



**Informe anual del
Sistema Nacional de Salud
2006**

CEUTA Y MELILLA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La economía de Ceuta y Melilla presenta importantes peculiaridades. Se aprecia mayor peso de la demanda interna por el superior porcentaje del consumo público y del consumo privado sobre el PIB (producto interior bruto) respecto a la media nacional. El primero de ellos se explica por el elevado peso que tienen los servicios que no son de mercado vinculados con el sector público y el segundo, por la actividad comercial vinculada con reexportaciones a Marruecos de bienes de consumo duradero y no duradero. Además, 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 2005, 3.864,27 hab./km² en Ceuta y 4.883,52 hab./km² en Melilla frente a 87,4 hab./km² en España) por su condición de núcleos urbanos. No obstante, continúa siendo muy superior a la densidad demográfica media de las capitales de provincia española (cerca a los 2.300 hab./km²).

Otra de las claves de la población de Ceuta y Melilla es su marcado carácter multicultural e integrador, ligado a la peculiaridad de su ubicación geográfica y 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 esté afectada 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, el 30 % de la población de Ceuta y Melilla es de origen musulmán, pero si se tiene en cuenta la población flotante, su número puede ser muy superior. En este colectivo se detectan las bolsas de marginación social más graves y éste sufre importantes carencias de origen sociocultural, en el ámbito laboral, educativo y sanitario, además de concentrarse en los barrios y viviendas más deteriorados.

La población de la Ciudad Autónoma de Ceuta a 1 de enero de 2006 es de 75.861 habitantes (según el

Real Decreto 1.627/2006, de 29 de diciembre). El 29 de diciembre de 2006 se contabilizan 68.009 tarjetas sanitarias, de las cuales 14.714 tienen derecho a farmacia gratuita.

La población de la Ciudad Autónoma de Melilla a 1 de enero de 2006 es de 66.871 habitantes (según el Real Decreto 1.627/2006, de 29 de diciembre). El 29 de diciembre de 2006 se contabilizan 56.993 tarjetas sanitarias, de las cuales 13.007 tienen derecho a farmacia gratuita.

Sin embargo, la población real con derecho a asistencia, 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, es muy superior, duplicando las cifras anteriores en ambas ciudades autónomas. Dicho artículo referido específicamente a la atención sanitaria, unido a las profundas diferencias socioeconómicas y específicamente de cobertura sanitaria de la población de Marruecos, motiva una alta demanda, fundamentalmente en urgencias, en relación con la capacidad de oferta de nuestros servicios sanitarios.

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Según el Real Decreto 1.627/2006, de 29 de diciembre, las cifras oficiales de población de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla son 75.861 y 66.871 habitantes, respectivamente. Son las resultantes de la revisión del padrón y corresponden al 1 de enero de 2006. En el caso de Ceuta se observa un ligero aumento respecto a las cifras oficiales a 1 de enero de 2005 mientras que en Melilla el aumento es algo más apreciable. No obstante, según los censos respectivos, la población de derecho entre 1981 y 2001 aumentó el 9,56 % en Ceuta y el 23,92 % en Melilla. Si observamos las pirámides de población de ambas ciudades y las comparamos con la de España, en los dos casos tienen una base más ancha y un vértice más apuntado, reflejo de la mayor juventud de su población. Asimismo, 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 los dos casos por encima de la media nacional, que es 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* en Ceuta, con 75,33 años, era la más baja de España, seguida de Melilla con 76,08 años. En cambio, 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 del INE) en Melilla es de 15,16, la mayor de España, seguida muy de cerca por Ceuta (14,92). Este indicador se mantiene en cifras bastante estables desde principios de la década de 1980, lo cual contrasta con la importante disminución que se produjo en el conjunto de España desde 1975 y hasta el mínimo que se alcanzó en 1998, año a partir del cual se aprecia una lenta recuperación. También el *número medio de hijos por mujer* (1,927 en Ceuta y 1,947 en Melilla) y la *tasa global de fecundidad por 1.000 mujeres* (56,74 en Ceuta y 57,39 en Melilla) son los mayores de todo el Estado en 2005.

Algunos indicadores que describen el estado de salud correspondientes a 2005 (datos del INE) son los siguientes: la *tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes* fue de 6,96 en Ceuta y de 6,20 en Melilla (la menor de toda España); ambas están muy por debajo de los 8,93 de media nacional. No obstante, estas tasas no están estandarizadas por edad. Si uno se fija 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 3,78 y tanto Ceuta (8,45) como Melilla (5,93) 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) 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 la de España (0,16). En este grupo de enfermedades, la información que proporciona el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) referida a 2005

(datos definitivos) nos muestra tasas por 100.000 habitantes de algunas enfermedades claramente superiores a la media nacional; es el caso de la tuberculosis respiratoria, rubéola, sífilis, infección gonocócica (especialmente en Melilla), varicela (también en Melilla), hepatitis A (especialmente en Ceuta) y otras hepatitis víricas. Sin embargo, no se registra ningún caso de brucelosis ni de tos ferina en ninguna de las dos ciudades. 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 puede ilustrar sobre algunos aspectos: la salud percibida en gran medida no difiere, en el conjunto de Ceuta y Melilla, de la del resto de España. La proporción de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses fue de 90,3 ‰, cifra muy similar a la media nacional de 90,76 ‰. Sin embargo, el porcentaje 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 cuanto a las estrategias existentes para conocer y monitorizar el estado de salud de la población, las ciudades autónomas ostentan, en virtud de sus estatutos de autonomía, las competencias sobre las materias de sanidad e higiene. No obstante, al corresponder al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) la competencia de la asistencia sanitaria en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, se dispone de información referente a las personas asistidas. En este sentido, cabría destacar la información relativa a la explotación de los datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria 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.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

(tabla 1)

Además de la normativa específica que afecta la elaboración presupuestaria de la institución, merece destacarse lo siguiente:

- *Resolución de 28 de diciembre de 2006*, por la que se establece el Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ingesa para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Se enmarca dentro de la estrategia del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, por lo que prevé la firma de convenios específicos entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluyen financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

- *Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre*, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Con esta norma se pretende definir las prestaciones que el sistema sanitario público está ofertando a los ciudadanos y garantizar estas presta-

ciones comunes, tanto para la atención primaria como para la atención especializada, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte.

Las prestaciones se garantizan con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentren en cada momento las personas usuarias del sistema, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

- *Real Decreto 1.207/2006, de 20 de octubre*, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. Tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Se indica explícitamente la competencia del Ingesa en relación con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
- *Resolución del Ingesa, de 20 de julio de 2006*, por la que se revisan los precios que deben aplicarse por los centros sanitarios de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como por los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría.

TABLA 1. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Ceuta y Melilla)

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo	28/12/2006	Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ingesa para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios	Se establecen objetivos específicos para mejorar la calidad de las prestaciones a pacientes atendidos en los centros sanitarios de su ámbito de competencia
Real Decreto 1.030/2006	15/09/2006	Se definen las prestaciones comunes para todos los niveles asistenciales y se atienden las singularidades de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	Se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
Real Decreto 1.207/2006	20/10/2006	Se establecen criterios y procedimientos para la gestión y distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria con indicación de la competencia del Ingesa en relación con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	Se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria
Resolución del Ingesa	20/07/2006	Se revisan los precios que deben aplicarse por los centros sanitarios de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla por asistencia prestada a terceros obligados al pago o a usuarios sin derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social y también se aplica a los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría	

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

(tabla 2)

Los Planes Integrales de Salud son actuaciones globales sobre las enfermedades más prevalentes, que se abordan mediante objetivos de salud e indicadores, partiendo de la situación de salud en cada comunidad autónoma.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) es el responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, que sólo tienen transferidas las competencias en materia de salud pública. Ingesa, mediante el Contrato de Gestión con ambas Áreas Únicas y con las Direcciones Territoriales, transmite a los centros sanitarios y a los profesionales las acciones necesarias para conseguir los objetivos de los Planes Integrales de Salud del Sistema Nacional de Salud, adecuándolos a las principales causas de morbimortalidad y a los problemas de salud prevalentes en el ámbito de ambas ciudades. En 2006, estos planes se articularon en cinco grandes áreas temáticas, además de tres programas especiales.

Todo ello se realiza mediante dos acciones fundamentales:

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

En 2006 se siguió con la implantación y evaluación de estos programas comenzados en 2005. Las novedades respecto al año anterior se exponen a continuación.

Programa de Atención a Procesos Oncológicos

Se ha elaborado y puesto en marcha la aplicación de *Registro de Tumores*, desarrollada con herramientas *web* e instalada en la intranet del Área de Salud de Melilla y, por tanto, accesible para las personas usuarias autorizadas desde cualquier equipo del Área.

TABLA 2. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Ceuta y Melilla)

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de Salud		No		Al no haberse transferido las competencias en Sanidad, no existen Planes de Salud propios, 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	Sí		Registro de Tumores con herramienta <i>web</i> instalada en la intranet del Área de Salud de Melilla, accesible a las personas usuarias autorizadas desde cualquier equipo del área Círculo para cáncer de mama tras revisión de historias clínicas Protocolo de funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos, en colaboración con la AECC Potenciación de la atención domiciliar de enfermería, pasando de 1,87 domicilios/enfermera/día en 2005 a 2,03 en 2006 Aumento de la cobertura del programa de detección del cáncer de mama, pasando del 34,5 % en 2005 al 44,08 % en 2006 en Melilla Póster con mensajes de sensibilización para estimular la participación en el programa en todos los centros sanitarios y cartas de citación a domicilio En Ceuta, en colaboración con la Consejería de Salud, proyecto actuación en cáncer de mama con jornada divulgativa de puertas abiertas el 19 de octubre y espacios divulgativos en prensa y televisión local Además, mesa redonda monográfica con distribución de materiales de apoyo al programa Ceuta y Melilla amplían captación activa a mujeres de los 45 a los 70 años
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		

Continuación TABLA 2

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional	Sí		Dentro del programa hay informe personalizado del resultado de la detección cuando es normal; hay un sistema de alarma de aquellos resultados de exploraciones complementarias solicitados en primera consulta que requieren la inmediata intervención asistencial
Enfermedades cardiovasculares	Programa de Atención a Enfermedades Cardiovasculares	Sí		Proyecto para cardiopatía isquémica, siguiendo la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS: objetivos en los sistemas de información de atención primaria, formación en RCP y guías
			30/05/2006	Ceuta: Jornada de Riesgos Cardiovasculares difundida por televisión local y prensa. Cursos formativos en hábitos saludables en los colegios para alumnos de 1.º y 2.º de ESO, además de reparto de carteles informativos en centros escolares y otros organismos públicos y privados
			31/03/2006	Melilla: rueda de prensa de puertas abiertas con el balance del programa de prevención del tabaquismo
			Abril de 2006	Sesiones clínicas en los centros de salud sobre el programa antitabaco
			20-29 de octubre de 2006	Cursos para las organizaciones sindicales Sesiones informativas a centros dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia locales para profesores y adolescentes Tratamiento de deshabituación gratuita a los profesores Intervención formativa en la Escuela de Enfermería Uniformidad del equipo de baloncesto del Hospital Comarcal marcada con publicidad de <i>Espacio sin humos</i> Reparto de bolígrafos, lápices de colores y alfombrillas de ratón con el mismo mensaje Cuestionario básico de tabaquismo e información sobre deshabituación para profesionales y pacientes colgado de la Intranet del Ingresa de Melilla Colocación de desfibriladores en todos los centros de salud en ambas áreas únicas del Ingresa, así como elaboración de vía clínica para el tratamiento del infarto de miocardio
Salud mental				Las inclusiones de pacientes en el 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	Plan de acción	Sí		Unidad de apoyo a la mujer
	Acciones preventivas	Sí		
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí		

AECC, Asociación Española Contra el Cáncer; ESO, educación secundaria obligatoria; RCP, resucitación cardiopulmonar básica; SNS, Sistema Nacional de Salud.

En la Comisión de Tumores se han analizado los circuitos para cáncer de mama y cáncer de colon mediante la revisión de las historias clínicas.

Se ha potenciado la *Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos*, elaborándose un protocolo de la unidad y se han establecido los circuitos de información y funcionamiento, y se ha incorporado a la plantilla un FEA (facultativo especialista de área) en oncología. En el mes de octubre se presentó en los centros de salud y a los profesionales de atención especializada.

Esta unidad funciona en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

En el hospital de día oncológico se ha elaborado un programa informático para el registro de la actividad.

La *atención domiciliar de enfermería* se ha potenciado, pasando de 1,87 domicilios programados por enfermera(o)/día en 2005 a 2,03 en 2006.

El programa de detección del *cáncer de mama* es el programa estrella en la línea oncológica y año tras año aumenta su cobertura, pasando del 34,5 % en 2005 al

44,08 % en 2006 en Melilla. En octubre se realizó en Melilla una campaña de sensibilización para estimular la participación en el programa a través de los mensajes que se incluyeron en un póster que se distribuyó en los centros sanitarios. También se han actualizado los domicilios de los pacientes para facilitar la recepción de las cartas de citación. Con estas dos medidas se espera mejorar la cobertura.

En Ceuta se diseñó en el primer cuatrimestre de 2006 el proyecto de actuación de *cáncer de mama*, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Salud del Cáncer del Sistema Nacional de Salud. El programa cuenta con la colaboración de la Consejería de Salud de Ceuta. Como parte de éste, se realizó una jornada divulgativa el 19 de octubre, coincidiendo con el Día Mundial del Cáncer, y se presentaron espacios divulgativos en prensa y televisión local. Además, se realizó una mesa redonda monográfica en que se distribuyeron materiales de apoyo al programa.

Como novedad en 2006, se amplió la población diana en ambas ciudades autónomas, aumentando la *captación activa* a mujeres de 45 a 70 años.

Programa de Atención a Enfermedades Cardiovasculares

Durante 2006 se elaboró un *proyecto para cardiopatía isquémica*, siguiendo recomendaciones de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. El proyecto fija objetivos en los sistemas de información de atención primaria para evaluarlo para la intervención en promoción de hábitos saludables, formación en RCP (Resucitación Cardiopulmonar) y guías consensuadas de actuación.

El 30 de mayo se celebró en Ceuta una jornada de *riesgos cardiovasculares*, a la cual asistió la televisión local. Además, se difundieron artículos informativos en prensa y televisión sobre hábitos saludables. Se programaron varios cursos educativos sobre hábitos saludables en los colegios para alumnos de 1.º y 2.º de ESO. Por último, se repartieron carteles informativos en centros escolares y otros organismos públicos y privados.

Dentro de este programa se incluyen las actuaciones en relación con el tabaquismo, habiéndose documentado un proyecto de prevención y control del tabaquismo, que sigue las recomendaciones del acuerdo del Consejo Interterritorial.

En Melilla, dentro de este programa, las novedades durante 2006 se refieren fundamentalmente al *progra-*

ma que lucha contra el tabaco, donde se designó un responsable del programa para el área única, que actúa como consultor en atención primaria. Las actuaciones realizadas a lo largo del año fueron:

- Rueda de prensa del director territorial y director de atención primaria el 31 de marzo, con ocasión del Día Mundial de la Lucha Antitabáquica, dirigida a la población general con mensajes claros, objetivos y balance del programa de prevención del tabaquismo.
- Sesión clínica en cada centro de salud, durante el mes de abril, sobre distintos aspectos del programa antitabaco.
- Cursos para las organizaciones sindicales (del 20 al 29 de octubre, 25 horas) y para la Unidad de Atención a la Mujer (UAM) (del 2 al 5 de octubre, 10 horas).
- Sesión informativa en centros dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia locales para dar formación a profesores y adolescentes. Se ofrecerá el tratamiento de deshabituación de forma gratuita a los profesores.
- También se ha realizado una intervención formativa en la Escuela Universitaria de Enfermería a los alumnos de primer curso.
- Se ha adquirido la uniformidad del equipo de baloncesto del Hospital Comarcal y se ha marcado con la publicidad de *Espacio sin humos* del Ministerio de Sanidad y Consumo. Asimismo, se han repartido bolígrafos, cajas de lápices de colores (pediatría) y alfombrillas de ratón con el mismo mensaje.
- Se han colgado de la intranet del Ingesa de Melilla, como informes adjuntos para descargar, el cuestionario básico de tabaquismo y la información sobre deshabituación tabáquica para profesionales y para pacientes.
- Se ha diseñado el programa para e-SIAP (aplicación informática para la gestión de las consultas de atención primaria) y, una vez que se ha implantado la aplicación en toda el área, se ha incluido a 84 pacientes en el programa.

Dentro de la cartera de servicios de atención primaria se recoge la prevención, control y evaluación de los factores de riesgo cardiovascular. La cobertura media de las áreas sanitarias únicas dependientes del Ingesa fue del 55,4 % durante 2006, recogiendo los programas de atención a hipertensos, diabéticos, pacientes

con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), obesos y pacientes con hipercolesterolemia.

Todos los centros de salud de ambas áreas únicas del Ingesa disponen de desfibriladores y también está prevista su adquisición para todas las plantas de hospitalización.

Se ha pactado en atención especializada la elaboración de la vía clínica para el tratamiento del infarto de miocardio con la participación de diferentes unidades clínico-asistenciales (Cardiología, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias).

Programa de Atención a Enfermedades Infecciosas: Tuberculosis

El programa se elaboró en Ceuta y Melilla durante el último trimestre del año 2005, asignándose responsables del programa. La puesta en marcha del programa ya se realizó en Ceuta en 2005 con la creación de un equipo de tuberculosis (TBC) y la puesta en marcha de protocolos en servicios de urgencias ante sospecha de TBC, así como en el centro de estancia temporal de inmigrantes (CETI). Durante 2006 se continuó con las acciones incluidas en el programa, evaluándose al final del primer semestre. En Melilla se presentó el programa durante el primer semestre de 2006 en todos los equipos de atención primaria y se distribuyó la documentación a todos profesionales (médicos de familia, pediatras y profesional de enfermería).

A finales de 2006 se inició la unificación de los programas de Ceuta y Melilla en un único documento.

Programa NAOS y Proyecto PERSEO

Durante 2006, Ingesa ha colaborado con las Direcciones Territoriales del Ministerio de Educación y Ciencia en Ceuta y Melilla en la implantación en ambas ciudades de dicho programa, así como la participación piloto en el Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (PERSEO).

EQUIDAD (tabla 3)

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, pues supervisan y garantizan el cumplimiento de los principios de eficacia, equidad y calidad, tal y como se define en sus contratos de gestión anuales.

Por 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 completar 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 *Real Decreto 63/1995* para ofrecer el acceso a la sanidad en condiciones de igualdad. En este sentido, se ofrece asistencia sanitaria en condiciones de igualdad en acceso y prestaciones a los extranjeros, que o bien residen o se encuentran en ambas ciudades, en los términos contemplados en la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero*.

Además, en virtud de la aplicación del Real Decreto 1.088/1989, 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 *Real Decreto 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 algunas ONG y asociaciones profesionales y de familiares de pacientes para garantizar la atención a colectivos vulnerables como son los siguientes:

- Con la Asociación Española Contra el Cáncer (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.
- Con la Asociación Ceutí de Padres y Amigos de los Sordos (Acepas), dentro del programa de garantía de los pacientes con necesidades especiales de información asociada con la discapacidad. Las bases de este convenio se sentaron en 2004, lo que ha permitido que durante 2005 se disponga de intérprete en consulta para cada paciente con esta discapacidad. Al mismo tiempo, se facilita la información completa y por escrito sobre los servicios de otorrinolaringología (ORL) a las familias afectadas a través de los medios necesarios para que dicha información sea fácilmente comprensible (carteles, folletos, etc.).
- Actualmente, las Direcciones Territoriales de Ingesa e Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) han elaborado un *programa marco* de actuaciones conjuntas que conduzca a dar alter-

TABLA 3. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Ceuta y Melilla)

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	1. Unidad de Atención a la Mujer, incluyendo a mujeres extranjeras sin cobertura sanitaria (30-45 % de los partos)	1. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, y Real Decreto 63/1995	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 está transferida
		2. Programa para la prevención y detección del maltrato en mujeres y niños en ambas áreas sanitarias únicas	2. Objetivos pactados en contrato de gestión con las áreas sanitarias únicas	
Etnia	Sí	1. Información diferenciada según el idioma del paciente/familiar en todos los centros del área sanitaria única mediante traductores y folletos en varios idiomas (árabe, tamazitz, etc.)	Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, y Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero	Ídem
		2. Oferta diferenciada, según requerimientos religiosos/socio-culturales, de menú en los hospitales		
Discapacidad	Sí	1. Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes, incluido en la cartera de servicios de atención primaria y en el Plan de Calidad de Atención Especializada	1. Contratos de gestión del área única	Ídem
		2. Programa de Garantía de los Pacientes con Necesidades Especiales de Información Asociada con la Discapacidad	2. Convenio de Ingesa con la Asociación de Padres y Amigos de los Sordos (Acepas) 2004-2005	
		3. Subprogramas específicos dirigidos a prevención y atención a personas 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 sociosanitarios de personas con discapacidad	3. Programa Marco de Actuaciones Conjuntas entre las Direcciones Territoriales de Ingesa e Imsero, siguiendo el artículo 14 de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del SNS	
Otras	Sí	Revisión, actualización y unificación de los programas de tuberculosis de Ceuta y Melilla en un documento único para prevención y control de tuberculosis en las áreas sanitarias únicas de Ingesa	Objetivo prioritario de salud para ambas áreas sanitarias de Ingesa, dada la alta prevalencia de la enfermedad	En 2006 se han elaborado tres nuevos PNT: 1. Manejo del niño con test de Mantoux positivo en los CETI 2. Seguimiento microbiológico del paciente con resultado positivo de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> 3. Protocolo de aislamiento

CETI, centro de estancia temporal de inmigrantes; PNT, protocolos normalizados de actuación; SNS, Sistema Nacional de Salud.

nativas eficaces, considerando un abordaje amplio en el cual se impliquen los servicios sanitarios y sociales, siguiendo el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, donde se define la prestación sociosanitaria 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 sociales 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, personas con discapacidad, personas en situación de exclusión social con problemas sanitarios y cuidadores informales. Para ello se desarrollarán subprogramas específicos dirigidos a educación sanitaria, prevención y aten-

ción a minusválías 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 sociosanitarios de personas con discapacidad.

Además, 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 cuales también debe prestarse la debida asistencia. Para ello, ambas ciudades cuentan con centros de estancia temporal de inmigrantes (CETI), en los cuales se aloja 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 del test de Mantoux, analíticas y exploraciones radiológicas según protocolos vigentes, consultas médicas (tanto de atención primaria como de especialistas) y de enfermería, a demanda. Estos colectivos demandan mayores servicios que la población general por proceder de países donde no existe red sanitaria y hay poca o ninguna cobertura preventiva.

Por todo ello, 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 a las principales causas de morbimortalidad y a los problemas de salud prevalentes, los cuales se articulan en cinco grandes áreas temáticas: oncológicos, cardiovasculares, infecciosos/tuberculosis, Plan de Atención Bucodental y Plan de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes. La línea común de todos ellos es la mejora de la accesibilidad del paciente. A continuación se detalla alguno de estos programas:

- *Programas alternativos a la hospitalización convencional*: tratamientos en hospital de día, consultas de alta resolución y atención domiciliaria (especialmente, en cuidados paliativos).
- *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.

- *Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes*: el Ingesa oferta un paquete de servicios que implica a los dispositivos de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) y procura la atención integral y multidisciplinaria adecuada, garantizando su continuidad en el entorno natural del paciente cuando la enfermedad y/o sus complicaciones, o problemas sociales impidan el acceso habitual a la asistencia. Para ello se incluye en la cartera de servicios de AP y en el Plan de Calidad de AE el servicio *Prevención y detección de problemas en el anciano*, que añade una dimensión sociosanitaria a esta población más vulnerable. Durante 2005 se realizó la estimación de la población diana subsidiaria del programa y durante 2006 se incorporó una nueva trabajadora social al hospital, reanudándose el programa de detección de riesgo social al ingreso, tras haberse abierto 217 historias sociales y haber intervenido en 207. Dentro de las intervenciones se detectaron 34 casos de riesgo social en ancianos. Se ha presentado el Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes en todos los centros de salud de Atención Primaria y está colgado en la intranet del Ingesa en Melilla.
- *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, fundamentalmente debido a la población inmigrante. Durante el primer semestre de 2006 se presentó el programa en todos los equipos de atención primaria de Melilla y se distribuyó la documentación con éste a todos los profesionales. En Ceuta se han elaborado tres nuevos PNT (protocolos normalizados de actuación) que son los siguientes:
 - Tratamiento del niño con test de Mantoux positivo en el CETI.
 - Protocolo de aislamiento del paciente con tuberculosis.
 - Seguimiento microbiológico del paciente con resultado positivo de *Mycobacterium tuberculosis*.Se han unificado los programas de atención a tuberculosos en Ceuta y Melilla en un único documento para ambas áreas sanitarias de Ingesa.
- *Plan de Atención Bucodental*: se ha constituido el grupo de trabajo para revisar los trabajos atendidos por las Unidades de Salud Bucodental, los

protocolos de actuación y la elaboración de propuestas de mejora. El grupo ha quedado constituido por la Dirección Asistencial de Atención Primaria, los odontólogos y los higienistas dentales. Se tienen dos propuestas y se ha expresado la necesidad de cambiar los criterios de valoración de la actividad. Con la creación del grupo de trabajo sobre actuación de criterios de inclusión, puede cerrarse el nuevo plan. Respecto a las consultas en la unidad, en 2006 se han realizado 10.826, el 6,92 % más que en 2005.

- 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 según la Ley 4/2000. En atención primaria existe el programa de la mujer donde se evalúa el porcentaje de cobertura que tienen los distintos objetivos dentro del programa: captación y valoración de la mujer embarazada, seguimiento de la mujer embarazada, preparación al parto, visita en el primer mes de posparto, información y seguimiento de métodos anticonceptivos, vacunación de la rubéola, diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, endometrio y mama, y atención a la mujer en el climaterio.
- *Programa para la prevención y detección del maltrato en mujeres y niños* en ambas áreas sanitarias únicas.
- También, para mejorar la accesibilidad, existe en ambas áreas únicas *pactos de interconsultas y pruebas diagnósticas* entre AP y AE con gestión de las agendas de especialistas desde los centros de salud.
- En los hospitales, dentro de la mejora de la calidad de hostelería, se contempla la *diversidad étnica y sociocultural* de los pacientes mediante oferta de

menú específico según requerimientos religiosos o culturales de éstos.

- En todo el área se ofrece *información diferenciada según el idioma* del paciente/familiar, del funcionamiento del hospital y de los centros de AP mediante traductores y distribución de folletos en varios idiomas, entre los cuales se incluye el árabe y el dialecto de la zona que es el *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 de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios para todos, optimizando los recursos del sistema sanitario gestionado por el Ingesa y del sistema social, en orden a mejorar el acceso a una atención integral adecuada, según las necesidades sociales o sanitarias de la población que se atiende.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (tablas 4-9)

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 aquella que constantemente llega del vecino país, atraída por un nivel de asistencia muy superior. Esto implica mayor grado de exigencia y un esfuerzo adicional de los profesionales de la sanidad.

Para paliar, en parte, esta situación, se ha previsto un incremento neto de las plantillas en su conjunto del 10 % durante los años 2006-2008, a razón del 4 % en

TABLA 4. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad	
			Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina familiar y comunitaria	21	12	19	14
Pediatría	7	4	10	1
Enfermería	16	32	40	8
Farmacia	1	0	1	0
Psicología clínica	0	1	1	0
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	0	2	2	0
Otros profesionales no sanitarios	19	38	48	9
Población atendida por equipos de atención primaria: 100 %				

TABLA 5. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina	58	26		65	19
Enfermería	36	148	5	157	22
Auxiliar de enfermería	7	99	0	83	23
Farmacia	0	0	0	0	1
Otro personal sanitario	10	33	6	33	4
Personal no sanitario vinculado	94	106	1	167	32

TABLA 6. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad	
			Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Análisis clínicos	2	2	4	0
Anatomía patológica	0	2	2	0
Anestesiología y reanimación	5	0	3	2
Aparato digestivo	2	0	2	0
Cardiología	2	0	1	1
Cirugía general y del aparato digestivo	6	0	3	3
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	1	0	1	0
Endocrinología y nutrición	0	1	1	0
Hematología y hemoterapia	1	1	2	0
Medicina del trabajo	1	0	1	0
Medicina intensiva	3	2	4	1
Medicina interna	4	2	4	2
Microbiología y parasitología	1	0	1	0
Nefrología	1	0	1	0
Neumología	2	0	2	0
Neurología	2	0	2	0
Obstetricia y ginecología	3	3	3	3
Oftalmología	3	2	4	1
Otorrinolaringología	2	1	2	1
Psiquiatría	1	1	2	0
Radiodiagnóstico	2	2	3	1
Reumatología	1	1	2	0
Traumatología y cirugía ortopédica	6	0	2	4

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

2006; el 3 % en 2007, y el 3 % en 2008. Se finalizará este período tras haber incrementado las plantillas en 157 nuevos puestos de trabajo.

Además, hay que señalar que la plantilla real en ambas ciudades adolece del mismo defecto estructural: son plantillas en las cuales 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 que haya 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.

TABLA 7. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina familiar y comunitaria	33	15	0	29	19
Pediatría	3	9	0	5	7
Enfermería	10	41	1	23	27
Farmacia	1	0	0	1	0
Psicología clínica	1	1	0	1	1
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	2	11	1	5	7
Otros profesionales no sanitarios	23	35	1	48	9
Población atendida por equipos de atención primaria: 96,67 %					

TABLA 8. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina	64	17	1	54	26
Enfermería	21	170	13	165	13
Auxiliar de enfermería	8	117	4	88	33
Farmacia	2	0	0	2	0
Otro personal sanitario	4	19	0	21	2
Personal no sanitario vinculado	64	102	2	130	34

TABLA 9. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Análisis clínicos	2	1	1	1	1
Anatomía patológica	1	1	0	1	1
Anestesiología y reanimación	3	1	0	2	2
Angiología y cirugía vascular	1	0	0	0	1
Aparato digestivo	1	0	0	0	1
Cardiología	2	0	0	0	2
Cirugía general y del aparato digestivo	4	0	0	2	2
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	1	0	0	1	0
Endocrinología y nutrición	1	0	0	0	1
Hematología y hemoterapia	0	3	0	3	0
Medicina del trabajo	1	0	0	1	0
Medicina intensiva	5	1	0	4	2
Medicina interna	4	0	0	2	2
Microbiología y parasitología	1	1	0	2	0
Nefrología	1	0	0	1	0
Neumología	2	0	0	2	0
Neurocirugía	1	0	0	0	1
Neurología	2	0	0	2	0

Continuación TABLA 9

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Obstetricia y ginecología	4	3	0	6	1
Oftalmología	1	0	0	0	1
Otorrinolaringología	2	0	0	1	1
Psiquiatría	1	1	0	1	1
Radiodiagnóstico	1	0	0	1	0
Rehabilitación	1	0	0	0	1
Reumatología	1	0	0	1	0
Traumatología y cirugía ortopédica	3	0	0	2	1
Urología	2	0	0	2	0

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

La solución pasa por mantener una periodicidad en los procesos de oferta de empleo público. En la actualidad se está gestionando la ejecución, durante 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 (Real Decreto 96/2006, de 3 de febrero, por el que se 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 continúa siendo la que recoge 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 está 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 del personal. Entre esas mejoras se modificó el valor de la tarjeta sanitaria individual, el valor de las zonas básicas, el valor de la hora de guardia de presencia física y la atención continuada en sus 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 pueda quedar implantado en 2007 para el personal sanitario licenciado y diplomado. En ese mismo año se ofrecería una cantidad a cuenta para el resto del personal y se implantaría el desarrollo profesional a lo largo de 2008.

FARMACIA (tabla 10)

El gasto farmacéutico en el Ingesa en 2006 ha representado un incremento del 6,02 % en relación con el año anterior, crecimiento inferior al registrado en años anteriores (el incremento menor desde hace 6 años). No obstante, ha superado ligeramente el incremento medio nacional que se ha situado en el 5,82 %. Es de destacar que el incremento del precio medio por receta durante 2006 en el Ingesa ha sido del 1,22 %, por debajo de la media del SNS (1,65 %).

Las actuaciones más importantes realizadas durante este año que han motivado estos resultados se describen a continuación.

Actuaciones en materia de análisis de prescripción farmacéutica

Durante el año 2006 en el Ingesa se ha continuado con la utilización de la aplicación *Digitalis* para la obtención de información sobre consumo farmacéutico e indica-

TABLA 10. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Ceuta y Melilla)

		Datos de 2006	Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	1.864.553	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	15,34	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	24.172.210,89	
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	6,80	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N02BE: anilidas (analgésicos) N05BA: derivados de la benzodiacepina (ansiolíticos)	6,02 % sobre el total de especialidades 4,96 % sobre el total de especialidades 4,36 % sobre el total de especialidades
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC: inhibidores de la bomba de protones R05CB: mucolíticos N02BE: anilidas (analgésicos)	52,68 % sobre el total del grupo 43,01 % sobre total del grupo 21,55 % sobre el total del grupo

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. *Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. ** Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*.

dores de prescripción. El perfil de prescripción global de los facultativos de nuestro ámbito, expresado de manera agregada por subgrupo terapéutico y por principio activo no ha mostrado cambios significativos respecto al año anterior. Los tres subgrupos terapéuticos más consumidos en 2005 también lo son durante el año 2006 aunque con distinta tendencia de crecimiento. El grupo de inhibidores de la bomba de protones es más consumido y ha experimentado un crecimiento del 15,44 % respecto al año anterior.

Durante este año se ha hecho especial hincapié en el control de la prestación, atendiendo a aspectos como la calidad de grabación de la información de recetas a efectos de su facturación; también se han extremado las medidas en el seguimiento de la adecuada prescripción y dispensación mediante el control de los rechazos y la revisión pormenorizada de recetas (revisión de productos facturados y precios de facturación, sustituciones efectuadas en la dispensación, cumplimiento del requisito de visado y control del derecho a prestación, entre otros).

Políticas de uso racional del medicamento

Durante 2006 se ha continuado con la ejecución de las líneas contempladas en el Programa de Uso Racional del Medicamento puesto en marcha en el año 2005, básicamente centrando las actuaciones en la información y formación de los profesionales y fundamentalmente en la selección de medicamentos. Con objeto de potenciar esta línea de actuación se ha continuado con lo siguiente:

- Elaboración de publicaciones: boletines farmacoterapéuticos y hojas de elaboración de medicamentos.
- Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos de atención primaria.
- Celebración de reuniones de la Comisión de Uso Racional del Medicamento, reuniones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento de Prestación Farmacéutica, así como las reuniones mensuales de la comisión mixta entre los colegios de farmacéuticos y el Ingesa.

Durante este año se ha puesto en marcha, por primera vez en nuestro ámbito, un sistema de incentiva-ción en relación con la prestación farmacéutica, ligado al cumplimiento de objetivos de indicadores cuantitativos y cualitativos, los cuales se han elaborado para potenciar la prescripción de las especialidades farmacéuticas que, a la vista de la evidencia del momento, se consideran más eficientes, sobre todo las especialidades farmacéuticas genéricas (EFG). Este sistema de incentiva-ción ha ido dirigido a los médicos de familia y ha tenido carácter individual y voluntario, lo que ha permitido mayor implicación tanto de aquellos profesionales que este año se han adherido al sistema (58,7 % de los médicos de familia), como de los equipos directivos.

Como consecuencia de esta nueva línea de actuación, el precio medio de la receta en el ámbito del Ingesa ha sido en 2006 el más bajo de todo el SNS, fundamentalmente debido al incremento de prescripción

de EFG. En este sentido, el porcentaje de recetas prescritas de EFG ha representado el 15,34 % sobre el total de recetas, lo que significa un incremento del 37,16 % respecto al año anterior.

INVESTIGACIÓN (tabla 11)

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 5 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 con el 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 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.

Mención especial merece el Programa de Incentivación del Uso Racional del Medicamento, de instauración en 2006, que se ha prorrogado a 2007, dados sus buenos resultados.

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 al Ingesa, donde los datos son validados, explotados y tabulados para 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 cual confluye información asistencial, de calidad y económico-financiera.

Asimismo, el sistema de información de consumo farmacéutico *Digitalis* ha permitido mejorar la gestión y el control de la prestación farmacéutica, optimizando los siguientes aspectos:

- Asignación, seguimiento y control presupuestario.
- Control del uso indebido de los recursos.
- Actuaciones de inspección.
- Validación económica de las facturas y calidad de grabación de las recetas.
- Mejora y ampliación de la información de consumo.

En 2006 se ha trabajado en la adaptación de nuestros programas informáticos y bases de datos para el seguimiento por los hospitales del Ingesa, según el Real Decreto 605/2003, que establece las medidas de tratamiento homogéneo de la información sobre lista de espera, del SNS.

CALIDAD

El Plan de Calidad del Ingesa durante 2006 continúa los programas y objetivos de mejora de calidad establecidos en el Plan Trienal (2005-2007) de Calidad del Ingesa, suscrito con los gerentes y directores territoriales de las Áreas Sanitarias Únicas de Ceuta y Melilla.

En Ceuta, dicho Plan se encuentra plasmado en el Documento UC001/2006 de la Unidad de Calidad. Tan-

TABLA 11. Investigación, 2006 (Ceuta y Melilla)

	Sí/no	Observaciones
Proyectos de investigación financiados por el FIS	No	Convenio entre los hospitales Cruz Roja de Ceuta y Comarcal de Melilla con el Instituto de Salud Carlos III para investigación, diagnóstico y control de enfermedades tropicales

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

to en Ceuta como en Melilla se establecen objetivos con los servicios/unidades y se incentiva la consecución de éstos.

Las novedades durante 2006 han sido las siguientes:

- Programa de *Incentivación* a los Profesionales de Atención Primaria a las *Buenas Prácticas en Prescripción*: se efectúa el seguimiento de los indicadores de calidad de la prescripción mediante programa informatizado y se diseñan intervenciones específicas sobre los profesionales. Existen responsables del Protocolo de Uso Racional del Medicamento por cada equipo de atención primaria, realizándose reuniones periódicas con los facultativos del equipo para discutir aspectos relacionados con la mejora de la prescripción. Con periodicidad mensual se remiten datos e información gráfica sobre la evolución temporal de los indicadores cuantitativos y cualitativos contenidos en el contrato de gestión, a todos los facultativos de atención primaria. La información es remitida por el director médico e incluye comentarios específicos dirigidos a cada profesional. Simultáneamente, al coordinador se le remite la información facilitada a cada uno de los facultativos de su equipo para proporcionarles la información.
- Se ha editado en Ceuta un tríptico que recoge 17 preguntas dirigidas a las personas usuarias acerca de su opinión sobre la calidad de la atención hospitalaria: *Encuesta de Opinión sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria*, además de otro dirigido a los niños y niñas desde la Unidad de Salud Bucodental *Ingesa cuida sus dientes* y, por último, uno en atención primaria dirigido a mejorar la calidad de vida de los mayores y a la prevención o detección precoz de problemas de salud: *Examen de salud para mayores de 65 años*. Recoge 10 ítems entre los cuales están las vacunaciones, valoración de agudeza auditiva y visual, tensión arterial, analítica, uso adecuado de medicamentos, prevención de enfermedades cardiovasculares, oncológicas, depresión, riesgos de caídas, prevención de incontinencia urinaria, consejos sobre alimentación y actividad física, y consejos sobre consumo de alcohol y tabaco.

En Melilla se han editado diversos trípticos informativos para mejorar la satisfacción de los pacientes: *Información para el usuario de urgencias* y *Estamos para atenderle*, para los pacientes que acceden al hospital.

- *Seguridad de los pacientes*: se incorporan *objetivos específicos* de seguridad de las actuaciones sanitarias en los *contratos de gestión* de ambas áreas únicas en 2006, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Seguridad de Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se desarrollan los siguientes *Proyectos en Seguridad de los Pacientes* en virtud de los fondos gestionados en el ámbito del *Plan de Calidad del SNS*:

- *Identificación inequívoca* y universal de pacientes ingresados: se evalúa mediante cortes transversales mensuales el uso de la pulsera implantada en ambos hospitales en 2005, con progresivo aumento del nivel de implantación, pasando del 23 % a algo más del 70 % los pacientes que portan la pulsera. A partir de 2006 se incluyen los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias y que pasan a observación, vayan a ser hospitalizados posteriormente o no.
- Se constituyen *unidades funcionales en seguridad* de pacientes en ambas áreas sanitarias únicas del Ingesa, con profesionales multidisciplinares tanto de atención primaria como de atención especializada.
- Se promueve la utilización de *solución hidroalcohólica*, instalando dispensadores en el hospital, en los carros de curas y en los controles de enfermería. Durante el último trimestre de 2006 se evalúa el uso de dicha solución, detectándose poco nivel de seguimiento, por lo que se diseñan y editan trípticos informativos tanto en Ceuta como en Melilla.
- Se editan *trípticos y carteles informativos* sobre seguridad de pacientes y sobre el uso de pulseras identificativas en Ceuta.
- Se diseña un plan de control de efectos adversos que incluye una plantilla de declaración anónima y seguimiento informático de los datos.

En cuanto a la *Encomienda de Gestión* entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ingesa para el impulso de *prácticas seguras* en los centros sanitarios, en las Áreas Sanitarias Únicas de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se iniciaron durante el segundo semestre de 2006 las actividades que durante los años 2006 y 2007 se dirigirán específicamente al impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Dentro de esta Encomienda se desarrollarán tres proyectos:

- Mejorar la implantación de la solución hidroalcohólica para higiene de las manos en todos los centros sanitarios del Ingesa.
- Mejorar el funcionamiento de las unidades en seguridad de pacientes en las áreas sanitarias únicas del Ingesa.
- Prevención de infección en herida quirúrgica en las áreas sanitarias únicas del Ingesa.
- *Gestión de listas de espera.* Durante 2006 se han implantado las acciones necesarias para la *puesta en marcha* del sistema de gestión de listas de espera siguiendo las recomendaciones del Real Decreto 605/2003 para la gestión de la lista de espera del SNS (SISLE, Sistema de Información sobre Lista de Espera). Durante dicho año se ha podido enviar la información relativa a las listas de espera quirúrgicas (LEQ) siguiendo las recomendaciones de dicho Real Decreto.
- Además se ha incorporado un *Sistema de Información para la Gestión Clínica* mediante la explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que permite obtener indicadores de gestión y calidad, así como compararlos con otros hospitales del SNS de similares características a los de las ciudades autónomas.

de desarrollo- 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:

- *La libre elección de médico general y pediatra* continúa regulada en nuestro ámbito por el Real Decreto 1.575/93, de 10 de septiembre. La libre elección de especialista, regulada por el Real Decreto 8/1996, se hace efectiva en las Ciudades Autónomas 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.
- *Segunda opinión.* Este derecho queda garantizado mediante la libre elección de médico, que permite a los pacientes obtener una interconsulta con otro especialista cuando se dispone de varios facultativos de la misma especialidad. En el resto de situaciones se deriva a otro facultativo del Ingesa que, aun disponiendo de otra especialidad, pueda asumir al paciente por el carácter de su patología (caso del especialista en medicina interna, que puede valorar otras especialidades) o bien se autoriza al Servicio de Evacuaciones para que remita al paciente a un centro de referencia en la Península para una segunda opinión. Actualmente está en fase de 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

PARTICIPACIÓN (tabla 12)

En el ámbito territorial del Ingesa –dentro de las funciones que tiene establecidas ya que el desarrollo de algunos derechos recogidos en la Ley corresponden a las ciudades autónomas en el ámbito de las competencias que recogen sus estatutos de autonomía y normas

TABLA 12. Participación, 2006 (Ceuta y Melilla)

	Sí/no	Referencia legislativa
Libre elección de médico	Sí	Real Decreto 1.575/1993 y Real Decreto 8/1996
Segunda opinión	Sí	
Acceso a la historia clínica	Sí	
Consentimiento informado	Sí	
Instrucciones previas/últimas voluntades	Competencia de las ciudades autónomas	
Guía o carta de servicios	Sí	
Información en el Sistema Nacional de Salud*	Sí	
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad	Sí	

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. *Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.

des que han tenido que afrontar los pacientes de Ceuta y Melilla para ejercer este derecho.

- **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, haciéndoles entrega bien de un informe sobre el contenido de ésta referido a un proceso asistencial concreto o copia de su totalidad si así lo demandan.
- **Consentimiento informado.** Se solicitará, protocolizado y por escrito para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que conlleven mayor riesgo.
- **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 aparece reflejada la información completa al paciente sobre todos los servicios, unidades, prestaciones y facilidades para trámites administrativos que el hospital pone a su disposición.
- **Información en el Sistema Nacional de Salud.** Se facilita a través de trípticos informativos puestos a disposición de los pacientes en todos los centros.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Programas de promoción y prevención de la salud

Ceuta y Melilla participan, junto con otras seis comunidades autónomas, en el *Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (Programa PERSEO)*.

Justificación

El Ministerio de Sanidad y Consumo lanzó en febrero de 2005 la estrategia Naos, acrónimo que corresponde a las iniciales de Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y de reunir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos y, especialmente, los niños y los jóvenes adopten hábitos de vida saludables. Las acciones desarrolladas, coordinadas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, se han estructurado en distintos ámbitos de actuación: familiar, comunitario, escolar, empresarial y sanitario. Para potenciar en la escuela los objetivos de la estrategia Naos, se decidió realizar a

comienzos del curso 2006-2007 una experiencia piloto con intervenciones sencillas, fácilmente realizables en los centros escolares, y que en el futuro pueda servir como modelo para actuaciones de mayor envergadura. Por esta razón, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, en colaboración con seis comunidades autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, decidieron promover un programa para favorecer la alimentación saludable y la actividad física en el ámbito escolar. Ingresa, como prestador y garante de la asistencia sanitaria en las Áreas Únicas de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, participa plenamente en este programa.

Población diana

Se trata del alumnado de educación primaria entre 6 y 10 años y sus familias. En la fase experimental, la intervención se desarrollará en cuatro colegios de Melilla y en cuatro colegios de Ceuta. Participarán coordinadamente los profesores y los equipos directivos de los centros escolares, las AMPA (Asociación de Madres y Padres de Alumnos) y los profesionales sanitarios de atención primaria (Ingresa).

Características de su desarrollo

El programa se desarrolla en el marco de colaboración del convenio suscrito entre los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en julio de 2005. Se desarrollará una primera fase piloto en el curso 2006-2007 y se ampliará el programa en fases sucesivas. La participación que tiene Ingresa en dicho programa consiste en la realización de controles antropométricos antes y después de las intervenciones y la formación del profesorado. Además, a la población escolar se le realiza una exploración física exhaustiva y un cuestionario para el análisis de la ingesta.

Implantación

Participan profesionales de enfermería que realizarán recogida de datos según el cuestionario *Hábitos alimentarios en la población escolar* a 1.066 niños de Ceuta y a 1.750 de Melilla; además, a estos niños se les hace medición de peso, talla, IMC (índice de masa corporal), circunferencia del brazo y presión arterial sistólica y diastólica. Posteriormente, tras la valoración de resultados, se remitirá a los médicos de atención primaria a aquellos niños a quienes se les hayan detectado parámetros anormales.

Evaluación, indicadores y resultados

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Distribución adecuada de la ingesta lo largo del día, reduciendo el porcentaje de escolares que evitan el desayuno o prescinden de alguna comida.
- Disminución de la ingesta de grasas no saludables y azúcares.
- Promoción del consumo de agua como bebida de elección.
- Promoción de práctica habitual de actividad física.
- Reducción del tiempo dedicado a televisión, videojuegos u ordenadores.

Aunque las acciones realizadas pueden tardar en manifestar sus efectos sobre la incidencia de la obesidad infantil, al final del curso 2006-2007 se llevará a cabo una primera evaluación tanto del funcionamiento práctico del programa piloto como de la situación de los objetivos específicos en la población diana.

Gestión de servicios sanitarios: boletín trimestral de monitorización del contrato de gestión

Justificación

La asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla se imparte en los centros sanitarios dependientes del Ingresa a través de la suscripción de sendos contratos de gestión con los directores territoriales y gerentes de las áreas sanitarias únicas de ambas ciudades. Para facilitar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos incluidos en los distintos programas y carteras de servicios de las áreas sanitarias se diseñó, en enero de 2006, un boletín evaluador que recogía de forma sucinta los objetivos e indicadores con el resultado alcanzado en ellos al final de cada trimestre.

Desarrollo

El formato electrónico del boletín se remitió en marzo de 2006 a ambos gerentes de las Áreas Sanitarias Únicas de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El resumen por objetivos e indicadores del contrato de gestión, una vez que fue cumplimentada por los gerentes quedaba reducido a 20 páginas que recogían los resultados de los indicadores incluidos en los siguientes ítems:

- Objetivos priorizados a problemas de salud, que recogía los resultados de los indicadores de los programas de atención a procesos oncológicos, enfermedades cardiovasculares, atención a mayo-

res frágiles y dependientes, enfermedades infecciosas y plan bucodental.

- Cartera de servicios y actividad asistencial de atención primaria y atención especializada.
- Sistemas de información sanitaria.
- Formación.
- Calidad.
- Farmacia.
- Incapacidad temporal.

Implantación, evaluación y resultados

La cumplimentación del boletín agilizó el informe de evaluación del contrato de gestión por los gerentes, así como la fácil detección de logros y debilidades en la consecución de los objetivos, que puede observarse con una mirada rápida al ítem correspondiente. Asimismo, permite a la Subdirección de Atención Sanitaria de Ingresa tener conocimiento cada 3 meses de resultados de indicadores de aquellos objetivos que no se recogen habitualmente en los sistemas de información habituales en atención sanitaria, como son: LECYT (lista de espera de consultas y técnicas –diagnósticas y terapéuticas–), LEQ, SISLE, SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada), CMBD, etc.

Equidad de género en la atención a la salud.

Atención a la salud en las personas inmigrantes: el pictograma como medio comunicativo ante la diversidad en el lenguaje

Justificación

A los centros sanitarios de Ceuta y Melilla, por la especial situación geográfica de estas ciudades, acuden personas de distintas culturas e idiomas a los cuales a veces es difícil atender ya que suelen reclamar atención en su dialecto o bien mediante señas que consideramos universales y que están unidas al medio donde hayan forjado su vida. En determinadas situaciones, los profesionales sanitarios se sienten impotentes ante la incompreensión de la atención que reclaman puesto que no pueden entender su dialecto, pero la información que puede reportarnos el inmigrante junto a las pruebas que se adjunten tiene gran valor para tomar decisiones de cara a la atención que se le preste. Al ser Ceuta y Melilla ciudades con una gran población inmigrante, sobre todo árabe, con un alto porcentaje de natalidad, este proyecto surge de la necesidad, fundamentalmente de las comadronas de Ceuta, de obtener los datos de la historia clínica obstétrica con el objetivo

de alcanzar una idea global de la situación de la embarazada y atender adecuadamente sus necesidades.

Por todo esto, comadronas de Ceuta y de Algeciras elaboraron un *pictograma* con el objetivo de favorecer la comunicación entre la gestante y las profesionales durante su estancia en el paritorio y/o urgencias para aquellas personas que no entienden el castellano.

Población diana

Está formada por las mujeres inmigrantes embarazadas que no hablan o hablan muy mal el castellano y acuden al área de consulta de urgencias obstétricas o paritorios del hospital de Ceuta.

Desarrollo e implantación

Un pictograma es un signo que representa esquemáticamente una idea o un objeto real sin que la pronunciación de tal objeto o idea sea tenida en cuenta. Los pictogramas o el lenguaje de signos son un enorme apoyo para recoger información rápida sobre la gran diversidad de dialectos que nos encontramos en nuestros centros sanitarios. Se ha realizado un estudio basado en la aplicación de los pictogramas diseñados en aquellas embarazadas que entienden el castellano y se ha valorado el porcentaje e información que puede obtenerse para cumplimentar la historia clínica. La muestra se recogió al azar de todas las mujeres embarazadas que acudían a los servicios anteriormente indicados durante 2 meses. Las comadronas recogieron los datos en sus horas habituales de trabajo, valoraron los datos que podían rellenar con los pictogramas, comparándolo con la información verbal recogida en el grupo piloto de embarazadas de habla castellana. Actualmente la "tabla de pictogramas" se ha editado en árabe, castellano, inglés y francés, y está disponible en las áreas señaladas para mostrarlas a las mujeres con el objetivo de interpretar la información que dé la mujer a través de los signos del pictograma y elaborar la historia clínica, así como prestar los cuidados adecuados.

Evaluación y resultados

Después de poner en marcha el estudio piloto, se observó que el "pictograma" había sido útil para la confección de la historia clínica. Además, toda la información recogida había ayudado a prestar mejores cuidados obstétricos al poder mejorar el conocimiento de las necesidades de la embarazada. Se vieron disminuidos los temores y ansiedad de la gestante al observar que

podía expresar de alguna forma lo que necesitaba en cada momento y se daba respuesta a esa necesidad. El pictograma es muy básico y práctico con dibujos muy sencillos de comprender que ayudan a romper las barreras lingüísticas.

Apoyo a la investigación. Premios de calidad 2006 del Hospital Cruz Roja de Ceuta (Ingesa)

Justificación

La necesidad de incentivar la calidad de la asistencia sanitaria mediante reconocimiento público de las buenas prácticas llevadas a cabo por los profesionales, servicios/unidades y comisiones clínicas.

Población diana, desarrollo e implantación

Durante el año 2006 se editó un boletín de calidad y seguridad clínica en el Área Sanitaria Única de Ceuta que intentaba fomentar la participación de los profesionales en acciones que redunden en la mejora del área. Como parte de este boletín se diseñó un apartado dirigido a la creación de premios de calidad para las acciones mejor valoradas por el equipo directivo, unidad de calidad y comisiones clínicas del hospital.

Evaluación y resultados

Se evalúan acciones, como la presentación de comunicaciones a congresos por parte de los profesionales, proyectos de mejora llevados a cabo en las unidades/servicios, programas de formación específicos en calidad realizados por los profesionales, así como consecución de objetivos de especial relevancia por las comisiones clínicas. La evaluación se realizó en el primer trimestre de 2007 y los premios fueron para:

- El Servicio de Análisis Clínicos por comunicaciones a congresos de calidad, realización de ciclos de mejora y de un máster en calidad.
- Unidad de Enfermería de Hospitalización por la puesta en marcha de protocolos de calidad en cirugía y traumatología.
- Mejor servicio no asistencial: Servicio de Lavandería; mejor comisión clínica: Historias Clínicas y Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos.

Tanto los premios como el boletín han mejorado la participación de todos los profesionales en los temas de calidad, así como la difusión de los objetivos y noticias sobre estos temas entre todos los profesionales.