquico.
3. Tanto en Ceuta como en Melilla se han realizado diversas actividades dentro del programa de deshabituación tabáquica, específicamente el registro informático dentro de la historia clínica de Atención Primaria, y la formación específica a profesionales. Además se han elaborado en Melilla dípticos y diverso material alegórica a la campaña que ha sido repartidos fundamentalmente entre el personal sa-

nitario, dentro de su programa de Reducción de Tabaquismo. En Ceuta hubo una semana dedicada a la lucha antitabáquica, con gran número de actividades de sensibilización para jóvenes y niños. En ambas Ciudades Autónomas se instauró una semana antitabaco con difusión en prensa, televisión local, charlas en centro sanitarios y escolares, etc.

Además se asumen los **programas especiales de las Políticas de Cohesión y Estrategias de Salud**, que para **2005** son: «Política de Prevención del tabaquismo y promoción de estilos sin tabaco», «Seguridad para pacientes y profesionales», «Prevención de la diabetes» y «Sistemas de Información Sanitaria».

Por último, y de forma específica, teniendo en cuenta nuestras especiales características, hemos elaborado e implantado, en ambas áreas sanitarias, un Programa para el Uso Racional del Medicamento, y existe una Comisión de Seguimiento mensual de la Incapacidad Temporal entre los trabajadores del sistema. Ambos programas están consiguiendo mejorar nuestros resultados con respecto a los obtenidos en años anteriores en dichas áreas.

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

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	NO		Al no haberse transferido las competencias en sanidad, no existen planes propios de salud, sino que se realizan programas locales siguiendo los objetivos de los planes integrales de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Cáncer de mama	Sí		Existen programas de colaboración entre INGESA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla para prevención y control de cáncer de mama.
Cáncer de cervix	Sí		Dentro del programa hay informe personalizado del resultado del despistaje cuando es normal; hay un sistema de alarma, de aquellos resultados de exploraciones complementarias solicitados en 1.ª consulta que requiere la inmediata intervención asistencial.
Enfermedades cardiovasculares	Sí	1. 20 de octubre 2005 2. octubre de 2005	1. Programa de actuación conjunta de la Dirección Provincial del MEC en Melilla con la Dirección Territorial del INGESA en Melilla para la promoción de una alimentación saludable y el fomento de la actividad física en escolares. 2. Estudio epidemiológico poblacional en 2005 en Ceuta: prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población bicultural (musulmana y cristiana).
Salud mental	Sí		Las inclusiones de pacientes en Hospital de Día dependiente de Atención Especializada o la derivación a las Unidades de Salud Mental en Atención Primaria, están protocolizadas en una Guía práctica del Servicio.
Violencia de género	Sí		Unidad de apoyo a la mujer.
	Sí		Acciones preventivas.
	Sí		Protocolo de actuación sanitaria.

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

4. Farmacia

Durante el año 2005, en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se han implantado diversas líneas de actuación en materia de análisis de la prescripción farmacéutica, que abarcan tanto el análisis del consumo desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, para detectar posibles desviaciones en el gasto farmacéutico, desviaciones en el consumo de determinados subgrupos o en el uso inadecuado de medicamentos. Por otra parte, se han realizado periódicamente a lo largo de todo el ejercicio, medidas de inspección y control de las recetas prescritas, lo que ha permitido llevar a cabo el control del acceso adecuado a la prestación.

El análisis de la prestación desde el punto de vista de la facturación de las recetas efectuada por los colegios, ha permitido establecer una línea de control importante sobre determinados aspectos hasta ahora no considerados. Se han mantenido reuniones periódicas con los Colegios de Farmacéuticos, recabando de estos tanto la colaboración, como el acuerdo para determinados aspectos hasta ahora no regulados (acuerdo de financiación de Productos Dietoterápicos), lo que ha permitido atajar algunas de las situaciones que precisaban medidas de control como la disminución del porcentaje de recetas facturas mensualmente no financiables por INGESA, entre otras.

El seguimiento del Programa de Uso Racional del Medicamento, a través del pacto de objetivos en el contrato de gestión, ha supuesto no sólo mayor implicación de los directivos y de los responsables del seguimiento y control de la prestación, sino también de los propios médicos prescriptores. Durante el año 2005, ha sido prioritario mejorar el volumen de prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG), para ello, se ha pactado objetivo no sólo en Atención Primaria, sino también y por vez primera, un objetivo general para todos los especialistas que prescriben recetas en Consultas Externas. Es destacable el esfuerzo realizado para favorecer la implicación de los profesionales en el uso racional del medicamento en el ámbito de la Atención Especializada, fruto de lo cual ha sido el importante incremento en el n.º de envases prescritos de EFG en este ámbito con respecto al año anterior (55,05%)

Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

	Datos 2005		Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	1.775.242	
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	11,74%	El porcentaje de envases de Especialidades Farmacéuticas Genéricas ha sido durante el año 2005 de 12,18%.
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	21.659.627,38 €	Es el gasto previo a efectuar el descuento correspondiente a los márgenes de las farmacias.
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	5,95%	Calculado con el importe facturado en E.F.G. (importe PVP-aportación)/gasto farmacéutico total previo al descuento de los márgenes de las farmacias.
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (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)	En el total de recetas dispensadas	1.º A02BC 2.º N05BE 3.º N05BA	1.º Inhibidores de la bomba de protones: 5,47% sobre total de especialidades. 2.º Anilidas (analgésicos): 5,11% sobre total especialidades. 3.º Derivados de la Benzodiazepina (ansiolíticos): 4,37% sobre total de especialidades.
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	1.º A02BC 2.º R05CB 3.º C09AA	1.º Inhibidores de la bomba de protones: 20,75% sobre el total de E.F.G. 2.º Mucolíticos: 9,28% sobre total de EFG. 3.º Inhibidores de la ECA: 7,07% sobre total de EFG.

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

Los recursos humanos de que disponen los Centros Sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla son deficitarios para atender debidamente las necesidades de su población y de la que constantemente llega del vecino país atraída por un nivel de asistencia muy superior. Esto supone un mayor grado de exigencia y un esfuerzo adicional a los profesionales de la sanidad.

Para paliar en parte esta situación se ha previsto un incremento neto de las plantillas en su conjunto de un 10% durante los años 2006-2008, a razón de un 4% en 2006; 3% en 2007; y 3% en 2008. Se finalizará este periodo habiéndose incrementado las plantillas en 157 nuevos puestos de trabajo.

Por otra parte hay que señalar que la plantilla real en ambas ciudades adolece del mismo defecto estructural: son plantillas en las que el porcentaje de temporalidad (interinos, eventuales y sustitutos) es excesivamente alto. Entre las prioridades de la política de recursos humanos de este Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se encuentra la de buscar una solución urgente a esta situación, una vez concluido el proceso extraordinario de consolidación de empleo iniciado por la Ley 16/2001, de 21 de noviembre por la que se establece ese proceso en todas las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

La solución pasa por mantener una periodicidad en los procesos de oferta de empleo público. En la actualidad se está gestionando la ejecución, durante el presente año de 2006, de una oferta de empleo (consolidación) para aquellos profesionales que mantienen de forma continuada su interinidad con anterioridad al 2 de diciembre de 1998 (R.D. 96/2006, de 3 de febrero por el que aprueba la oferta de empleo público para el año 2006). Además existe el compromiso de hacer pública una nueva oferta de empleo en el año 2007.

Un tema que aún no se ha tratado y que permanentemente es reivindicado por las Organizaciones Sindicales es el establecimiento de la jornada de 35 horas semanales. La regulación de la jornada de trabajo sigue siendo la recogida en el Acuerdo de 22 de febrero de 1992. Una posible implantación de esa nueva jornada exigiría, como es obvio, un incremento adicional de plantilla.

Dentro del esfuerzo que se viene realizando para mejorar la situación de los profesionales y hacer más atractiva su permanencia en estas dos Ciudades, cabe señalar la negociación y firma de un Acuerdo sobre determinadas mejoras retributivas de personal. Entre esas mejoras se modificó el valor de la tarjeta individual sanitaria, el valor de las zonas básicas, el valor de la hora de guardia de presencia física, y la atención continuada modalidades A y B, y el complemento de turnicidad.

Se ha implantado un nuevo sistema de incentivación para personal facultativo, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario de Atención Especializada. Asimismo un nuevo sistema de incentivación en Atención Primaria y un sistema de incentivación en Atención Primaria ligado a la prestación farmacéutica.

En la actualidad, y como máxima prioridad, se está negociando la carrera y el desarrollo profesional de todo el personal que presta sus servicios en los Centros Sanitarios

del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. El modelo tiene mucha semejanza con los establecidos en las diferentes Comunidades Autónomas. La pretensión es que puede quedar implantada en el 2007 para el personal sanitario licenciado y diplomado. En ese mismo año se daría una cantidad a cuenta para el resto del personal y se implantaría el desarrollo profesional a lo largo de 2008.

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

Organización de la formación continuada	Sí/ho	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Edad				Observaciones
					Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	
Institución u Organismo específico									
Otro Sistema (especificar)									
Número de Profesionales en Atención Primaria									
Medicina familiar y comunitaria	23	10	0	25	8				
Pediatría	5	6	0	10	1				
Enfermería	12	43	0	51	3			DUE y aux.enfermería.	
Farmacia	1	0	1	1	0				
Psicología Clínica	0	3	0	3	0			Sólo 1 psicólogo clínico.	
Otros profesionales sanitarios	16	8	0	20	4			Médicos emergencia, médicos SUAP, odontostomatólogos, fisioterapeutas, higienistas dentales y matronas.	
Otros profesionales no sanitarios	19	36	0	47	8			Función administrativa, celadores, limpiadora y trabajadores sociales.	
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria	100%								
Número de Profesionales en Atención Especializada									
Medicina	61	22		65	18				
Enfermería	37	136	3	151	19				
Auxiliar de enfermería	8	93		83	18				
Farmacia		1			1				
Otro personal sanitario	7	26	1	28	4				
Personal no sanitario vinculado	94	89		144	39				

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

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Número de profesionales por especialidades médicas (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología						
Análisis clínicos	2	2		4		
Anatomía patológica	2			2		
Anestesiología y reanimación	3			1	2	
Angiología y cirugía vascular						
Aparato digestivo	2			2		
Bioquímica clínica						
Cardiología	2			1	1	
Cirugía cardiovascular						
Cirugía general y del aparato digestivo	4			2	2	
Cirugía maxilofacial						
Cirugía pediátrica						
Cirugía torácica						
Cirugía plástica y reparadora						
Dermatología médico-quirúrgica y venerología	1			1		
Endocrinología y nutrición		1		1		
Estomatología						
Farmacología clínica						
Geriatría						
Hematología y hemoterapia	1	1		2		
Hidrología						
Inmunología						
Medicina del trabajo	1			1		

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

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	2	2		4		
Medicina interna	5	1		4	2	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear						
Medicina preventiva y salud pública						
Microbiología y parasitología	1			1		
Nefrología	1			1		
Neumología	2			2		
Neurocirugía						
Neurofisiología clínica						
Neurología	1			1		
Obstetricia y ginecología	2	3		4	1	
Oftalmología	2	2		4		
Oncología médica						
Oncología radioterapia						
Otorrinolaringología	1	2		2	1	
Psiquiatría	1	1		2		
Radiodiagnóstico	2	2		4		
Rehabilitación						
Reumatología	1	1		2		
Traumatología y cirugía ortopédica	5		1	4		
Urología	3		1	2		
Pediatría	2		1	1		
Medicina de urgencias	12	3		13	2	Incluidos los médicos jerarquizados de Med. geral.
Admisión y archivo historias clínicas		1		1		

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

	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)		
Organización de la formación continuada						
		Institución u Organismo específico				
		Otro Sistema (especificar)				
Edad						
	Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	>50 años	Observaciones
Número de Profesionales en Atención Primaria						
Medicina familiar y comunitaria	30	16		35	11	Incluido Director Médico.
Pediatría	3	8		7	4	
Enfermería	10	41		41	10	Incluido Director Enfermería.
Farmacia	1			1		
Psicología Clínica	1			1		
Otros profesionales sanitarios	3	12		9	6	
Otros profesionales no sanitarios	26	33	1	47	11	Incluida Psicóloga.
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria	100%					
Número de Profesionales en Atención Especializada						
Medicina	58	16		55	19	
Enfermería	19	154	7	155	11	ATS/DUE - Matronas - Fisioterapeutas.
Auxiliar de enfermería	8	107	4	85	26	
Farmacia	2			1	1	
Otro personal sanitario	4	18	2	18	2	Técnicos Especialistas.
Personal no sanitario vinculado	65	95	4	127	29	Todo el Personal No Sanitario propio.

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

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Número de profesionales por especialidades médicas (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología						
Análisis clínicos	2	1		1	2	
Anatomía patológica	1	1		1	1	
Anestesiología y reanimación	3	1		2	2	
Angiología y cirugía vascular						
Aparato digestivo	1			1		
Bioquímica clínica						
Cardiología	2			1	1	
Cirugía cardiovascular						
Cirugía general y del aparato digestivo	4			3	1	
Cirugía maxilofacial						
Cirugía pediátrica						
Cirugía torácica						
Cirugía plástica y reparadora						
Dermatología médico-quirúrgica y venerología	1			1		
Endocrinología y nutrición	1			1		
Estomatología						
Farmacología clínica						
Geriatría						
Hematología y hemoterapia		3		3		
Hidrología						
Inmunología						
Medicina del trabajo	1			1		

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

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	4	1		4	1	
Medicina interna	4			3	1	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear						
Medicina preventiva y salud pública						
Microbiología y parasitología		1		1		
Nefrología	2			2		
Neumología	1			1		
Neurocirugía	1				1	
Neurofisiología clínica						
Neurología	2			2		
Obstetricia y ginecología	4	3		6	1	
Oftalmología	1				1	
Oncología médica						
Oncología radioterapia						
Otorrinolaringología	2			1	1	
Psiquiatría	1	1		1	1	
Radiodiagnóstico	2			2		
Rehabilitación	1					
Reumatología	1			1		
Traumatología y cirugía ortopédica	2			2		
Urología	2			2	1	
Pediatría	3	1		2		
Urgencia hospitalaria	9	3		12	2	

6. Investigación

No existen convocatorias financiadas por el Gobierno de Ceuta y Melilla en temas relacionados con investigación biomédica, ya que no están transferidas las competencias sanitarias.

Existe un convenio de colaboración, firmado en diciembre de 2003 y con vigencia de cinco años, del Hospital Comarcal de Melilla y del Hospital Cruz Roja de Ceuta, ambos del INGESA, con el Instituto de Salud Carlos III. Es de naturaleza administrativa y tiene como finalidad la creación de Unidades de Medicina Tropical en cada hospital, asociadas al citado Instituto, para favorecer la investigación, tratamiento y seguimiento de la patología tropical en dichos hospitales y contribuir a un mejor conocimiento de la patología infecciosa ligada a la movilidad internacional en España (patología de la inmigración y patología del viajero).

La introducción de la práctica sanitaria basada en la evidencia científica, se está favoreciendo mediante el establecimiento de ese objetivo general en contratos de gestión de las áreas sanitarias, usando como mecanismos el marcar dentro de la cartera de servicios la gestión por procesos basados en guías clínicas, y con vías clínicas como herramientas de base, así como financiar programas de formación para todos los profesionales, dirigidos a mejorar los conocimientos en calidad de la gestión y medicina basada en la evidencia.

Por último, se liga la incentivación de los profesionales al cumplimiento de objetivos relacionados con práctica sanitaria basada en la evidencia científica, fijando indicadores al respecto en el Contrato de Gestión.

Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	NO			
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	NO			
<hr/>				
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	NO			
Proyectos de Investigación financiados por FIS	NO			Convenio entre los Hospitales Cruz Roja de Ceuta y Comarca de Melilla con el Instituto de Salud Carlos III, para investigación, diagnóstico y control de enfermedades tropicales.
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	NO			
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	NO			
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	NO			

7. Sistemas de Información Sanitaria

En Atención Especializada, la información obtenida por los Hospitales de Ceuta y Melilla según establece la Circular 3/01 de Sistemas de Información de la Red de Hospitales del INSALUD, se envía a INGESA donde los datos son validados, explotados y tabulados para permitir disponer, entre sus diferentes opciones de los siguientes productos de información: Seguimiento de la actividad asistencial hospitalaria, Explotación del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD), Lista de Espera Quirúrgica y Lista de Espera de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas.

Además INGESA elabora un Cuadro de Mandos Asistencial de información mensual, en el que confluye información asistencial, de calidad y económico-financiera.

Por otro lado el sistema de información de consumo farmacéutico, DIGITALIS, ha permitido mejorar la gestión y el control de la prestación farmacéutica, optimizando los siguientes aspectos:

- La asignación, seguimiento y control presupuestario.
- Control del uso indebido de los recursos.
- Las actuaciones de inspección.
- Validación económica de las facturas y calidad de grabación de las recetas.
- Mejorar y ampliar la información de consumo.

En el 2005 se ha trabajado en la adaptación de nuestros programas informáticos y bases de datos, para el seguimiento por los Hospitales del INGESA, al Real Decreto 605/2003 que establece las medidas de tratamiento homogéneo de la información sobre Lista de Espera, del Sistema Nacional 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				
Encuestas de Salud (CC.AA.)	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en >16 años	Porcentaje hombres Porcentaje mujeres	Observaciones
	NO				

8. Calidad

Evolución histórica de la calidad y la igualdad en políticas y servicios de salud

La Publicación del «Plan de Calidad Total de INSALUD» en marzo del 2000 concretó las prioridades institucionales en líneas estratégicas que debían seguir todos los centros de la organización; desde ese momento y hasta la asunción de la gestión de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla por el INGESA, esos objetivos de calidad eran los que se pactaban en los Contratos de Gestión de los hospitales. Durante 2002 y 2003 las políticas de calidad fueron en cierto modo continuistas de lo que tenía el INSALUD, con seguimiento distinto entre Ceuta y Melilla.

Durante el 2004 se producen dos hechos significativos en este aspecto:

1. La Creación de las Áreas Sanitarias Únicas tanto en Ceuta como en Melilla.
2. La Presentación de un documento en junio de 2004 de «Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios del INGESA en Ceuta» por la Gerencia del Área Sanitaria. Asimismo, en Melilla se analiza la situación de la calidad en los 3 años precedentes y se presenta un documento que recoge «Las Líneas Estratégicas» que deben seguir los programas de calidad.

Los Planes de Calidad concretan objetivos, indicadores y estándares dentro del marco de que el ciudadano es el eje central del sistema, y establece responsabilidades sobre el papel de los distintos componentes del mismo para conseguir el nivel de calidad perseguido. Por último establecen líneas estratégicas específicas para Ceuta y Melilla respecto a las prioridades respectivas en materia de calidad de la asistencia sanitaria.

En 2005 se establecen los programas y objetivos de mejora de la calidad para tres años, con evaluación semestral mediante informes escritos de los Gerentes de las Áreas Únicas a los Servicios Centrales del INGESA. Se asignan incentivos mediante pactos de productividad variable dentro del Contrato de Gestión, por la consecución de los objetivos de calidad, y según el nivel alcanzado respecto a los estándares fijados por INGESA en dicho Contrato.

Para mejorar la calidad científico-técnica se priorizan los procesos más frecuentes para elaborar vías clínicas, teniendo como referente guías clínicas de reconocida solvencia así como el uso de Guías y Protocolos de Sociedades Científicas para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y utilización de alta tecnología.

Para mejorar la calidad de la prescripción se establece un programa específico de «Uso Racional del Medicamento» que incluye convenios de seguimiento con representación de los profesionales de ambos niveles asistenciales, y equipo directivo; en dicho programa existen objetivos e indicadores de la calidad de la prescripción, así como protocolos de actuación adaptados a las necesidades de sendas áreas sanitarias únicas.

En 2005 se impartieron cursos sobre metodología y cultura de calidad.

Además, se fomentó la divulgación de experiencias de calidad, con jornadas, y participación en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), llevando Melilla dos comunicaciones.

Descripción del plan vigente

El plan vigente es el mismo para las dos Áreas Únicas que gestiona INGESA. Es un Plan Trienal (2005-06-07) con evaluación anual de objetivos y medidas de mejora si proceden.

El plan actual incorpora pautas de planificación estratégica y se implementan las bases fundamentales del modelo Europeo de Calidad (EFQM), con el objeto de completar, en ejercicios sucesivos, un programa global que incorpore esta metodología de Calidad.

La mejora de la calidad de la asistencia es un compromiso que el INGESA hace constar en los **Contratos de Gestión de la Áreas Sanitarias Únicas**. El Gerente del Área Única tiene el compromiso, por Contrato de Gestión, de presentar anualmente en el Consejo de Gestión del Área un informe con las actuaciones y evaluaciones llevadas a cabo en materia de calidad. A finales del 2004 se introdujeron en los Contratos de Gestión de las Áreas Únicas de Ceuta y Melilla, los objetivos de Seguridad de las actuaciones sanitarias, al objeto de implementarlos en 2005.

El Plan de Calidad recoge indicadores referentes al Plan de Seguridad de los pacientes de acuerdo a la Estrategia Ministerial. Así mismo se incluyen los indicadores que evalúan la eficiencia de la prescripción farmacéutica y las estrategias del Ministerio de Sanidad y Consumo para prevención y control de enfermedades crónica: oncológicas, cardiovasculares (atención especial a Cardiopatía Isquémica), Tabaquismo, Diabetes y enfermedades infecciosas, sobre todo tuberculosis con un plan específico tanto en Ceuta como en Melilla.

Seguridad de los pacientes: Se incorporan en el apartado específico de contrato de Gestión 2005 y en el 2006: Objetivos de Seguridad de las actuaciones sanitarias son los siguientes:

1. Disminución de la infección nosocomial
2. Disminución de los efectos adversos ligados a la medicación
3. Mejorar la identificación de los pacientes en el Hospital y disminuir los sucesos adversos en la asistencia hospitalaria.

Dentro de ellos se recogen a su vez objetivos e indicadores específicos que son:

1. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo. Tasa de prevalencia de infección nosocomial, prevalencia de IHQ, prevalencia de I.T.U en pacientes sondados, incidencia acumulada de infección de herida en procedimientos quirúrgicos según riesgo; densidad de incidencia de Infección Respiratoria asociada a ventilación mecánica, diseño y/o revisión del «Protocolo de lavado de manos» para todos los profesionales incluyendo la solución hidroalcohólica en el mismo; incidencia de TBC nosocomial; seroconversión de mantoux en profesionales del hospital.
2. Evaluar el riesgo del potasio IV, notificar incidentes y efectos adversos en medicación e implantar medidas de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por los medicamentos.
3. Identificación mediante pulsera a todo paciente que ingresa en hospitalización. Pulsera identificativa de madre y recién nacido; señalar el sitio de cirugía.
4. Guía de valoración de traumatismos en urgencias; escritura legible en toda la documentación clínica; estudio de incidencia de caídas de pacientes hospitalizados.

Además el Hospital de Ceuta participó en el ENEAS en 2005.

Se formaron profesionales tanto de Ceuta como de Melilla en jornadas de Madrid de Seguridad de Pacientes.

En el Contrato de Gestión se han incluido indicadores de calidad de lista de espera, así como también indicadores de actividad asistencial, demoras etc., entre todos los siguientes están:

1. La adhesión a la Guía de gestión para la lista de espera: Documentación normalizada al paciente sobre la inclusión en LEQ.
2. Guías para inclusión en Lista de Espera Quirúrgica de las sociedades científicas y el INSALUD.
3. Guía de Gestión de Consultas Externas de Atención Especializada.
4. Protocolos de uso de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

Encuesta de satisfacción de usuarios: Esta pactado su realización en Contrato de Gestión. La calidad percibida por los usuarios en recogida a través de la encuesta de satisfacción, que orienta a cada Gerencia en la adopción de líneas de mejora dirigidas a satisfacer las expectativas de dichos usuarios.

Las Gerencias tienen un compromiso de alcanzar el 85% en el Índice Sintético de satisfacción de los usuarios, en Atención Primaria.

Las reclamaciones planteadas por los usuarios son contestadas en un plazo inferior a 30 días, de forma personalizada, y son utilizadas como fuente de información para la mejora continua de los servicios.

Describir las lecciones aprendidas y una experiencia de éxito a destacar

La principal lección es la necesidad de adecuar los plazos a cada objetivo para poder trabajarlos con rigor, y conseguir un mejor nivel de cumplimiento y la necesidad de que los objetivos e indicadores de calidad estén integrados dentro de todas las actividades del Contrato de Gestión, tanto en los pactos de Gestión Clínica como en los Clínicos Asistenciales; y tanto para profesionales y servicios sanitarios como no sanitarios.

Para eso se estableció un Plan Trienal de Calidad (2005-2007), con evaluación anual de grado de consecución de los distintos objetivos valorando la evolución de los resultados de los indicadores respecto al estándar que se establece, que en unos casos se puede alcanzar en 3 años y en otros en 6 meses.

Seguimos pues, una línea de integración de toda la actividad que se establece en un «Plan de Calidad de la Gestión de la Asistencia Sanitaria» en Ceuta y Melilla, y siendo el Contrato de Gestión un compromiso entre INGESA y las máximas autoridades sanitarias de Ceuta o Melilla sobre las circunstancias en que se van a prestar los servicios, establece también compromisos y objetivos de calidad de las Dirección Territorial relacionados y coordinados con los que constan en el Contrato de Gestión del Área Sanitaria Única.

Por todo esto, como experiencia podemos destacar la creación de múltiples grupos de trabajo implicados en la mejora de la calidad asistencial relacionados con los distintos objetivos del Contrato de Gestión del Área Única. Muchos de estos grupos están formados por profesionales de ambos niveles asistenciales lo que ha mejorado la continuidad asistencial entre niveles en ambas Áreas Sanitarias Únicas.

Eso se ha visto sobre todo en la disminución de urgencias hospitalarias, debido fundamentalmente a que las derivaciones desde Atención Primaria han ido disminuyendo, hasta llegar a una capacidad resolutoria por la propia Atención Primaria de Melilla del 98,7% en el 2005. Así mismo, en Urgencias Hospitalarias de Ceuta la tasa de retorno a urgencias a las 72 h. ha disminuido con respecto a años anteriores, concluyendo que el estudio y diagnóstico de los pacientes que llegan a urgencias ha mejorado.

Respecto a la actividad hospitalaria la acción de mejora más relevante se relaciona con el establecimiento en 2004 del Sistema Informático «Gacela» que ha mejorado el registro de las actividades de enfermería lo que ha repercutido en la mejor evolución del cumplimiento de los protocolos de dicha división, pasando del 75% en 2004 a 100% en 2005, en el protocolo de cuidados de enfermería a las pacientes en el «parto sin dolor»; 100% en cuidados de enfermería a paciente quirúrgico. El informe de alta de enfermería ha sido la mejora más evidente con «el Gacela», cumpliendo con todos los requisitos de calidad preestablecidos, entre ellos las recomendaciones de enfermería al alta.

Un punto fuerte también en la continua disminución de la infección nosocomial sobre todo en Ceuta alcanzando una prevalencia de 1,16% en 2005, la más baja en 10 años.

Por último, consideramos que probablemente la experiencia de mayor trascendencia en la puesta en marcha en el Hospital de Ceuta de un Sistema de Recogida y Registro de Efectos Adversos de medicamentos, habiéndose implantando un sistema estandarizado de notificación de errores de medicación.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

Según el Real decreto 1358/2005, de 18 de noviembre, las cifras oficiales de población de las Ciudades de Ceuta y Melilla son 75.276 y 65.488 respectivamente. Son las resultantes de la revisión del padrón y corresponden a fecha de 1 de enero de 2005. En el caso de Ceuta se observa un ligero aumento con respecto a las cifras oficiales a 1 de enero de 2004, mientras que en Melilla se produce una apreciable disminución. No obstante, la población de derecho entre 1981 y 2001, según los censos respectivos, aumentó un 9,56% en Ceuta y un 23,92% en Melilla. Si observamos las pirámides de población de ambas ciudades y las comparamos con la de España, en los dos casos vemos que tienen una base más ancha y un vértice más apuntado, reflejo de la mayor juventud de su población. Asimismo, y según se refiere en el Anuario Estadístico de España 2005 que recoge datos del censo de 2001, el porcentaje de personas nacidas en el extranjero es del 9,7% en Ceuta y del 19,9% en Melilla, en ambos casos por encima de la media nacional del 5,3%. Una reseñable particularidad de ambas ciudades es la existencia de importantes comunidades musulmana, hebrea e hindú. En cuanto a los hogares familiares, el número medio de miembros es claramente superior a la media del Estado.

El cuadro que nos ofrecen algunos indicadores demográficos básicos resulta algo diferente al del resto de España: según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1995 la **esperanza de vida al nacimiento** era en Ceuta, con 75,33 años, la más baja de España, seguida de Melilla con 76,08 años. Por el contrario, entre 1990 y 1998; y considerando el conjunto de las dos ciudades, se produjo una variación al alza en este indicador de 4,26 años, la cual es la mayor de toda España y muy superior a la media nacional de 1,84 años de aumento.

La **tasa bruta de natalidad, por 1.000 habitantes** en 2005 (cifras provisionales del INE) es en Melilla, con 19,13, la mayor de España, seguida muy de cerca por Ceuta (18,6). Este indicador se mantiene en cifras bastante estables desde principios de los años 80 (especialmente en Melilla) y esto contrasta con la importante disminución que se produjo en el conjunto de España desde 1975 y hasta el mínimo que se alcanzó en 1998, año este a partir del cual se aprecia una lenta recuperación. También el **número medio de hijos por mujer** (2,399 en Ceuta y 2,455 en Melilla) y la **tasa global de fecundidad, por 1.000 mujeres** (70,75 en Ceuta y 72,42 en Melilla) son en 2005 los mayores de todo el estado.

Algunos indicadores que describen el estado de salud correspondientes a 2005 (datos provisionales del INE) son los siguientes: la **tasa bruta de mortalidad, por 1.000 habitantes** fue de 6,96 en Ceuta y de 6,73 en Melilla; solo mejoradas por los 6,71 de Canarias y muy por debajo de los 8,92 de media nacional. No obstante estas tasas no están estandarizadas por edad; si nos fijamos en los datos estandarizados de 2002, Ceuta y Melilla consideradas en conjunto tienen una tasa de 10,28, la cual es la mayor de España. La **tasa de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos** en España fue de 4,12 y tanto Ceuta (con 6,02) como Melilla (7,05) quedaron por encima de esta cifra.

En lo que se refiere a las **tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte**, los datos de 2002 que ofrece el INE muestran diferencias importantes en Ceuta y Melilla (conjunto de ambas) con respecto al resto del Estado en algunos grupos de enfermedades: la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (0,31) es la mayor de todo el Estado y casi duplica a la de España (0,16). En este grupo de enfermedades, la información que nos proporciona el sistema de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) referida a 2004 nos muestra tasas por 100.000 habitantes de algunas enfermedades claramente superiores a la media nacional; es el caso de la fiebre tifoidea y paratifoidea, tuberculosis respiratoria, rubeola, sífilis, infección gonocócica (solo en Melilla), parotiditis, hepatitis A, hepatitis B (en Melilla) y otras hepatitis víricas. El grupo de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas también presenta una tasa estandarizada de mortalidad mayor en Ceuta y Melilla (0,56) que en cualquier otra Comunidad Autónoma, así como los grupos de Enfermedades del Sistema Circulatorio (3,81), de la piel y del tejido subcutáneo (0,05), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (0,16), afecciones originadas en el período perinatal (0,05) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

La Encuesta Nacional de Salud de 2003 también nos puede ilustrar sobre algunos aspectos: la salud percibida no difiere, para el conjunto de Ceuta y Melilla, en gran medida del resto de España. La proporción de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses fue de 90,3%, muy similar a la media nacional de 90,76. Sin embargo, la proporción de personas que declaran haber consumido medicamentos en las últimas 2 semanas (43,29) es en Ceuta y Melilla la menor de España y está más de 10 puntos por debajo de la media nacional (54,64). Los porcentajes de personas mayores de 16 años que declaran no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (72,57%) y las que declaran que nunca han fumado (62,44%), son los mayores de todo el Estado.

En lo que se refiere a las estrategias existentes para conocer y monitorizar el estado de salud de la población, son las que ostentan las Ciudades Autónomas, en virtud de sus estatutos de autonomía, las competencias sobre las materias de sanidad e higiene. No obstante, y al corresponder a INGESA la competencia de la asistencia sanitaria en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, se dispone de información referente a las personas asistidas. En este sentido cabría destacar la información relativa a la explotación de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que corresponden a los Hospitales de ambas ciudades, así como los sistemas de información de Atención Especializada y Atención Primaria, para seguimiento de los diversos programas de salud.

10. Participación

En el ámbito territorial del INGESA se garantizan los derechos establecidos en la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Asimismo, los derechos de los pacientes, se hacen efectivos por aplicación de normas de carácter estatal que actualmente continúan en vigor o por el desarrollo específico de la citada Ley.

- a) **La libre elección de médico general y pediatra**, sigue regulada en nuestro ámbito por el Real Decreto 1575/93 de 10 de septiembre. La libre elección de especialista, regulada por el R.D. 8/1996, se hace efectiva en las Ciudades de Ceuta y Melilla, con las necesarias limitaciones, dada la insuficiencia de recursos disponibles así como la carencia de algunas especialidades en los Centros Hospitalarios.
- b) **Segunda Opinión**. Este derecho queda garantizado a través de la libre elección de médico, que permite a los pacientes obtener una interconsulta con otro especialista, mediante un procedimiento canalizado a través del hospital de referencia. Actualmente está en desarrollo un protocolo que haga efectivo este derecho, en igualdad de condiciones que para el resto de pacientes de otros servicios de salud y permita salvar las numerosas dificultades que han tenido que afrontar los pacientes de Ceuta y Melilla para ejercer este derecho.
- c) **Acceso a la Historia Clínica**. Se ha elaborado un protocolo de acceso para aquellos pacientes —o sus representantes— que así lo soliciten, con las limitaciones establecidas en la Ley, habiéndoles entrega, bien de un informe sobre el contenido de la misma referido a un proceso asistencial concreto o copia de su totalidad si así lo demandan.
- d) **Consentimiento informado**. Protocolizado y por escrito para los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos que asocian un mayor riesgo.
- e) **Guía o carta de servicios**. En Ceuta y en Melilla se entregan, en el momento del ingreso, una guía del usuario y una carta de derechos y deberes, donde viene reflejada la información completa al paciente sobre todos los servicios, unidades, prestaciones y facilidades para trámites administrativos que el hospital pone a su disposición.
- f) **Información en el Sistema Nacional de Salud**. Se facilita a través de trípticos informativos puestos a disposición de los pacientes en todos los centros.

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	RD 1575/1993	Desarrollos que contemplan la realidad local.
Segunda opinión	Sí		Normas locales.
Acceso a la Historia Clínica	Sí		Normas locales.
Consentimiento Informado	Sí		Normas locales.
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	NO		
Guía o Carta de Servicios	Sí		Para hospitales.
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		
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	Sí		Acuerdo con ACEPAS (intérpretes para sordos).

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				
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí/no	Cuantía dedicada en 2005	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
	NO				

11. Equidad

Las Ciudades de Ceuta y Melilla, en virtud de sus Estatutos de Autonomía, ejercen competencias sobre materias de sanidad e higiene, y corresponde a INGESA la competencia de la asistencia sanitaria. Debido a esto, las direcciones Territoriales del INGESA en Ceuta y Melilla, son los órganos coordinadores y garantes del acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias en su ámbito territorial, supervisando y garantizando el cumplimiento de los principios de eficacia, equidad y calidad, tal como se define en sus Contratos de Gestión anuales.

Así mismo, debido a las peculiares condiciones territoriales, y por ende socioculturales, de ambas ciudades, a través de dichas Direcciones se establecen convenios y conciertos con el objeto de complementar los recursos propios para atender las prestaciones sanitarias recogidas en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS y del R.D. 63/1995, ofreciendo el acceso a la sanidad en condiciones de igualdad.

Por otra parte, en virtud de la **Ley Orgánica 4/2000** de 11 de enero, se presta asistencia sanitaria en condiciones de igualdad en acceso a los extranjeros, que o bien residen o se encuentran en ambas Ciudades Autónomas, en los términos contemplados por dicha Ley Orgánica.

Además, en virtud de la aplicación del **R.D. 1080/1989** de 8 de septiembre, se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas con recursos económicos insuficientes. Especialmente se hace mención, y se hace extensión de prestaciones socio-sanitarias según **R.D. 63/1995**, a mujeres extranjeras embarazadas; y por la **Ley Orgánica 1/1996** de 15 de enero a todos los menores de 18 años.

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto, INGESA ha establecido **convenios** con ONG's y asociaciones profesionales y de familiares de pacientes para garantizar la atención a colectivos vulnerables como los que se enumeran a continuación:

1. Con la **AECC** para la detección precoz de cáncer de mama y para cuidados paliativos domiciliarios, con el objeto de mejorar el acceso a estas prestaciones a las personas impedidas por motivos sanitarios, sociales o económicos.
2. Con la Asociación de Padres y Amigos de los Sordos (**ACEPAS**), dentro del programa de garantía de los pacientes con necesidades especiales de información asociada a la discapacidad. Las bases de este convenio se sentaron en 2004, lo que ha permitido que durante 2005 se disponga de intérprete para cada paciente con esta discapacidad que demanda asistencia. Al mismo tiempo, se facilita la información completa y por escrito sobre los servicios de ORL a las familias afectadas a través de los medios necesarios para que dicha información sea fácilmente comprensible (posters, folletos...).
3. Actualmente las Direcciones Territoriales de **INGESA e INSERSO** han elaborado un **Programa Marco** de actuaciones conjuntas en el ámbito socio-sanitario, considerando un abordaje amplio en el que se impliquen los servicios sanitarios y sociales. El artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, define la prestación socio-sanitaria como la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos que, por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y so-

ciales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. La población diana corresponde a personas pertenecientes a los colectivos más vulnerables: ancianos, discapacitados, personas en situación de exclusión social con problemas sanitarios y cuidadores informales. Para esto se desarrollarán Subprogramas específicos dirigidos a: educación sanitaria, prevención y atención a minusválidas y a menores con discapacidad o riesgo de padecerla, atención a personas con enfermedades mentales graves o crónicas y mejora de la accesibilidad física a centros sanitarios y sociales, promoviendo la eliminación de barreras arquitectónicas y de comunicación que impidan o dificulten el acceso a los servicios socio-sanitarios de personas con discapacidad.

Por otro lado, Ceuta y Melilla son la entrada de un número considerable de inmigrantes procedentes de países en conflictos económicos, bélicos o de otra índole, a los que debe prestarse también la debida asistencia. Para eso ambas ciudades cuentan con **Centros de Estancias Temporal de Inmigrantes (CETI)**, en los que se alojan un número aproximado de 500 personas respectivamente, además de otras 200 en otros centros de acogida. El INGESA colabora con la asistencia sanitaria en los CETI mediante reconocimientos médicos a la llegada, determinación de Mantoux, analíticas y exploraciones radiológicas según protocolos vigentes, consultas médicas (tanto de atención primaria como de especialistas) y de enfermería, a demanda, e ingresos hospitalarios, en caso de ser necesarios. Estos colectivos demandan mayores servicios que la población general por proceder de países en donde no existe red sanitaria y hay poca o ninguna cobertura preventiva.

Por todo esto, los **Contratos de Gestión del INGESA con las Áreas Sanitarias Únicas y las Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla**, configuran los recursos y actividades en el ámbito sanitario para la demanda real existente, adecuando la oferta de servicios a la realidad de ambas Ciudades Autónomas, atendiendo las principales causas de morbi-mortalidad y a los problemas de salud prevalentes, los cuales se articulan en cinco grandes áreas temáticas: enfermedades oncológicas, cardiovasculares, infecciosas-tuberculosis, plan de atención buco-dental y plan de atención a mayores frágiles y dependientes. La línea común de todos ellos es la mejora de la accesibilidad del paciente, alguno de cuyos programas detallamos a continuación:

- 1. Programas Alternativos a la Hospitalización Convencional:** tratamientos en hospital de día, consultas de alta resolución, atención domiciliaria (especialmente a cuidados paliativos).
- 2. Detección Precoz de Cáncer de Mama** con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer en colaboración con la AECC y la Consejería de Sanidad, mediante convenio.
- 3. Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes:** el INGESA oferta un paquete de servicios que implica a los dispositivos de Atención Primaria y Atención Especializada, procurando la atención integral y multidisciplinar adecuada, y garantizando la continuidad de la misma en el entorno natural del paciente cuando la enfermedad y/o sus complicaciones, o problemas sociales impidan el acceso habitual a la asistencia. Para esto se incluye en la Cartera de Servicios de AP y en el Plan de Calidad de Atención Especializada el servicio «Prevención y Detección de Problemas en el Anciano» que añade una dimensión

socio-sanitaria a esta población vulnerable. Durante 2005 se realizó la estimación de la población diana subsidiaria del programa, y durante 2006 las Gerencias se comprometen a tener actualizado el censo de personas mayores de 65 años que cumplan criterios de riesgo de «anciano frágil o dependiente».

4. **Programa de Tuberculosis (TBC):** durante 2004 y 2005 se diseñaron programas especiales con protocolos de actuaciones específicos para niños e inmigrantes, para abordar las altas tasas de incidencia de TBC en Ceuta y Melilla, debido fundamentalmente a la población inmigrante.
5. Se está desarrollando un **plan de atención buco-dental** para ambas Áreas Únicas con especial objetivo de detección y prevención de caries infantil que incluye también a los niños extranjeros atendidos por la Ley 4/2000. La cobertura supera el 98%.
6. En ambas Áreas Únicas existe una «**Unidad de Atención a la Mujer**» con el fin de mejorar su acceso a las prestaciones sanitarias, incluye a mujeres extranjeras atendidas por Ley 4/2000.
7. Programa para la **prevención y detección del maltrato en mujeres y niños** en ambas Áreas Sanitarias Únicas.
8. También para mejorar la accesibilidad existen, en ambas Áreas Únicas, **pactos de inter-consultas y pruebas diagnósticas** entre Atención Primaria y Atención Especializada con gestión de las agendas de especialistas desde los Centros de Salud.
9. En los hospitales, dentro de la mejora de la calidad hostelera, se contempla la **diversidad étnica y socio-cultural** de los pacientes mediante oferta de **menú específico** según requerimientos religiosos, o culturales de los mismos.
10. En todo el Área se da **información diferenciada según el idioma** del paciente/familiar, del funcionamiento del hospital y de los centros de Atención Primaria mediante traductores y distribución de folletos en varios idiomas, entre los que se incluye el árabe y el dialecto de la zona (tamazitz). Los intérpretes de árabe y «tamazitz» están en las áreas de admisión e información así como en los servicios de urgencias.

En definitiva, se han puesto en marcha medidas para mejorar y garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios para todos, optimizando los recursos del sistema sanitario gestionado por el INGESA, en orden a mejorar la atención integral y apropiada, según las necesidades sociales o sanitarias de la población que se atiende.

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

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	<ol style="list-style-type: none"> Atención al embarazo, parto y puerperio, también en mujeres extranjeras sin cobertura sanitaria (50% partos). Programa para la prevención y detección del maltrato en mujeres y niños. 	<ol style="list-style-type: none"> Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero y R.D. 63/1995. Objetivos pactados en Contrato de Gestión con las Áreas Sanitarias Únicas. 	Al no ser Comunidad Autónoma la normativa que se aplica en atención sanitaria es la del extinto INSALUD y otras de ámbito estatal, ya que la atención sanitaria en Ceuta y Melilla no esta transferida.
Etnia	Sí	<ol style="list-style-type: none"> Atención a población marroquí no residente: urgencias, pediatría, infecciosos, obstetricia, CETI y etc. Información en varios idiomas (Árabe, Tamaziltz...); oferta diferenciada, según necesidades religiosas/socio-culturales, de menú en los hospitales. 	<p>Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero y Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero.</p> <p>idem</p>	
Discapacidad	Sí	<ol style="list-style-type: none"> Programa de garantía de los pacientes con necesidades especiales de información asociada a la discapacidad. Subprogramas específicos dirigidos a: <ol style="list-style-type: none"> prevención y atención a minusválidas y a menores con discapacidad o riesgo de padecerla, y mejora de la accesibilidad física a centros sanitarios y sociales promoviendo la eliminación de barreras arquitectónicas y de comunicación que impidan o dificulten el acceso a los servicios socio-sanitarios de personas con discapacidad. 	<ol style="list-style-type: none"> Convenio de INGESA con la Asociación de Padres y Amigos de los Sordos (ACEPAS) 2004-2005. Programa Marco de actuaciones conjuntas entre las Direcciones Territoriales de INGESA e INSERSO; artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS. 	idem
Otras	Sí	Programa de prevención y control de la Tuberculosis.	Línea estratégica en Contrato de Gestión, dada la alta incidencia de esta patología.	Se ha implantado un programa especial con protocolos de actuaciones específicos para niños e inmigrantes, además de lo habitual en el resto de la población. Colaboración prioritaria con CETI.

12. Descripción de dos experiencias innovadoras

12.1. Programa de tuberculosis en áreas sanitarias únicas de INGESA

12.1.1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

España es, después de Portugal, el país de la Unión Europea con la incidencia de TBC más alta, con más de 20 casos por 100.000 personas/años en los últimos años. Se sabe que existe marcada infradeclaración, por lo que se asume que la incidencia real es mayor. Las tasas de declarados en Ceuta y Melilla en 2004 fueron 46,28 y 27,58 por 100.000 habitantes respectivamente, siendo las más altas de España. La TBC es por tanto, un importante problema de salud pública en ambas Ciudades Autónomas, fundamentalmente por las fuertes corrientes migratorias de países con mal control sanitario. Debido a todo esto, en el Contrato de Gestión del 2005 se pactó como objetivo priorizado de salud un programa de reducción y control de esta enfermedad, dentro del apartado de enfermedades infecciosas de dicho Contrato.

12.1.2. Población diana

Todas las personas residentes en ambas Ciudades Autónomas así como los atendidos en los Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) y los que atendemos en nuestros servicios sanitarios por la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*.

12.1.3. Características principales de su desarrollo

En 2005 se forman grupos de trabajo multidisciplinares en cada una de las Áreas Sanitarias Únicas con implicación de diversos estamentos (CETI, Consejería de Sanidad, Delegación de Gobierno, INGESA, etc.) que diseñan los programas específicos para cada Ciudad Autónoma. La implantación del programa y las actividades del mismo difieren entre Melilla y Ceuta, siendo en esta última donde presenta un mayor progreso. Los objetivos que fijan son:

- Mejorar el control del enfermo tuberculoso.
- Reducir la demora diagnóstica.
- Aumentar el control de las personas más expuestas (convivientes/contactos, sobre todo niños y grupos en situación de riesgo: inmigrantes, profesionales, e inmunodeprimidos).

12.1.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

- Realización de los siguientes Protocolos Normalizados de Trabajo (PNT).
 1. Manejo del paciente con sospecha de TBC respiratoria en urgencias.
 2. Pautas Terapéuticas en Tuberculosis.

3. Actitud clínico/terapéutica según mantoux en contactos/convivientes.
 4. Manejo del pacientes con mantoux positivo y no hospitalizado.
 5. Test de la tuberculina en niños del CETI.
 6. Se está trabajando actualmente en el PNT «Aislamiento del paciente con TBC».
- Se han establecido las estructuras precisas para la óptima actuación del proceso de TBC que son:

En Atención Primaria:

1. Designación de dos médicos referentes de TBC en cada Centro de Salud.
2. Designación de 2 enfermeros referentes en cada Centro, para mantoux y recogida de muestras.
3. Trabajadores Sociales y Enfermería designados para el control de cumplimiento e incentivación social del mismo.
4. Indicaciones de derivación a Atención Especializada.

En Atención Especializada:

1. Designación de referentes de TBC del área.
2. Indicación de criterios de hospitalización y realización de pruebas por especialistas.
3. Programa de prevención de TBC nosocomial.

En el Área Funcional de Sanidad de la Delegación de Gobierno:

1. Revisión de las declaraciones de todo los casos del área, y completar la caracterización del caso.
2. Estudio de foco y situación final tras tratamiento, junto con los clínicos.
3. Información.
4. Memoria anual de la situación de la TBC en la Ciudad Autónoma, que incluirá la situación final de la cohorte de casos declarados el año anterior, y propuesta al Grupo Provincial de TBC de las medidas a tomar para disminuir abandonos y mejorar el control de la TBC en el Área.

12.1.5. Metodología seguida para su seguimiento y evaluación.

Indicadores, desarrollados y/o utilizados

- En mejorar el control de enfermos con TBC, el objetivo es cumplimentación del tratamiento en el 90% de los casos que lo inician, y conocer la situación final de todos los casos que lo iniciaron. Además que se cumplan las pautas de la OMS para el año 2005: Conseguir la curación del 80% de los diagnosticados con bacilos-cópia positiva y la detección del 70% de los casos.
- Para reducir la demora diagnóstica las principales medidas tomadas son: Formación continuada en Atención Primaria, con cursos y talleres de reciclaje; en los pacientes sintomáticos cribado de TBC en Atención Primaria, y criterios de remisión

a especialista de referencia; en asintomáticos no se precisa búsqueda activa excepto en convivientes/contactos de enfermos de TBC y los grupos de mayor riesgo personal (VIH, toxicómanos, alcohólicos y resto de inmunodeprimidos), profesional o social (reclusos, marginados, indigentes, inmigrantes) donde se hará cribado de TBC. Coordinar Servicios Clínicos y Microbiológicos, con llamadas por teléfono (o fax) de baciloscopia positiva.

- Aumentar el control de personas más expuestas (convivientes/ contactos y grupos en situación de riesgo) con estudios de contactos lo mas rápido posible, por el clínico que diagnóstica el caso índice; y prevenir brotes.

12.1.6. Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de las y los ciudadanos/as

- Establecimiento de la baciloscopia urgente en Ceuta y Melilla, realizándose 24 horas al día, 7 días a la semana, en el hospital.
- Gracias a la colaboración de los profesionales del CETI, los niños a su ingreso en el centro, son sometidos de forma rutinaria al test de la tuberculina en el propio CETI, como ya ocurría con los adultos, debido a las circunstancias epidemiológicas de la TBC en sus países de origen. Por lo tanto, a todos los mayores de 6 meses se les realiza el mantoux, la lectura del mismo, además de asignarle pediatra en el propio CETI, para evitar desplazamientos innecesarios de los menores y mejorar su calidad de vida.
- Las tasas de TBC nosocomial en 2005 han sido 0% en ambos Hospitales. La seroconversión del mantoux en profesionales del Hospital Cruz Roja de Ceuta ha sido del 2,7%.
- En este programa intervienen también las ONG's mas representativas como VIAS y MELILLA ACOGE.
- El proyecto sigue en fase de desarrollo en ambas Ciudades Autónomas durante el 2006, donde obtendremos resultados de los indicadores propuestos.

12.2. Programa de atención a mayores frágiles y dependientes

12.2.1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Dentro de los Contratos de Gestión de INGESA con las Áreas Sanitarias Únicas, se establecen objetivos priorizados a problemas de salud, con el fin de adecuar la oferta de servicios a la realidad de Ceuta y Melilla, atendiendo a las principales causas de morbimortalidad, y dentro de estos objetivos está el Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes. Se justifica este programa por la mejora que supone en la atención sanitaria de los ciudadanos en su entorno natural, cuando su enfermedad y/o las complicaciones derivadas de la misma le impiden un desarrollo personal y/o social habitual. Mediante la

oferta de un paquete de servicios que implica a los distintos dispositivos de Atención Primaria y Especializada, se procura la atención integral y multidisciplinar, garantizando la continuidad de los cuidados, y la atención con el recurso adecuado a la evolución de cada tipo de proceso.

12.2.2. Población diana

Durante el 2005 se realizó la estimación de la población diana subsidiaria de este programa, que resultó ser de 3.185 mayores de 65 años en Ceuta, y de 8.500 en Melilla, ya que cumplen criterios de inclusión en el programa el 64,5% de los mayores de 65 años historiadados.

12.2.3. Características principales de su desarrollo

La valoración de las personas dependientes precisa contemplar aspectos clínicos, sociales y familiares. Estas circunstancias han hecho que en el ámbito de la atención sanitaria, los profesionales de enfermería actúen como auténticos «gestores de casos», evaluando las necesidades concretas de cada paciente y el apoyo que requiere la familia y los ciudadanos primarios, estableciendo el consiguiente plan de cuidados para llevar a cabo la gestión y coordinación de los diferentes servicios que son precisos en cada situación.

En este sentido, la actual Cartera de Servicios de Atención Primaria y el Plan de Calidad de Atención Especializada, incluye el servicio «Detección y Prevención de Problemas en el Anciano» enfocado más al diagnóstico y detección de problemas en este colectivo, por lo que se consideró conveniente añadir una dimensión socio-sanitaria sobre la población considerada de riesgo, y para lo que se sentaron las bases necesarias en el 2005 para poder diseñar e implantar este programa específico.

Para definir el «mayor frágil» se han utilizado criterios médicos, funcionales y socio-económicos. Todos estos criterios y elementos centran la actividad profesional en el programa, y según ellos, dichos mayores presentan mayor riesgo de caídas, de discapacidad, de hospitalización, de fractura de cadera y de muerte.

Las intervenciones se dirigen a frenar el riesgo asociado, y son tales como mantener normopeso, hacer ejercicio, evitar inactividad, etc.

12.2.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

- Identificar la población Diana (año 2005).
- Identificar el mayor número de factores de riesgo (2005-2006).
- Adecuar las medidas preventivas.
- Mejorar los cuidados y tratamientos a seguir.

Para esto se analizaron criterios, circuitos, plazos y volumen de actividad de todos los dispositivos existentes.

Se elaboró un «Protocolo Clínico de Actuación» que contempla las escalas de valoración que se iban a utilizar (Cuestionario e Barber; Índice de Barthel; Test de Pfeiffer; Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada), el Plan de Actuación (incluyendo educación sanitaria, apoyo al cuidador, promoción de la salud y prevención), el Seguimiento y los Criterios de derivación.

Por último, se revisó y mejoró el «Programa de Detección de Riesgo Social al Ingreso Hospitalario», y se evaluó su cumplimiento.

12.2.5. Metodología seguida para su seguimiento y evaluación.

Indicadores, desarrollados y/o utilizados

Se realizó un estudio «piloto» en Melilla, con una muestra de 96 personas mayores de 65 años, con un valor de «N» en un nivel de confianza del 95% y una precisión del 10%, y se obtuvieron los siguientes resultados: el criterio predominante es «polimedicado» en el 45,8% de los estudiados seguido de patología crónica invalidante asociada en el 37,5%. El 35,4% no presentaron ningún criterio de inclusión en el programa, el 28% un solo criterio, y el 25% dos criterios. El 63% tenían déficit sensorial, 46% caídas en el último año y 36% hospitalización en el último año.

Con todo esto se establecieron los criterios prioritarios definitivos para incluir a los pacientes en el programa.

El indicador establecido y utilizado para obtener el grado de cobertura del programa fue: $(N.^{\circ} \text{ total de personal mayores frágiles y dependientes} > 65 \text{ años incluidas en el programa acreditado} / N.^{\circ} \text{ total de personas} > 65 \text{ años}) \times 100$.

Se utiliza una revisión anual del mayor incluido mediante una ficha que contiene el «Patrón Funcional de Salud de M. Gordon», y donde se recogen fechas de visitas, criterios que determinan la inclusión, con quien vive, e identificación del cuidador principal.

De los resultados de los índices y fichas se envía valoración específica al trabajador social.

Además se valora con encuesta específica el «Índice de Estrés del Cuidador».

Por último se aplica un «Test del Informador», que lo suele hacer el cuidador, sobre el estado y evolución del mayor. Se compara el estado actual del paciente con el que tenía 10 años antes, según respuestas se puntúa y fija el nivel de deterioro en períodos de tiempo en distintos aspectos.

12.2.6. Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de las y los ciudadanos/as

Durante 2006 se seguirá con la implantación y evaluación.

Se ha editado una «Guía Informativa de Recursos Sociales para el Programa de Mayores Frágiles y Dependientes». Todos los pacientes y/o su cuidador incluido en el programa recibe esta guía. En ella se le informa a todas aquellas Instituciones, Asociaciones, Centros Socio-culturales, ONG's, etc. A los que se puede recurrir para obtener ayudas y servicios complementarios a los socio-sanitarios que ya ofrece el programa.

El Informe del Observatorio del SNS que se presenta es el correspondiente al ejercicio 2005. Pretende ofrecer, como en ediciones anteriores, un resumen de la situación y estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución anual. El fin es poner a disposición del sector salud y de la sociedad en general datos globales y conocimiento de experiencias e intervenciones sanitarias concretas en España. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la transparencia y a un conocimiento más próximo de la actividad del Sistema Nacional de Salud en el período analizado.

Se incluyen de nuevo datos actualizados —los disponibles en el periodo de tiempo considerado— acerca del análisis de los cambios principales acontecidos en la población española y en la financiación del SNS.