



CEUTA - MELILLA

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

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 (cerca de 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 sufren importantes carencias de origen socio-cultural, en el ámbito laboral, educativo y sanitario, además de concentrarse en los barrios y viviendas más deterioradas.

La población de derecho en la Ciudad de Ceuta a 1-1-2004 es de 74.654 habitantes (RD 2348/2004 de 23 de diciembre). A 31-12-2004 se contabilizan 64.664 tarjetas sanitarias, de las que 13.513 tienen derecho a farmacia gratuita.

La población de derecho en la Ciudad de Melilla a 1-1-2004 es de 68.016 habitantes (RD 2348/2004 de 23 de diciembre). A 31-12-2004 se contabilizan 54.778 tarjetas sanitarias, de las que 13.018 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 específica que afecta a la elaboración presupuestaria de la Institución y de aquella otra que se describe en la Tabla 2, merecen destacarse:

- Real Decreto 1555/2004, de 25 de junio. Desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Establece que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se adscribe al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.
- Real Decreto 335/2004, de 27 de febrero. Modifica el Reglamento General sobre cotización y liquidación de derechos de la Seguridad Social aprobado por el Real Decreto 2064/2004 y Real Decreto 2930/2004 que revisa la tarifa de primas para la cotización a la Seguridad Social por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y afecta a las tarifas de cotización del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CEUTA Y MELILLA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Real Decreto 183	30 enero 2004	Regula la emisión y validez de la Tarjeta Sanitaria Individual	Establece que el INGESA emitirá la T.S.I. con soporte informático a personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado su derecho a la asistencia sanitaria.
Orden Ministerio de Sanidad y Consumo 564	27 febrero 2004	Establece el sistema de coordinación de alertas y emergencias de Sanidad y Consumo.	El órgano colegiado ministerial de dirección para la gestión de las situaciones de crisis y emergencias, CODISCE (Comité Director de Situaciones de Crisis y Emergencias), estará integrado entre otros por el Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria como miembro no permanente.

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.) Establecer **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 planificarán 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 Cérvix" 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 realizará toma para el estudio citológico.

Inicialmente en los dos primeros años, desde la captación, se realizará 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 2004, del 36% de la población diaria. Resultado muy favorable, considerando que ha sido superior a la cobertura alcanzada en la media de INSALUD a finales de 2001, y 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 64 años.

Se lleva a cabo con la colaboración de la Ciudad Autónoma mediante un Convenio que especifica las competencias de las dos Instituciones firmantes sobre las distintas actuaciones. Es competencia de INGESA la captación y realización de las mamografías bianuales a todas las mujeres comprendidas entre los 50 y los 64 años. A lo largo del año 2004, se acordó la modificación del programa al objeto de ampliar la edad de las mujeres susceptibles de ser incluidas hasta los 45 años, lo que quedará reflejado con la firma de un nuevo convenio en 2005.

Prevención de enfermedades cardiovasculares:

Desde Atención Primaria se lleva a cabo un programa específico de prevención dirigido a las personas mayores de 14 años, mediante el despistaje de los factores de riesgo: Tabaco, hipertensión Arterial, Obesidad e hipercolesterolemia. Dado que las coberturas alcanzadas en nuestro ámbito no son satisfactorias, se decidió, una vez evaluados los resultados del año 2004, pactar con las áreas sanitarias, para el próximo año, objetivos de carácter prioritarios referidos a este programa.

Además se asumen los **programas especiales de las Políticas de Cohesión y Estrategias de Salud**, que en el **2004** fueron el “Plan Integral para prevención y control del tabaquismo” y el de “Bioseguridad”.

A partir del 2005, además de implementar el de tabaquismo, se implantarán las tres líneas recomendadas en “Seguridad de pacientes y profesionales”, la estrategia para “Prevención de diabetes” del Sistema Nacional de Salud, y la de “Mejora de los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud”.

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 un Programa para la Adecuación 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

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CEUTA Y MELILLA

		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	programa de cribado poblacional	SI		Existen convenios entre INGESA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para prevención y control de cáncer de mama.
	apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	SI		
Cáncer de cervix	programa de cribado poblacional	SI		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 1ª consulta que requiere la inmediata intervención asistencial
Enfermedades cardiovasculares	programa de atención a enfermedades cardiovasculares	SI		En Contrato de Gestión: un programa de detección y control de factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, obesidad, tabaquismo e hipercolesterolemia; se han puesto fibriladores en los centros de salud, pactado la vía clínica del infarto agudo de miocardio, y un plan de coordinación con el 061 para asistencia urgente ante sospecha de isquemia miocárdica, con un pacto de tiempo de respuesta, y una hoja clínica específica.
Salud mental	se están planificando las acciones necesarias para comenzar los objetivos de los planes estratégicos en el 2006, siguiendo las indicaciones que se den para el plan integral de salud mental.	NO		Se han habilitado unidades coordinadas entre primaria y especializada de salud mental.
Violencia de género	Plan de Acción	SI	2005	Unidad de apoyo a la mujer.
	Acciones preventivas	SI	2005	Protocolos de Coordinación institucional firmado por INGESA con instituciones de la ciudades autónomas.
	Protocolo de actuación sanitaria	SI	2005	

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

**TABLA 4
FARMACIA**

CEUTA Y MELILLA

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

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	1.639.147	
	%recetas de genéricos/total de recetas	10,40%	El sistema de información no puede identificar el nº de recetas de E.F.G, por lo que, el indicador se ha calculado con el número de envases de especialidades farmaceuticas genericas
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP- aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	19.423.657,62	Gasto en Receta del SNS a través de oficina de farmacia.
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	5,90%	El gasto farmaceutico total incluye todos los tipos de productos que se dispensan a través de receta médica (Especialidades, efectos y accesorios,Formulas y varios)
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº 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	1º A02BC 2º N02BE 3º N05BA	1º. Inhibidores de la bomba de protones : 4,99% s/ Total de Especialidades 2º.-Anilidas (Analgésicos): 4,85% s/Total de Especialidades 3º. .Derivados de la Benzodiazepina (Ansiolíticos): 4,21% s/Total de Especialidades.
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	1º.- A02BC. 2º.- R05CB. 3º.- C09AA	1º.- Inhibidores de la bomba de protones: 18,44% s/Total de E.F.G. 2º. Mucolíticos : 9,78% s/Total de E.F.G. 3º.- Inhibidores de la ECA: 8,06% s/Total de E.F.G.

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

La planificación y desarrollo de los recursos humanos en las Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de la Salud viene condicionada fundamentalmente por una realidad física, la situación geográfica de las ciudades de Ceuta y Melilla.

Esta circunstancia supone que en la prestación de servicios por parte del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias del INGESA sean determinantes los dos siguientes aspectos:

1º.- El aislamiento, y más aun la sensación de este aislamiento, que hace muy difícil desarrollar en estas ciudades una actividad profesional estable.

2º.- El ser ciudades fronterizas de un país, el Reino de Marruecos, que posee un nivel de asistencia sanitaria diferente al que poseen estas dos ciudades, las convierte en polo de atracción para la población marroquí limítrofe. Ello necesariamente implica una adicional presión asistencial que deben soportar los recursos humanos existentes, diseñados en parte sin tener en cuenta esa realidad.

Ambas circunstancias han generado que los recursos humanos de que disponen los Centros Sanitarios del INGESA sean insuficientes para atender las necesidades reales de la población, censada o no, a la que es obligatorio atender, y están exigiendo de los profesionales un esfuerzo adicional.

Como consecuencia de todo ello se ha considerado, y así se ha recogido en el Borrador del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA, que las plantillas en su conjunto deben tener un incremento que se sitúe alrededor del 10% sobre las actualmente existentes.

Asimismo se ha de destacar que, la estructura de la plantilla real, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada en las dos ciudades es muy similar: el personal temporal (interino, eventual y sustituto) tiene un peso específico muy importante.

Esta precariedad en el empleo se verá superada en gran parte a través del proceso iniciado por la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria va a intentar hacer suyo el compromiso recogido en la Exposición de Motivos de la citada Ley de reducir la temporalidad a un porcentaje que no supere el 3% de la plantilla.

No obstante, las peculiaridades de Ceuta y Melilla aconsejan plantearse este tema utilizando parámetros que garanticen en todo momento la asistencia sanitaria a una población que por su situación geográfica no es un destino deseado para los profesionales.

La regulación de la jornada de trabajo del personal que presta sus servicios en las Instituciones Sanitarias del INGESA se encuentra recogida en el Acuerdo celebrado el 22 de febrero de 1992 entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD.

En virtud de dicho Acuerdo la jornada laboral de dicho personal quedó fijada en cómputo anual con las siguientes horas efectivas de trabajo:

- turno diurno: 1.645 horas/año
- turno nocturno: 1.470 horas/año
- turno rotatorio: ponderación entre ambos límites

Como ya se ha indicado, las circunstancias que concurren en las ciudades de Ceuta y Melilla hacen que sean poco atractivas como lugar de residencia permanente

para los profesionales, lo que ha generado una carencia fundamentalmente en facultativos especialistas.

La aplicación de la jornada de 48 horas semanales dificultará aun más la compleja situación actual, ya que, si actualmente es muy complicado encontrar especialistas, más lo será cuando la jornada sea limitada y con ello la retribución del profesional.

En otro orden se ha de señalar que, con fecha 30 de julio de 2003 se firmó un Pacto entre la Administración Sanitaria-INGESA y las Organizaciones Sindicales presentes en la mesa sectorial de sanidad sobre vacaciones, permisos y licencias del personal que presta servicios en las instituciones sanitarias del Instituto Nacional de Gestión sanitaria (INGESA).

Finalmente indicar que, tal y como se ha recogido en el Borrador del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA, es objetivo del INGESA regular y negociar con los representantes de los trabajadores un nuevo sistema de incentivación, ya que el actual viene prorrogándose ininterrumpidamente desde el año 2001 y no responde a las expectativas de los profesionales.

También aquí es preciso tener en cuenta las dificultades existentes para atraer profesionales con cierta continuidad y, por ello, el sistema de incentivación que se diseñe debe servir para motivarles y conseguir que desarrollen su actividad profesional en unas condiciones suficientemente satisfactorias.

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 del Hospital Comarcal de Melilla y del Hospital Cruz Roja de Ceuta, ambos del INGESA, con el Instituto Carlos III. Es de naturaleza administrativa y tiene como finalidad la creación de Unidades de Medicina Tropical en cada hospital, asociadas al Instituto Carlos III, 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, la estamos 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, ligamos 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
INVESTIGACION

CEUTA Y MELILLA

	si/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	NO			La Sanidad y la Educación no están transferidas en ambas Ciudades Autónomas, por lo que respecto a estos organismos, nos regimos por los centrales
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	NO			

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	NO		En la situación actual no es posible priorizar este área
Proyectos de Investigación financiados por FIS	NO		Proyecto de Coordinación entre ISCIII y los dos Hospitales del INGESA para Investigación, Diagnóstico y Control de enfermedades tropicales.

	si/no	número	Observaciones
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos			
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales			
Ensayos Clínicos patrocinados por industria			

7. Sistemas de Información Sanitaria:

Los Sistemas de Información Sanitaria en Ceuta y Melilla son los mismos que tenía el INSALUD, ya que no se han producido transferencias en atención sanitaria.

En Atención Especializada, la información obtenida por los Hospitales de Ceuta y Melilla según las recomendaciones de 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: Mapa de Recursos de Atención Especializada, 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.

Por otro lado el sistema de información de consumo farmacéutico, DIGITALIS, nos 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 adaptarán nuestros programas informáticos y bases de datos para el seguimiento por los Hospitales del INGESA del Real Decreto 605/2003 que establece las medidas de tratamiento homogéneo de la información sobre Lista de Espera, del Sistema Nacional de Salud.

A juicio de INGESA debería devolverse información a las Comunidades Autónomas referida a para indicadores fundamentales de gestión de actividad de los Hospitales en el Sistema Nacional de Salud, donde las Comunidades Autónomas y los Hospitales pueden ver reflejados sus datos comparándolos con Hospitales de grupos similares y con estándares internacionales, aunque se mantuviese la confidencialidad respecto al resto de Comunidades Autónomas y Centros, y sólo cada Comunidad Autónoma pudiese autorizar la difusión específica y pormenorizada de resultados.

8. Calidad:

La mejora de la calidad de la asistencia es un compromiso que lidera INGESA haciéndolo constar en los contratos de gestión de las áreas sanitarias, incluyendo objetivos e indicadores de: calidad de gestión, calidad científico técnica, formación en metodología de calidad, participación e implicación en los objetivos el área, accesibilidad de la asistencia, objetivos de calidad percibidos por los pacientes, seguridad de actuaciones sanitarias, objetivos sociosanitarios y objetivos de satisfacción de los profesionales.

Todos los programas especiales, programas prioritarios de salud y actividades de las Carteras de Servicios, dentro de Atención Primaria y Atención Especializada y los comunes del área, llevan incluidos indicadores de evaluación de sus objetivos.

Los programas de mejora de calidad se establecen 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, para el seguimiento de los objetivos de calidad, y según el nivel alcanzado respecto a los estándares fijados por INGESA en el Contrato e Gestión.

El Gerente 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.

Los programas de mejora continua se recogen en la elaboración del plan estratégicos de la gerencia.

Para mejorar la calidad científico-técnica se prioriza el mejorar la eficacia de los procesos mediante la elaboración de vías clínicas y el referente de 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 ha establecido un Programa específico de Uso Racional del Medicamento que incluye comisiones de seguimiento con representación de 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 adecuados a las necesidades del área sanitaria.

A finales del 2004 se han introducido en los Contratos de Gestión los objetivos de seguridad de las actuaciones sanitarias, al objeto de implementarlos durante el 2005 en los siguientes apartados: disminución de infección nosocomial, disminución de efectos adversos de medicación, identificación inequívoca de pacientes en el Hospital, y disminución de efectos adversos en la asistencia hospitalaria.

Respecto de objetivos específicos de gestión clínica se ha priorizado la adhesión a guías de gestión elaboradas y publicadas por el INSALUD en años previos, la mejora de los sistemas de información con adecuación al Real Decreto 2003 y con indicadores de calidad en historias clínicas e informe de alta.

Además se ha fomentado la divulgación de experiencias de calidad, con jornadas, y participación en el Congreso Nacional de Calidad, presentado comunicaciones.

9. Seguimiento del estado de salud de la población:

Según el Real decreto 2348/2004, de 23 de diciembre, las cifras oficiales de población de las Ciudades de Ceuta y Melilla son 74.654 y 68.016 respectivamente. Son las resultantes de la revisión del padrón y corresponden a fecha de 1 de enero de 2004. En ambos casos se observa una ligera disminución con respecto a las cifras oficiales a 1 de enero de 2003. 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 refleja 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 1000 habitantes** en 2004 (cifras provisionales del INE) es en Ceuta, con 17,94, la mayor de España, seguida muy de cerca por Melilla (17,74). 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** (2,28 en Ceuta y 2,222 en Melilla) y la **tasa global de fecundidad, por 1000 mujeres** (67,77 en Ceuta y 66,40 en Melilla) son en 2004 los mayores de todo el estado.

Algunos indicadores que describen el estado de salud correspondientes a 2004 (datos provisionales del INE) son los siguientes: la **tasa bruta de mortalidad por, 1000 habitantes** fue de 6,69 en Ceuta y de 7,15 en Melilla; solo mejoradas por los 6,57 de Canarias y muy por debajo de los 8,68 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 1000 nacidos** en España fue de 3,46 y tanto Ceuta (con 1,56) como en Melilla (2,52) quedaron por debajo 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, Rubéola, 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 en la Comunidad Autónoma para conocer y monitorizar el estado de salud de la población, esa es una cuestión que deberán contestar las Ciudades Autónomas, las cuales en virtud de sus estatutos de autonomía ejercerán 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.

10. Participación:

En el ámbito territorial del INGESA, el desarrollo normativo de la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, está pendiente de elaborar. No obstante, los derechos de los pacientes, se hacen efectivos por aplicación de normas de carácter estatal que actualmente continúan en vigor.

- 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**. Hasta el año 2004, este derecho quedaba garantizado a través de la libre elección de médico, que permitía 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**. En Melilla se ha elaborado un protocolo de acceso para aquellos así lo soliciten. No se permite la copia de todo el historial de un paciente, pero la gerencia del Hospital proporciona un informe relativo al contenido de la historia y el proceso en cuestión. En Ceuta se permite acceso y copia de la Historia Clínica limitado a un proceso clínico concreto.
- 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 se entrega en el momento del ingreso una guía: "la carta de acogida" donde se ofrece 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.
- g) **Garantías de los pacientes con necesidades especiales de información asociada a la discapacidad**. Durante el año 2004 se sentaron las bases para la firma de sendos convenios con la Asociación de Sordos de cada Ciudad Autónoma, lo que permitirá en el próximo año disponer de un interprete en consulta para cada paciente con esta discapacidad. Al mismo tiempo se facilitará la información completa y por escrito, sobre los servicios de otorrinolaringología a las familias afectadas a través de los medios necesarios para que sea dicha información fácilmente comprensible (posters, folletos...)