

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

Ceuta y Melilla



Características socioeconómicas y demográficas de la población

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 densidad demográfica media española (en 2006, 3.894 hab./km² en Ceuta y 4.985,40 hab./km² en Melilla frente a 88,6 hab./km² en España), por su condición de núcleos urbanos. No obstante, su densidad demográfica es superior a la 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, vinculado con la peculiaridad de su ubicación geográfica y de su proceso histórico, así como con 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 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.

La población de la Ciudad Autónoma de Ceuta a 1 de enero de 2007 es de 76.603 habitantes (según el Real Decreto 1.683/2007, de 14 de diciembre). A 30 de noviembre de 2007 se contabilizaron 69.571 tarjetas sanitarias, entre las cuales 14.667 tienen derecho a farmacia gratuita.

La población de la Ciudad Autónoma de Melilla a 1 de enero de 2007 es de 69.440 habitantes (según el Real Decreto 1.683/2007, de 14 de diciembre). A 30 de noviembre de 2007 se contabilizaron 58.207 tarjetas sanitarias, entre las cuales 13.036 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, puede llegar a ser muy superior. Dicho artículo referido específicamente a la asistencia sanitaria, unido a las profundas diferencias socioeconómicas y específicamente de cobertura sanitaria de la población de Marruecos, motiva una alta demanda, fundamentalmente en urgencias.

Seguimiento del estado de salud de la población

Según el Real Decreto 1.683/2007, de 14 de diciembre, las cifras oficiales de la población de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla son 76.603 y 69.440 habitantes, respectivamente. Son las resultantes de la revisión del padrón municipal de habitantes y corresponden a fecha de 1 de enero de 2007. En el caso de Ceuta, se observa un ligero aumento (1 %) respecto a las cifras oficiales a 1 de enero de 2006 mientras que en Melilla el aumento es algo más apreciable (3,8 %). 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 se observan las pirámides de población de ambas ciudades y se comparan con la de España, en ambos 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 el 9,7 % en Ceuta y el 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 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 nacer* en Ceuta, con 75,33 años, era la más baja de España, seguida de la de Melilla, con 76,08 años. En cambio, entre 1990 y 1998, 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. En el año 2005, la esperanza de vida en Ceuta, con 78,62 años, continúa siendo la menor, pero se acerca más a la media nacional que ese año fue de 80,23. En Melilla, la cifra fue de 79,32 años.

La *tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes* en 2006 (cifras del INE) era, en Melilla, con 16,74 la mayor de España, seguida de cerca por Ceuta (14,55). En ambos casos se supera claramente el total nacional de 10,96. 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* (1,915 en Ceuta y 2,192 en Melilla) y la *tasa*

global de fecundidad por 1.000 mujeres (55,80 en Ceuta y 63,98 en Melilla) eran en 2006 los mayores de todo el Estado.

Algunos indicadores que describen el estado de salud correspondientes a 2006 (datos del INE) son los siguientes: la *tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes* fue de 6,70 en Ceuta y de 6,77 en Melilla (sólo superiores a las de Canarias y la Comunidad de Madrid); ambas están muy por debajo de los 8,43 de la media nacional. No obstante, estas tasas no están estandarizadas por edad. Si uno se fija en los datos estandarizados de 2005, Ceuta y Melilla consideradas en conjunto tienen una tasa de 8,90, que es la mayor de España después de Andalucía. La *tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos* en España fue de 3,53 y tanto Ceuta (con 12,49) como Melilla (5,35) quedaron por encima de esta cifra. No obstante, al interpretar estos datos, se debe tener en cuenta el alto porcentaje de nacimientos que corresponden a niños cuyas madres acuden a las ciudades de Ceuta y Melilla, poco antes del parto, procedentes del vecino Marruecos. Sus embarazos generalmente no han contado con una atención y un seguimiento equiparables a los de las mujeres residentes en estas dos ciudades.

En lo que se refiere a las *tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte*, los datos de 2005 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 (0,24 por 1.000) es la mayor de todo el Estado, pero ha descendido desde 0,31 en 2002, año en que casi duplicó la de España (0,16). En este grupo de enfermedades, la información que proporciona el sistema de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) referida a 2007 (datos provisionales) muestra tasas por 100.000 habitantes de algunas enfermedades claramente superiores a la media nacional; es el caso de la tuberculosis respiratoria (especialmente en Ceuta), hepatitis A y otras hepatitis víricas (esta última solamente en Ceuta). Sin embargo, no se registra ningún caso de brucelosis, tos ferina o sarampión 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 (0,54) que en cualquier otra comunidad autónoma (excepto Canarias), así como el grupo de enfermedades del sistema genitourinario (0,31). En cambio, la tasa de mortalidad por tumores es la más baja, con 1,95, de todo el territorio nacional.

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 también puede ilustrar sobre algunos aspectos: la salud percibida no difiere para el conjunto de Ceuta y Melilla, en gran medida, de la del resto de España aunque el porcentaje de aquellos que perciben su salud como “muy buena” (36,11 %) es el más alto. La proporción de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses fue el 11,8 %, muy superior a la media nacional del 8,94 %. El porcentaje de personas que

declara haber consumido medicamentos en las últimas 2 semanas (62,91 %) es similar a la media nacional, pero ha subido casi 20 puntos con relación a la encuesta anterior, del año 2003 (entonces, la cifra era el 43,29 %, la más baja de todo el territorio nacional). Los porcentajes de personas mayores de 16 años que en 2006 declaran no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (62,63 %) bajan 10 puntos respecto a 2003 y las personas que declaran que nunca han fumado (57,40 %) bajan 5 puntos. No obstante, ambas cifras son todavía las mayores de todo el Estado.

En lo que se refiere a las estrategias existentes para conocer y monitorizar el estado de salud de la población, 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 corresponde 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

En la tabla 1 se recoge información sucinta sobre la legislación aprobada en 2007 en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

TABLA 1. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2007 (Ceuta y Melilla)			
Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Real Decreto 1.756/2007	28/12/2007	Aprueba el programa anual para 2008 del Plan Estadístico Nacional 2005-2008 para el Sistema Nacional de Salud	Contiene la normativa aplicable a la recogida, tratamiento y análisis de los datos estadísticos incluidos en el Plan. Se refiere en concreto al Ingresa como organismo que interviene en el sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, la explotación estadística del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, así como al consumo farmacéutico. El trabajo para el ejercicio 2008 se extenderá a la depuración de datos estadísticos de carácter sanitario que deban presentar las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla
Resolución de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia	21/12/2007	Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Instituto Social de la Marina y el Ingresa para la gestión de asistencia sanitaria al colectivo de trabajadores del mar de Ceuta y Melilla	El Ingresa prestará asistencia sanitaria al colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar de Ceuta y Melilla con la extensión de la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud
Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	25/9/2007	Se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingresa y las organizaciones sindicales para el desarrollo de la carrera profesional del personal	Se define e implanta la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el Ingresa y se establece el marco de negociación de la carrera profesional para el resto de los profesionales de los artículos 6.2. b) y 7 del Estatuto Marco, es decir, el personal sanitario no licenciado y el personal de gestión y servicios
Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	26/3/2007	Se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingresa y las organizaciones sindicales para el desarrollo de la carrera profesional del personal	Se define e implanta la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el Ingresa y se establece el marco de negociación de la carrera profesional para el resto de los profesionales de los artículos 6.2. b) y 7 del Estatuto Marco, es decir, el personal sanitario no licenciado y el personal de gestión y servicios

Ingresa, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

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

- *Real Decreto 1.756/2007, de 28 de diciembre*, por el que se aprueba el Programa Anual de 2008 de desarrollo del Plan Estadístico Nacional 2005-2008.

Hace referencia al sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, a la explotación estadística del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y al consumo farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, programas todos ellos en que participa el Ingesa.

También se refiere a la recogida de datos estadísticos y a la depuración de los ya recogidos tanto referentes a atención primaria como a atención especializada presentados por la Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

- *Resolución de 21 de diciembre de 2007*, por la que se hace público el Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Instituto Social de la Marina y el Ingesa para la prestación de asistencia sanitaria al colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar de Ceuta y Melilla. Tendrá una duración de 10 años, prorrogables anualmente.
- *Resolución de 25 de septiembre de 2007*, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingesa y las organizaciones sindicales para definir e implantar la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el Ingesa y se establece el marco de negociación de la carrera profesional para los profesionales sanitarios de formación profesional y para el personal estatutario de gestión y servicios.
- *Resolución de 26 de marzo de 2007*, por la que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingesa y las organizaciones sindicales sobre la aplicación al personal de los centros del Ingesa del contenido del artículo 21.4 de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007. Se refiere básicamente al incremento de la masa salarial que se destinará al aumento del complemento específico o concepto adecuado.

Planificación y programas sanitarios

La tabla 2 recoge información sucinta sobre planificación y programas sanitarios en Ceuta y Melilla en 2007.

TABLA 2. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2007 (Ceuta y Melilla)

	Denominación	Sí/ no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de salud		No		Las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla tienen transferidas las funciones y servicios en materia de sanidad, incluyendo las competencias sobre "los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud, (...) y educación sanitaria". Al Ingesa le corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de estas ciudades, incluyendo la implantación de las estrategias en salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre ambas Administraciones y respetando las competencias propias de cada una, son muchas las actividades de colaboración
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí		Protocolo de cáncer de mama en la cartera de servicios de atención primaria (AP). El cribado de 45 a 70 años (invitadas: 50 % anual; cada 2 años); cobertura: 71,63 de las invitadas. El tiempo medio diagnóstico ante la sospecha es de 20 días y el tiempo quirúrgico en cáncer es de un máximo de 30 días
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		Desde AP, una persona responsable incluye a la paciente en las agendas de los diplomados universitarios en enfermería y los médicos de AP, y éstos las incluyen en el protocolo de atención a pacientes con enfermedades graves. Se lleva a cabo el seguimiento según el protocolo de agenda de servicios de AP y a través de la Unidad de Atención Integrada de la Mujer
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional	Sí		Se lleva a cabo la citología en consulta de matrona según el protocolo de la cartera de servicios de AP. Los resultados se incluyen en la historia clínica. Si son sospechosos, se avisa inmediatamente al profesional médico responsable y a la paciente para derivación a ginecología
Cáncer	Implantación de la Estrategia en Cáncer del SNS	Sí	2006-2007	Programas de cribado de cáncer de mama, cuello uterino, endometrio, próstata, colon y pulmón, incluidos en la cartera de servicios de AP. Tiempos diagnósticos medios en contrato de gestión (CG); 15 días (15-20 días obtenidos en 2007, según patologías). Demora terapéutica máxima: 30 días. Hospital de día oncohematológico y consultas de alta resolución. Registro de Tumores y Comité de Tumores en ambas áreas sanitarias. Guías de práctica clínica de atención de cáncer de mama, cuello uterino, endometrio y próstata, coordinando atención en AP y AE (atención especializada)

Cardiopatía isquémica	Implantación de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS	Sí	2007	Inclusión de objetivos de la estrategia en CG 2007 de ambas áreas únicas. Se evaluaron los indicadores de cobertura para intervenciones en promoción de hábitos saludables, formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) a través de los sistemas de información de AP. En Melilla se estableció un proyecto con fondos de cohesión para la mejora del control y diagnóstico de pacientes hipertensos con otros factores de riesgo cardiovascular, mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial
Cuidados paliativos	Implantación del Plan de Cuidados Paliativos	Sí	2007	Escenario trienal que recoge objetivos de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS. Se estableció en 2007, específicamente fuera de la línea oncológica en los CG con las áreas sanitarias. Tanto en Ceuta como en Melilla existe la Unidad Funcional de Área que desarrolla un convenio entre la Ciudad Autónoma, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el Ingesa, con registro de pacientes dentro de la cartera de servicios de AP, con una cobertura del 67 % en Ceuta. Protocolos de derivación de pacientes interniveles, y del dolor y la agonía. Cursos y campañas de sensibilización y comunicación para profesionales y pacientes y familiares
Diabetes	Implantación de la Estrategia en Diabetes del SNS	Sí	07/06/2005	En 2007, elaboración del Protocolo para la Exploración Sistemática del Pie Diabético en todos los centros de AP de Ceuta. Implantación y difusión del Protocolo de Cuidados de Pie Diabético en las consultas de enfermería de AP del área. Premio al equipo básico de AP que ha explorado mayor número de pies diabéticos (Centro Tarajal: 67,7 %). Programa de educación para diabéticos de tipo 1. Día Mundial de la Diabetes: carteles y folletos conmemorativos. DVD con el taller sobre cuidados del pie diabético, para su utilización en educación grupal. Curso taller sobre manejo de pacientes diabéticos de tipo 1 en las consultas de enfermería de AP
Salud mental	Implantación de la Estrategia en Salud Mental del SNS	Sí	2007	Inclusión de algunos objetivos de la Estrategia en los Sistemas de Información del Área para realizar seguimiento de los indicadores: en Ceuta incluido en e-SIAP el 41,97 %
Atención al parto normal	Implantación de la Estrategia en Salud Perinatal y Género del SNS	Sí	2006-2007	Distribución en ambas áreas sanitarias de la guía para la prevención de defectos congénitos del Ministerio de Sanidad y Consumo, evaluando el porcentaje de cumplimiento de los siguientes indicadores: prescripción adecuada de ácido fólico y de yoduro potásico. Porcentaje de gestantes con control de portadoras de <i>S. agalactiae</i> . Proyecto de atención al parto humanizado (OMS); Plan de parto y consentimiento informado (Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS). Guía de lactancia materna en tres idiomas y charlas con mediadores culturales
Violencia de género	Plan de acción	Sí	2007	Implantación del Protocolo de Violencia de Género (VG) del SNS, instalado en la intranet del área única en Melilla
	Acciones preventivas	Sí	2007	Formación e información a profesionales sanitarios y no sanitarios del área y coordinación con la Unidad de Violencia de Género (VG) de la Delegación de Gobierno y de la ciudad autónoma para la actuación. En Melilla, rueda de prensa conjunta en que se presentó públicamente el mencionado protocolo. Jornadas de puertas abiertas del área en Ceuta con tres mesas de debate
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí	2007	Nuevo informe médico de asistencia, informe médico al juez, parte de lesiones, instalado en la intranet de Melilla. En Ceuta: protocolo integral informatizado, integrado en e-SIAP para la búsqueda activa de casos, continuidad y seguimiento a situaciones de especial vulnerabilidad (5 indicadores para cribado para detección precoz de la VG)

Ingesa, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; SNS, Sistema Nacional de Salud.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingresa) es el responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, pues las competencias en materia de salud pública a ambas ciudades autónomas están transferidas. El Ingresa, 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 las Estrategias Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo para el Sistema Nacional de Salud, incluyéndolos entre los objetivos prioritarios de salud de dichos Contratos de Gestión, que recogen las principales causas de morbilidad y mortalidad, y los problemas de salud prevalentes en el ámbito de ambas ciudades. En 2007, los planes de implantación de estas estrategias se articularon en ocho áreas temáticas.

Todo esto se realiza mediante dos acciones fundamentales:

1. Cartera de servicios en atención primaria y atención especializada que recogen objetivos asistenciales que emanan de las Estrategias Nacionales de Salud para el Sistema Nacional de Salud (SNS).
2. Programas especiales con objetivos, indicadores, plazos de ejecución, evaluación y asignación de recursos procedentes de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS.

Al igual que en años anteriores, se continuó con la implantación y/o evaluación de los programas comenzados en 2005 y 2006. Las novedades respecto al año anterior se exponen a continuación.

Programa de cuidados paliativos

Tanto en Ceuta como en Melilla se estableció específicamente este programa fuera de la línea oncológica en los Contratos de Gestión con las áreas sanitarias en 2007, con el objeto de ampliar la perspectiva de cobertura a todo tipo de paciente terminal, oncológico o no.

El programa se basa en integrar los recursos existentes dentro del Plan de Cuidados Paliativos, por lo que se abordarán en un escenario trienal los objetivos generales y específicos que recoge la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS.

Tanto en Ceuta como en Melilla existe un unidad funcional de área para cuidados paliativos, que se deriva de un convenio ente la ciudad autónoma, la Asociación Española contra el Cáncer y el Ingresa. Cada una de dichas unidades cuenta con un médico, un diplomado en enfermería, un psicólogo, un trabajador social y apoyo administrativo.

A continuación se especifican las actividades realizadas en los centros sanitarios dependientes del Ingresa. En Ceuta se diseñó un Plan trienal de

Cuidados Paliativos y un Registro de Pacientes con el fin de realizar el seguimiento de los objetivos marcados en las líneas estratégicas. El Registro de Pacientes se realizó dentro del programa de atención primaria, obteniendo una cobertura del 67 %. Además, se estableció un protocolo de derivación de pacientes interniveles y se elaboraron los protocolos del dolor y la agonía.

Dentro de la línea de formación se impartió un curso dirigido a los y las profesionales de atención primaria: Principios y prácticas en cuidados paliativos, del 1 al 5 de octubre de 2007.

Además, se realizaron seminarios dirigidos al personal sanitario de los tres centros de salud para mejorar la continuidad asistencial en atención primaria de pacientes terminales detectados en atención especializada.

Se ha llevado a cabo una campaña de sensibilización y comunicación en este tema dirigida a los y las profesionales, y como apoyo para la formación y la implantación de la gestión de procesos interniveles, mediante la elaboración de carteles sobre la agonía, dípticos con los algoritmos de derivación, trípticos informativos sobre principios básicos en cuidados paliativos y dípticos dirigidos a pacientes y familiares para facilitar el contacto de las familias y los y las profesionales de atención primaria y de la Unidad de Cuidados Paliativos.

En el Contrato de Gestión de 2008 consta la continuación de estas actuaciones, incorporando la evaluación del nivel de implantación de los protocolos del dolor, de la agonía y del protocolo de derivación de pacientes interniveles. Además, se continuarán las actividades correspondientes a los centros sanitarios relacionados con el Registro de Últimas Voluntades.

En Melilla, en 2007, se ha evaluado el programa Atención a pacientes terminales, incluido en la cartera de servicios de atención primaria, que ha alcanzado una cobertura del 100 % de los y las pacientes incluidas.

Programa de atención a enfermedades cardiovasculares

Durante 2007 se implantó en Ceuta y Melilla el programa para cardiopatía isquémica, siguiendo recomendaciones de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS. Se evaluaron los objetivos del programa en los sistemas de información de atención primaria y se obtuvieron porcentajes de cobertura para las intervenciones en promoción de hábitos saludables, formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y vía clínica del infarto agudo de miocardio.

En *Melilla*, dentro de este programa, se puso en marcha un proyecto de *Mejora del control y diagnóstico de pacientes hipertensos con otros factores de riesgo cardiovascular, mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)*, con tecnología que permite dicha monitorización

de la presión arterial a los pacientes hipertensos durante un período de 24 o 48 horas. El proyecto incluyó el diseño e implantación de un protocolo de formación e instrucciones para que tanto el personal facultativo como el de enfermería conociese y manejase correctamente los dispositivos de MAPA, en los cuatro centros de salud existentes en 2007 en el Área Sanitaria Única de Melilla.

El objetivo, que se mantiene durante 2008, es estudiar la prevalencia y los diferentes tipos de pacientes hipertensos en la ciudad autónoma. Asimismo, se ha intentado llevar a cabo la mejora sustancial en el uso de medicamentos antihipertensivos, de acuerdo con el mejor diagnóstico de hipertensión de “bata blanca” y de la hipertensión “oculta” que pudiera estar incrementando el gasto en este tipo de pacientes, así como la posibilidad de una praxis incorrecta.

Programa de atención materno-infantil

Tanto en Ceuta como en Melilla se han puesto en marcha las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Perinatal y Género del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS.

Como novedad, durante 2007 se distribuyó en ambas ciudades la *Guía para la prevención de defectos congénitos* del Ministerio de Sanidad y Consumo, evaluando en ambas ciudades el porcentaje de cumplimiento de los siguientes indicadores: porcentaje de gestantes con prescripción adecuada de ácido fólico (100 % de gestantes controladas en Melilla) y porcentaje de gestantes con prescripción adecuada de yoduro potásico (100 % de gestantes controladas en Melilla).

Por primera vez se evaluó el porcentaje de gestantes a quienes se realiza el control de portadoras de *Streptococcus* del grupo B (*S. agalactiae*) y se incluyó el resultado en la historia clínica y en la cartilla de la embarazada.

Además, en las áreas sanitarias únicas de Ceuta y Melilla se puso en marcha en 2007 un proyecto de atención a la salud perinatal que tiene en cuenta las características de diversidad cultural de las mujeres que se atienden; fundamentalmente, aquéllas no hispanoparlantes, que son aproximadamente el 50 % del total de partos atendidos. Las líneas de trabajo acometidas pretenden la convergencia con las líneas marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el parto humanizado, así como seguir la Estrategia de Atención al Parto Normal recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS. Prioritariamente se ha realizado una campaña para el impulso de la lactancia materna con la edición de una guía de lactancia materna, prevista en tres idiomas, atendiendo así a las diversas lenguas de las gestantes. Asimismo, se han editado folletos y se han

impartido charlas en distintos idiomas con la participación de mediadores culturales. En 2008 se continuarán estos proyectos bajo la financiación de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS.

Equidad

En la tabla 3 se recoge información sucinta sobre equidad en Ceuta y Melilla en 2007.

TABLA 3. Proyectos y medidas para la equidad, 2007 (Ceuta y Melilla)

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	Proyectos para mejorar la calidad de la atención sanitaria a las mujeres: programa de promoción de lactancia materna, gestión por procesos del embarazo normal, proyecto de atención al parto humanizado, Plan de Parto Implantación del Protocolo sobre Violencia de Género del SNS: instalado en la intranet del área sanitaria de Melilla documentado en papel y difundido a los y las profesionales más directamente implicadas tanto en Ceuta como en Melilla	Estrategia para el Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo y Recomendaciones de la OMS sobre el Parto Humanizado Primer Protocolo sobre Violencia de Género aprobado en 2007 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y el Instituto de la Mujer	El Ingesa es responsable de la gestión de las prestaciones sanitarias en Ceuta y Melilla, pero las competencias sobre “los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud” están transferidas a las ciudades autónomas, así como otras competencias sobre asistencia social, por lo que algunas actuaciones en violencia de género son coordinadas con los recursos sociales y de atención a las víctimas de VG de las ciudades autónomas
Etnia	Sí	Proyectos relacionados con la diversidad étnica y cultural: edición y distribución de la guía práctica de lactancia materna y trípticos de salud perinatal, que complementan las charlas grupales mediante soporte informático y de sonido para educación perinatal, como instrumentos de promoción e información sanitaria especialmente dirigidos a la población no hispanoparlante (50 % de los partos), realizados en <i>tamazigt</i> (lengua rifeña), árabe y francés	La asistencia sanitaria a personas extranjeras se presta según lo dispuesto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, y el Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre	

Discapacidad	Sí	<p>Prestaciones sociosanitarias: programa firmado en Melilla en enero de 2007, de actuaciones conjuntas de las Direcciones Territoriales del Ingesa y el Imsero, dirigido al anciano frágil o en riesgo de estarlo, personas con trastornos mentales graves y crónicos, personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, o en riesgo de padecerlas, terminales, dependientes funcionales, personas en situación de exclusión social con problemas sanitarios y cuidadores informales</p>	<p>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia. Artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. Real Decreto 1.226/2005, de 13 de octubre, de estructura orgánica y funciones del Imsero. Aplicación progresiva de la Ley de Dependencia: 2007, Grado III de Gran Dependencia, niveles 2 y 1.</p>	
Otras	Sí	<p>Mejora del acceso a las prestaciones sanitarias: en 2006 se adaptaron los sistemas de información de listas de espera quirúrgica al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. En 2007 se han abordado las adaptaciones necesarias en listas de espera en consultas externas y listas de espera para pruebas diagnósticas, de acuerdo con las recomendaciones de dicho Real Decreto</p>	<p>Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS</p>	
		<p>Programas de control sanitario de inmigrantes en colaboración con los centros de estancia temporal de inmigrantes (CETI)</p>		<p>Desarrollo del protocolo básico de detección y control de enfermedades infectocontagiosas, suscrito entre Ingesa y CETI (centros de estancia temporal de inmigrantes). Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, y Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero. Atención especial al control de tuberculosis con implantación de protocolo unificado de área en Ceuta y Melilla documentado, impreso y difundido a los y las profesionales</p>
<p>Imsero, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Ingesa, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; OMS, Organización Mundial de la Salud; SNS, Sistema Nacional de Salud; VG, violencia de género.</p>				

Ceuta y Melilla tienen unas características geográficas que favorecen la entrada al sistema sanitario de personas de culturas muy diferentes, habitualmente no hispanoparlantes, lo que constituye a veces una barrera difícil de superar. La necesidad de prestar asistencia sanitaria en condiciones de igualdad obliga a establecer convenios con algunas ONG (organizaciones no gubernamentales) y asociaciones profesionales y de familiares de pacientes para garantizar la atención a colectivos vulnerables y concertos con otras instituciones para complementar los recursos propios del Ingesa.

La *asistencia a personas extranjeras* se presta en los términos contemplados en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero.

Asimismo, se presta la cobertura de la *asistencia sanitaria a las personas con recursos económicos insuficientes* en virtud de la aplicación del Real Decreto 1.088/1989, de 8 de septiembre.

Se llevan a cabo *prestaciones sociosanitarias a mujeres extranjeras embarazadas*, que son hasta el 50 % de los partos, según Real Decreto 63/1995.

La *asistencia a menores de 18 años* se lleva a cabo también de acuerdo con la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero.

Actualmente existen varios *proyectos para mejorar la calidad de la atención sanitaria a las mujeres, especialmente relacionados con la diversidad étnica y cultural*:

- *Promoción de la lactancia materna*: el objetivo es promocionar esta práctica entre todas las gestantes tanto de las áreas del Ingesa, como de las que acceden desde Marruecos. Para ello se ha editado una *Guía práctica de lactancia materna* en tres idiomas y se ha difundido de forma personalizada en reuniones con los y las profesionales implicadas y con charlas grupales con las gestantes y sus familiares en presencia de un mediador cultural. El proyecto trienal (2007-2009) incluye, además, la medición del impacto de estas tareas de promoción de la lactancia en la población asistida, con el objetivo de conseguir disminuir la tasa de abandonos de lactancia materna en el tercer mes el 20 % respecto a la situación de partida. En el programa participan coordinadamente profesionales de atención especializada y de atención primaria, que siguen un protocolo de promoción de la lactancia materna para profesionales.
- *Trípticos de salud perinatal* en distintos idiomas: el objetivo es informar y sensibilizar en los cuidados preventivos en salud perinatal. Se hace especialmente hincapié en las ventajas de la lactancia materna, en los cuidados del recién nacido y en los cuidados en el puerperio. La distribución de los trípticos se hace de forma personalizada en el transcurso de charlas con las personas usuarias no hispanoparlantes, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, sociales, emocionales y culturales de la madre, el hijo y la pareja/familia. Las charlas se

elaboran en soporte informático y archivos de sonido en la unidad de formación del área sanitaria. Se imparten en la unidad de hospitalización de obstetricia a diario y en turno de tarde, por parte de las enfermeras internas residentes de matronas.

Tanto el soporte informático y de sonido, como los trípticos de salud perinatal son en *tamazigt*, árabe y francés.

- *Gestión por proceso del embarazo normal entre atención primaria y atención especializada.* Se ha editado un manual del proceso y se ha distribuido a los profesionales implicados en dicha asistencia en el área sanitaria. En dicho proceso se tiene en cuenta la edad, la clase social, la etnia o cualquier otro determinante que pueda influir en el control de la gestación.
- *Proyecto de atención al parto humanizado.* Su objetivo es facilitar a la mujer la libre elección del parto, siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la Estrategia del Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo. Para ello se entrega a las gestantes (o parturientas en el caso de gestantes transfronterizas) el Plan de Parto, en que se ofrece información sobre distintos aspectos del proceso del parto, cuidados del bebé, etc.

Este proyecto es trienal (2007-2009) e incluye conocer el impacto de estas medidas en la participación de la pareja en el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como promover la implicación en el “cambio” por parte del personal sanitario, mediante medidas de sensibilización e información. Prevé la asistencia de mediadores culturales en las situaciones que así lo requieran.

Protocolo sobre violencia de género. Se ha llevado a cabo la implantación en Ceuta y Melilla en 2007 del Protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas, la Delegación Especial para la Violencia de Género y el Instituto de la Mujer que se propuso para su aplicación en su conjunto para el SNS. Dicho protocolo común fue instalado en la intranet en el área sanitaria de Melilla, como herramienta que proporciona pautas de actuación homogéneas tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados, y su seguimiento. En Ceuta, el protocolo está documentado y difundido entre los profesionales relacionados con las actividades recomendadas para la prevención de la violencia en el sistema sanitario. En ambas ciudades se han desarrollado sesiones formativas e informativas a profesionales en colaboración con la Delegación del Gobierno de la ciudad y con los recursos sociales y de atención a las víctimas de violencia de género de la ciudad autónoma. Se han adaptado partes médicos de lesiones, partes de informe al juez, etc. Se han nombrado coordinadores de áreas de salud contra la violencia de género sobre la

mujer. Se han distribuido trípticos de información a las personas usuarias de los centros sanitarios y se han desarrollado ruedas de prensa en que se ha anunciado la puesta en marcha del protocolo de violencia de género, con difusión en prensa local muy destacada.

Programas de control sanitario de inmigrantes en colaboración con los centros de estancia temporal de inmigrantes (CETI). Cada año se incorporan prestaciones según las demandas de los propios CETI, además del protocolo básico de detección y control de enfermedades infectocontagiosas, cuyas prestaciones sanitarias realizan los centros sanitarios y profesionales del Ingesa.

Prestaciones sociosanitarias. El 9 de enero de 2007 se firmó en Melilla un programa marco de actuaciones conjuntas de las direcciones territoriales del Ingesa y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) para una atención sociosanitaria integral en dicha ciudad. Para ello se creó una Comisión de Coordinación Sociosanitaria que ha elaborado el proyecto sobre “tarjeta de acompañante”, que figura en el Programa Marco que tendrá una aplicación progresiva coincidente con la Ley de Dependencia. Durante 2007 se ha comenzado con la atención a “grandes dependientes”.

Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes. Este programa está incluido en las carteras de servicios de atención primaria y atención especializada (incluye uno de los objetivos del Plan de Calidad: la “prevención y detección de problemas en ancianos”). Éste es un programa que comenzó en 2005 con la estimación de la población diana, que durante 2006 incorporó nuevos trabajadores sociales al hospital para detección de riesgos sociales al ingreso y que en 2007 ha evaluado de nuevo tanto la población diana como el porcentaje de pacientes en riesgo social. Como novedad, se ha introducido una aplicación en e-SIAP (aplicación informática para la gestión de las consultas de atención primaria) para el trabajador social del hospital, recibándose así información en atención primaria al alta hospitalaria para mejorar las actividades de coordinación realizadas con las estructuras sociosanitarias sobre la población considerada de riesgo. Los porcentajes de cobertura del programa han mejorado respecto a años anteriores y han sido el 80,9 % en Melilla y el 65,1 % en Ceuta.

Mejora del acceso a las prestaciones sanitarias. En 2006 se adaptaron los sistemas informáticos en listas de espera quirúrgica para cumplir con los requisitos del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Como novedad en 2007, se han adaptado los sistemas informáticos periféricos y centrales del Ingesa para mejorar la información recibida sobre listas de espera en consultas externas y listas de espera para pruebas diagnósticas de acuerdo con las recomendaciones de dicho Real Decreto.

Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

La política de recursos humanos en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ha tenido un lugar destacado en las preocupaciones y prioridades establecidas en este último año.

Se han llevado a cabo importantes actuaciones que tendrán una influencia decisiva en la fidelización de los y las profesionales y en el futuro inmediato de las relaciones laborales en los centros de este Instituto.

Respecto a la carrera profesional, el 13 de noviembre de 2006 se firmó, en la Mesa Sectorial de Sanidad, un Acuerdo por el que se definía e implantaba la carrera profesional para el personal sanitario de formación universitaria y, a la vez, se establecía el marco de negociación de la carrera profesional para los profesionales sanitarios de formación profesional y para el personal estatutario de gestión y servicios. Dicho Acuerdo fue ratificado por el Consejo de Ministros en su reunión de 13 de julio de 2007 y publicado en el Boletín Oficial del Estado del 6 de octubre de 2007.

Asimismo, el 2 de octubre de 2007 se firmó, en la Mesa Sectorial de Sanidad, un Acuerdo, por el que se definía e implantaba la carrera profesional para el personal sanitario de formación profesional y del personal de gestión y servicio. Dicho Acuerdo fue ratificado por el Consejo de Ministros en su reunión de 7 de diciembre de 2007 y publicado en el Boletín Oficial del Estado del 5 de febrero de 2008.

En ambos casos, la carrera tiene carácter voluntario y un tratamiento individualizado y personal; es independiente del nivel jerárquico de responsabilidad en la institución; no existe limitación alguna en el número de profesionales que puedan acceder a los diferentes niveles y éstos son consolidables. Este modelo de carrera se sitúa en la media alta de las carreras profesionales aprobadas en el Sistema Nacional de Salud.

Tanto la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario como la carrera profesional del personal sanitario de formación profesional y del de gestión y servicios se encuentran estructuradas en cuatro niveles y las cantidades aprobadas para el ejercicio 2008 en cada nivel aparecen en las tablas 4 y 5.

TABLA 4. Plazas aprobadas para el ejercicio 2008 de la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario, 2007 (Ceuta y Melilla)

Niveles	Licenciado sanitario	Diplomado sanitario
Nivel I	3.060	2.142
Nivel II	6.120	4.284
Nivel III	9.180	6.426
Nivel IV	12.240	8.323

TABLA 5. Plazas aprobadas para el ejercicio 2008 del personal sanitario de formación profesional y personal de gestión y servicios

Niveles	Licenciado universitario	Diplomado universitario	Técnico superior	Técnico	Otro personal
Nivel I	2.400	1.800	1.200	1.000	750
Nivel II	4.800	3.600	2.400	2.000	1.500
Nivel III	7.200	5.400	3.600	3.000	2.250
Nivel IV	9.324	6.993	4.662	3.885	2.914

La puesta en funcionamiento de ambas carreras profesionales se está realizando de forma progresiva con la siguiente cadencia temporal:

Para el personal licenciado y diplomado sanitario:

- Nivel I: 1 de julio de 2007.
- Nivel II: 1 de enero de 2008.
- Nivel III: 1 de enero de 2008.
- Nivel IV: 1 de enero de 2009.

Para el personal sanitario de formación profesional y para el personal de gestión y servicios:

- Nivel I: 1 de enero de 2008.
- Nivel II: 1 de enero de 2009.
- Nivel III: 1 de abril de 2009.
- Nivel IV: 1 de octubre de 2009.

Respecto a otras mejoras retributivas, el 2 de octubre de 2007 se asumían diferentes compromisos retributivos para su cumplimiento en 2007 y 2008 con la finalidad de situar ciertos conceptos retributivos en la media de la mitad alta de la tabla comparativa del Sistema Nacional de Salud. Estos conceptos son el valor de la guardia de presencia física del personal facul-

tativo y del personal de enfermería, tanto de atención especializada como de atención primaria; el valor mensual de las tarjetas sanitarias individuales (TSI) para los facultativos de medicina general y pediatría en todos los tramos de edad; el valor del componente singular por turnicidad del complemento específico; el valor del complemento de atención continuada en sus dos modalidades: A (noches) y B (festivos), así como el complemento de productividad de factor fijo que percibe el personal de área en función del número de zonas básicas y población asistida.

Las mejoras retributivas afectan a aquellos que desarrollan su trabajo en condiciones más difíciles (turnos y guardias) y a los conceptos retributivos que precisan mayor incentivo. Por ello, las *principales categorías de personal que se van a ver beneficiadas* por estos incrementos en atención especializada y atención primaria son: facultativos, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores y técnicos especialistas.

En cuanto a los *procesos selectivos*, a lo largo del año 2007 se han negociado tanto el número de plazas como las bases de las convocatorias y los baremos del proceso de consolidación de empleo que se llevará a efecto al amparo de lo dispuesto en la Ley 7/2007, de 12 de abril, para todas las categorías profesionales. Dicha negociación quedó finalizada el mes de diciembre con el fin de que a lo largo del año 2008 se puedan convocar y celebrar dichas pruebas selectivas. Con ellas se garantiza la estabilidad de gran número de profesionales de tal modo que, una vez que se ha realizado la consolidación, los porcentajes de interinidad se reducirían al 9,69 %, lo que contribuirá a la fidelización de aquéllos mencionada anteriormente.

Respecto a la *jornada anual*, aún no se ha tratado su revisión y permanentemente es un tema reivindicado por las organizaciones sindicales. La regulación de la jornada de trabajo continúa siendo la recogida en el Acuerdo de 22 de febrero de 1992. Una posible implantación de esa nueva jornada con la disminución de ésta exigiría, como es obvio, un incremento adicional de plantilla.

En las tablas 6-11 se recoge información sucinta sobre el número de profesionales en atención primaria, el número de profesionales en atención especializada y el número de profesionales por especialidades médicas en Ceuta y en Melilla en 2007.

TABLA 6. Número de profesionales en atención primaria, 2007 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina familiar y comunitaria*	37	13	0	30	20
Pediatría	5	5	0	7	3
Enfermería	17	34	0	42	9
Farmacia	1		0	1	0
Psicología clínica	0	1	0	1	0
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)**	1	13	1	10	13
Otros profesionales no sanitarios	18	39	0	45	12

Población atendida por equipos de atención primaria: 100 %

*En medicina familiar y comunitaria se incluyen: director médico, odontostomatólogo y médicos de urgencia. **En Otros profesionales sanitarios se incluyen: auxiliares de enfermería, matronas e higienistas.

TABLA 7. Número de profesionales en atención especializada, 2007 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina	63	29	1	69	22
Enfermería	40	144	5	160	19
Auxiliar de enfermería	8	101	0	88	21
Otro personal sanitario	10	29	5	30	4
Personal no sanitario vinculado	96	105	2	162	38

TABLA 8. Número de profesionales por especialidades médicas, 2007 (Ceuta)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Análisis clínicos	2	2	0	5	0
Anatomía patológica	0	2	0	2	0
Anestesiología y reanimación	5	0	0	4	1
Aparato digestivo	2	0	0	2	0
Archivo y documentación clínica	0	1	0	1	0
Cardiología	2	0	0	1	1
Cirugía general y del aparato digestivo	5	0	0	2	3
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	1	0	0	1	0
Endocrinología y nutrición	0	1	0	1	0
Farmacología clínica	0	1	0	0	1
Hematología y hemoterapia	1	1	1	1	0
Medicina intensiva	2	2	0	2	2
Medicina interna	4	2	0	4	2
Medicina preventiva y salud pública	1	0	0	1	0
Microbiología y parasitología	1	0	0	0	0
Nefrología	1	0	0	1	0
Neumología	2	0	0	2	0
Neurología	2	0	0	2	0
Obstetricia y ginecología	2	3	0	4	1
Oftalmología	3	2	0	4	1
Otorrinolaringología	1	1	0	1	1
Pediatría	1	3	0	4	0
Psiquiatría	1	1	0	2	0
Radiodiagnóstico	3	2	0	3	2
Reumatología	1	1	0	2	0
Traumatología y cirugía ortopédica	5	0	0	2	3
Urgencias	12	4	0	14	2
Urología	3	0	0	1	2

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

TABLA 9. Número de profesionales en atención primaria, 2007 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina familiar y comunitaria	32	17	0	30	19
Pediatría	6	6	0	6	6
Enfermería	9	42	1	2	28
Farmacia	1	0	0	1	0
Psicología clínica	1	0	0	0	1
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	4	12	1	7	8
Otros profesionales no sanitarios	26	38	0	49	15

Población atendida por equipos de atención primaria*: 98,82 %

*Referido a población con tarjeta sanitaria individual.

TABLA 10. Número de profesionales en atención especializada, 2007 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina	66	18	0	60	24
Enfermería	26	177	17	172	14
Auxiliar de enfermería	6	121	5	82	40
Farmacia	2	0	0	2	0
Otro personal sanitario	6	19	2	20	3
Personal no sanitario vinculado	58	109	2	127	38

TABLA 11. Número de profesionales por especialidades médicas, 2007 (Melilla)

	Hombres	Mujeres	Edad	
			Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Alergología	2	0	2	0
Análisis clínicos	2	1	2	1
Anatomía patológica	1	1	1	1
Anestesiología y reanimación	3	1	2	2
Aparato digestivo	2	0	1	1
Cardiología	2	0	0	2
Cirugía general y del aparato digestivo	4	0	3	1
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	1	0	1	0
Farmacología clínica	2	0	2	0
Hematología y hemoterapia	0	3	3	0
Medicina del trabajo	1	0	1	0
Medicina intensiva	5	1	3	3
Medicina interna	4	0	2	2
Microbiología y parasitología	2	0	2	0
Nefrología	2	0	2	0
Neumología	2	0	2	0
Neurocirugía	1	0	0	1
Neurología	1	0	1	0
Obstetricia y ginecología	4	4	7	1
Oftalmología	1	1	1	1
Otorrinolaringología	2	0	1	1
Psiquiatría	2	1	2	1
Radiodiagnóstico	2	0	2	0
Rehabilitación	1	0	0	1
Reumatología	1	0	1	0
Traumatología y cirugía ortopédica	3	0	3	0
Urología	2	0	1	1

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

Farmacia

En la tabla 12 se recoge información sucinta sobre farmacia en Ceuta y Melilla en 2007.

TABLA 12. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2007 (Ceuta y Melilla)

		Datos de 2007
Número de envases dispensados	Número total de envases	1.948.449
	Porcentaje de envases de genéricos/total de envases	19,73
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	1.932.042
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	19,67
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total previo	25.321.423
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	7,97
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N02BE: anilinas (analgésicos) N05BA: derivados de la benzodiazepina (ansiolíticos)
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N02BE: anilinas (analgésicos) M01AE: derivados del ácido propiónico (AINE)
	En el total de envases dispensados	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N02BE: anilinas (analgésicos) N05BA: derivados de la benzodiazepina (ansiolíticos)
	En el total de envases de genéricos dispensados	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N02BE: anilinas (analgésicos) M01AE: derivados del ácido propiónico (AINE)

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 corresponde con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. AINE, antiinflamatorios no esteroideos; ATC, *Anatomical, Therapic, Chemical*.

Gasto farmacéutico en receta oficial

En 2007, el gasto farmacéutico final (una vez realizados todos los descuentos) en receta médica ascendió a 23.449.220,02 euros, lo que ha representado un crecimiento respecto al mismo concepto del año anterior del 4,86 %, consolidándose así la tendencia a la moderación en el incremento del gasto farmacéutico.

El incremento de recetas durante 2007 ha sido del 3,88 %, el gasto medio por receta ha sido de 12,14 euros, presentando un incremento del 0,91 %, fundamentalmente a expensas del precio de la receta de personas activas, cuyo incremento ha sido siete veces superior al incremento de la receta de pensionistas.

Perfil terapéutico de prescripción

Los tres grupos terapéuticos más prescritos han sido, al igual que el año anterior, los inhibidores de la bomba de protones (A02BC), los analgésicos (N02BE) y las benzodiazepinas (N05BA).

El análisis de la prescripción por principio activo muestra muy pocos cambios respecto a años anteriores: el omeprazol continúa siendo el principio activo más prescrito según el número de envases, seguido del paracetamol y el ibuprofeno. En cuanto al importe, durante 2007 se aprecia una ligera alternancia en el orden, pues la atorvastatina es el principio activo que comporta el mayor importe, seguido del salmeterol. El tercer lugar lo ocupa el omeprazol, que no varía respecto al año anterior.

Actividades de control de la prestación farmacéutica

Durante 2007 se ha continuado con la línea iniciada el año anterior relativa al control de la prestación, atendiendo a aspectos como la calidad de grabación de la información de recetas a efectos de su facturación, adecuación entre prescripción y dispensación y revisión pormenorizada de recetas.

Asimismo, durante 2007 se ha puesto especial interés en realizar el control y seguimiento de la prestación mediante el análisis del perfil de prescripción de cada profesional, detectando profesionales hiperprescriptores, así como pacientes hiperconsumidores.

Actividades relacionadas con el uso racional del medicamento

Se ha continuado aplicando las actividades contempladas en el programa de uso racional del medicamento, que se puso en marcha en el año 2005. Entre ellas, merecen destacarse las siguientes:

1. Actividades de selección e información sobre medicamentos.
2. Actividades formativas, dirigidas tanto a profesionales como a pacientes.
3. Seguimiento e información mensual a los y las profesionales de sus perfiles de prescripción, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, con seguimiento específico del indicador de gasto evitable calculado sobre los indicadores seleccionados, así como el concepto de ahorro potencial por principio activo.
4. Incentivación: se ha aplicado, en el ámbito de los médicos y médicas de familia, por segundo año consecutivo, un sistema de incentivación ligado a indicadores de calidad de la prescripción, con el cual se ha buscado potenciar la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas y de aquellos principios activos que, dentro de cada subgrupo terapéutico, son considerados de primera elección. De esta manera, durante 2007 la adhesión al sistema ha superado la del año anterior y ha sido superior al 90 %. Los resultados se han valorado positivamente, dado el incremento alcanzado en la prescripción de genéricos, llegando al 19,7 % del total de las recetas dispensadas (en diciembre de 2007 llegó al 23,88 % sobre el total de especialidades farmacéuticas prescritas).

Investigación

No existen convocatorias financiadas por las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en temas relacionados con investigación biomédica.

Existe un convenio de colaboración, firmado en diciembre de 2003, con una 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 la 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 durante 2007 hasta 2008, dado 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 Instituto Nacional de la Salud (Insalud), se envía a Ingesa donde los datos son validados, explotados y tabulados para permitir disponer, entre sus diferentes opciones, de los siguientes productos de información: seguimiento de la actividad asistencial hospitalaria, explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, lista de espera quirúrgica y lista de espera de consultas externas y técnicas diagnósticas.

Además, el Ingesa elabora un cuadro de mando asistencial de información mensual, en el cual confluye información asistencial, de calidad y económico-financiera.

Asimismo, el mantenimiento y actualización del sistema de información de consumo farmacéutico Digitalis ha permitido mejorar la gestión y el control de la prestación farmacéutica, incidiendo en 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 2007 se ha continuado trabajado en la adaptación de los programas informáticos y las bases de datos para el seguimiento, por parte de 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.

Calidad

En el año 2007 se concluyó el Plan Trienal de Calidad del Ingesa que comenzó en 2005. En él se tenían en cuenta las premisas de mejora continua de la calidad y se facilitaba la formación de los profesionales en metodología de la calidad, dando prioridad a los responsables de unidades y servicios y a los miembros de las comisiones clínicas de calidad. Los objetivos e indicadores evaluados anualmente fueron presentados por los gerentes de ambas áreas únicas en un informe anual de calidad de la gestión del área sanitaria. En dichos informes constan, además de los resultados de la evaluación, su nivel de cumplimiento respecto al estándar y las áreas de mejora que deben acometerse en los próximos años.

El Plan de Calidad se suscribe también con ambas Direcciones Territoriales de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, y sigue las recomendaciones del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las novedades durante 2007 se describen a continuación.

Objetivos del contrato de gestión

El año 2007 ha sido el tercer año consecutivo en que se han incorporado objetivos de calidad de la gestión en los contratos de gestión de ambas áreas sanitarias únicas. Se realizó en diciembre de 2007 la *evaluación final de objetivos del Plan Trienal de Calidad* y se compararon los resultados obtenidos en 2007 con los alcanzados en las evaluaciones de años anteriores. En total, se obtuvo una mejora del cumplimiento del pacto respecto a 2006 del 13,13 %. Se pactaron objetivos de calidad en el 100 % de los servicios asistenciales y no asistenciales de las áreas sanitarias; y en las ocho comisiones clínicas del área con 3,7 objetivos cumplidos por comisión. Se crearon cinco nuevos grupos de mejora y asistieron 57 profesionales a los cursos de calidad y, prácticamente, todos los servicios asistieron a talleres. Por primera vez se presentaron dos comunicaciones de la Unidad de Calidad de Melilla y una comunicación de la Unidad de Calidad de Ceuta al Congreso Nacional de Calidad de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Los objetivos generales en los contratos de gestión durante estos 3 últimos años han sido: fomentar la excelencia clínica, mejorando la atención a pacientes con determinadas patologías y mejorando la práctica clínica; utilización de alta tecnología de acuerdo con la evidencia científica disponible; mejora de la calidad en la prescripción; objetivos de seguridad de las actuaciones sanitarias (vigilancia y control de la infección nosocomial, dis-

minuir los efectos adversos en la atención sanitaria y mejorar la identificación de los pacientes en el hospital); objetivos de gestión clínica (mejorar el funcionamiento de la organización y mejorar los sistemas de información); difusión del Plan de Calidad del Área; aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad; objetivos de calidad percibida y derecho de los pacientes; objetivos sociosanitarios; objetivos de satisfacción de los profesionales; reducción del tabaquismo en el personal sanitario; mejorar la comunicación interna en el área sanitaria, y evaluación y medidas de mejora en los indicadores que se obtienen a través de explotación del CMBD al alta hospitalaria y otras bases de datos.

Premios a la calidad asistencial en el Hospital Cruz Roja del Ingesa en Ceuta

Dentro del Plan de Calidad del Área Sanitaria del Ingesa en Ceuta se contemplaba la creación de premios anuales en calidad. Con este motivo se creó en 2007 un comité evaluador que, reunido en junio de dicho año, resolvió los premios de calidad asistencial 2006. Estos premios se otorgan a los servicios/ unidades más comprometidos con la calidad, a las comisiones clínicas con mejores resultados, a grupos de mejora y a la organización de los mejores cursos de formación continuada en calidad. La presentación y entrega de premios se realizó en sesión plenaria general del hospital y tuvo una gran difusión en prensa local.

Los premios fueron los siguientes: Premio al Mejor Servicio Asistencial para el laboratorio clínico; Premio a la Mejor Unidad de Enfermería a la Unidad de Enfermería de Hospitalización HP4; Premio al Mejor Servicio no Asistencial a la Unidad de Lavandería; Premio a la Mejor Comisión Clínica a la Comisión de Historias Clínicas y a la Comisión de Infecciones. Los premios se entregaron el 13 de julio de 2007 por parte del gerente del Área Sanitaria Única de Ceuta, convocándose a ese acto a todo el personal del área mediante difusión pública de la noticia en el Boletín de la Unidad de Calidad de Hospital Ingesa de Ceuta.

Seguridad de los pacientes

Se ha continuado con el Plan de Seguridad de los Pacientes (SP) que se comenzó a implantar en el año 2005 en los hospitales de las áreas sanitarias únicas del Ingesa en Ceuta y Melilla. Durante 2007, las actividades de SP se han extendido a los centros de atención primaria de ambas áreas, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Seguridad de los Pacientes para el

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. A continuación se citan las actividades durante 2007.

Los proyectos realizados en 2007 mediante los *fondos de cohesión establecidos para la financiación de la Estrategia de Seguridad del Paciente* del Sistema Nacional de Salud son los siguientes:

1. *Consolidación del sistema de identificación inequívoca de pacientes:* se han realizado cortes aleatorios transversales a lo largo del año de la portabilidad de la pulsera identificativa y se ha pasado del 22 % en el 2006 al 77 % en unidades de adultos, y al 100 % en obstetricia y neonatología.
2. *Información y sensibilización a pacientes y profesionales sobre seguridad del paciente:* implantación de las actividades incluidas en el diseño de dicho plan, realizado en años anteriores; diseño y puesta en marcha del programa informático para vigilancia y notificación de efectos adversos en ambas áreas sanitarias únicas de Ceuta y Melilla; organización de las Primeras Jornadas de Seguridad de Pacientes en Ceuta, dirigidas a pacientes y profesionales, con difusión en los medios de comunicación locales; edición de nuevos trípticos sobre medidas generales de seguridad del paciente; Curso básico teórico-práctico en seguridad del paciente para profesionales y La mejora de la seguridad en el ámbito asistencial, impartido por la Fundación Avedis Donabedian.
3. *Prevención de la infección nosocomial con el lavado de manos con solución hidroalcohólica:* el plan de actuación incluye seminarios/talleres sobre la utilización de la solución, tríptico informativo, carteles y protocolo del lavado se ha extendido este año a todos los centros de atención primaria del área.
4. *Medidas específicas en seguridad de los pacientes emprendidas en atención primaria:* prácticas seguras en úlceras vasculares, neuropáticas, traumáticas, etc. Se ha elaborado y puesto en marcha un protocolo escrito de actuación en dichas úlceras para asegurar una práctica segura. Se ha diseñado un manual y un DVD para todos los profesionales de atención primaria con dicho protocolo en Ceuta. Se ha puesto en marcha un plan de actuación en atención primaria para la mejora de la calidad y seguridad de la atención a pacientes con limitaciones en la comprensión de las instrucciones terapéuticas, se ha incluido en el programa informático e-SIAP y se ha presentado en sesiones clínicas a todos los profesionales. Además, se han distribuido carteles informativos en las salas de espera en los centros de salud y se ha implantado en todas las consultas un sistema básico semiestructurado de traducción español-árabe dialectal basado en archivos de sonido y respuestas afirmativas y negativas.

Por último, se ha elaborado un DVD con educación sanitaria sobre diabetes con opciones de audio en español, árabe dialectal y lenguaje para sordos.

Se ha elaborado la *Encomienda de Gestión* entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ingesa *para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios de sus áreas únicas de Ceuta y Melilla*: el desarrollo de los tres proyectos que constan en esta encomienda está previsto durante 2 años (octubre de 2006-octubre de 2008).

Proyecto A: implantar unidades funcionales en seguridad de pacientes y gestión de riesgos en las áreas sanitarias únicas del Ingesa en Ceuta y Melilla. Se han implantado dichas unidades en los hospitales gestionados por el Ingesa en Ceuta y Melilla. Desde dichas unidades se ha promovido la información y formación de los profesionales en seguridad de los pacientes; la cultura de las buenas prácticas en todos los centros sanitarios de atención especializada y atención primaria; el cumplimiento de objetivos en seguridad ligados a incentivos en programas de gestión, y la evaluación interna y externa de las acciones de seguridad desarrolladas y de los indicadores pactados en contrato de gestión, fundamentalmente sucesos centinela. Se ha diseñado en dichas unidades, junto con el equipo directivo de las áreas sanitarias únicas, el Plan de Seguridad del Paciente, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS. Por último, se editó desde los Servicios Centrales del Ingesa un cartel de tipo póster cuyo encabezamiento es “Evite errores, utilice prácticas clínicas seguras”, que incluye 8 apartados con imágenes de puntos críticos y sus consiguientes buenas prácticas. Estos carteles se distribuyeron en todos los centros de atención primaria y de ambos hospitales del Ingesa en Ceuta y Melilla.

Proyecto B: prevenir la infección en herida quirúrgica. Se ha elaborado una guía para la prevención de la infección posquirúrgica; se han impartido seminarios/talleres de sensibilización y actualización de las medidas que deben adoptar los distintos profesionales implicados en los procesos quirúrgicos. Se ha diseñado y puesto en marcha un sistema de vigilancia de la infección del sitio quirúrgico, que permitirá la obtención de tasas de infección de herida quirúrgica (IHQ) estratificadas por riesgo, además de obtener otros indicadores relacionados fijados en la guía citada anteriormente; se han propuesto indicadores específicos en dicha guía que permitirán comparar la efectividad de las medidas de prevención de la infección posquirúrgica antes y después de la puesta en marcha del proyecto.

Proyecto C: promover la práctica de las manos limpias en todos los centros asistenciales de las áreas sanitarias únicas del Ingesa en Ceuta y Melilla. Se ha realizado un documento escrito que recoge el plan de actuación para

la utilización de solución hidroalcohólica en centros sanitarios del Ingesa; se ha distribuido entre los profesionales de ambas áreas sanitarias un protocolo de higiene de las manos que incluye el uso de solución hidroalcohólica; se han realizado y distribuido en todos los centros sanitarios de las áreas tanto de atención primaria como de atención especializada trípticos informativos para profesionales y pacientes, y carteles informativos de tipo póster cuyo encabezamiento es “Unas manos limpias son más seguras” que incluye las imágenes de los distintos momentos de la higiene adecuada de las manos, así como la importancia de dicha higiene. Como última etapa del Plan de Actuación se incluye la evaluación de los indicadores previstos en dicho plan (información del porcentaje de adecuación del uso de dicha solución en las distintas unidades y del impacto sucesivo de las medidas de promoción de su uso).

Participación

En la tabla 13 se recoge información sucinta sobre participación en Ceuta y Melilla en 2007.

Tabla 13. Participación, 2007 (Ceuta y Melilla)

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
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	Competencia de las ciudades autónomas		La elaboración del proyecto normativo y la creación del correspondiente registro se encuentran en fase avanzada
Guía o carta de servicios	Sí		
Información en el Sistema Nacional de Salud	Sí		
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a 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.

En el ámbito territorial del Ingresa –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 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* sigue 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 (como en el caso de 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 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 que han tenido que afrontar los y las 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.* Está protocolizado y por escrito para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que asocian un 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 mediante trípticos informativos puestos a disposición de los y las pacientes en todos los centros.
- *Órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión (Real Decreto 1.746/2003, de 19 de diciembre, modificado parcialmente por el Real Decreto 38/2008, de 18 de enero).* La participación en el control y vigilancia de la gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –Entidad Gestora de la Seguridad Social y, por tanto, de

acuerdo con lo establecido en el artículo 60 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio–, se lleva a cabo por el *Consejo de Participación* (con 19 miembros y presidido por el Presidente del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) y en el ámbito de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla por las *comisiones ejecutivas territoriales* (con 10 vocales y presididas por el respectivo director territorial), órganos a través de los cuales se realiza la participación de las personas usuarias y consumidores(as), trabajadores(as), empresarios(as) y Administraciones públicas.

Descripción de experiencias innovadoras

Proyecto integral de imagen digital en el área de salud de Melilla

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

La apuesta por una asistencia de calidad centrada en la persona usuaria precisa que los y las profesionales dispongan de la información necesaria para la correcta toma de decisiones y de una óptima colaboración y coordinación de todas las personas implicadas en la cadena asistencial. En este sentido, la digitalización de las imágenes radiológicas y la posibilidad de acceso a éstas desde cualquier punto de la red sanitaria permite su utilización en cualquier momento por parte de los y las profesionales con el consiguiente ahorro de tiempo y mejora de la resolución de los procesos asistenciales. Un sistema de gestión de imagen incluye tecnología para la gestión de los recursos físicos y humanos del servicio de radiodiagnóstico, herramientas para generar y utilizar informes de diagnósticos y soluciones para integrar las imágenes y sus resultados en el sistema de información clínico. Para hacer posible este proyecto, Ingesa dispuso en 2006 de un presupuesto que permitiese a finales de ese mismo año adjudicar el proyecto y desarrollar la instalación y el equipamiento necesario durante 2007.

Características principales de su desarrollo

Durante 2007 se ha recibido e instalado el equipamiento necesario, se han acometido las pruebas técnicas, la validación e integración de los módulos y la formación de las y los profesionales implicados. El sistema de digitalización de imágenes está operativo en este momento, a través de un enlace de banda ancha (fibra óptica) redundante y encriptado que permite la conectividad del hospital con los centros de salud del área a través de la intranet, mediante un acceso *http/web*, que permite acceder a los archivos de imágenes que están ubicados en el centro de datos del hospital.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación, y metodología

Los principales objetivos de este sistema son: la integración de la imagen digital e información de diagnóstico por imagen como un documento más de la historia clínica del paciente; aumento de la productividad, al aprovechar las nuevas posibilidades que ofrece la evolución tecnológica; consecución de mejoras organizativas en el Servicio de Radiología y unidades clínicas de atención especializada, así como en los equipos de atención primaria; mejora de la eficiencia al combinar la doble capacidad de gestionar el archivo de las imágenes médicas con la de distribuir vía *web* la información de los estudios contenidos en su archivo. Para esto, el sistema provee de lo necesario para archivar información de pacientes e imágenes, permitir su rápida localización y transferirlas al lugar donde se necesite de forma rápida; también contribuye a la protección del medio ambiente al eliminarse el papel acetato (placa química) y los líquidos de revelado. Asimismo, se minimiza la necesidad de películas impresas y se permite la gestión tanto en un entorno totalmente digital o “sin papeles” como en un flujo de trabajo analógico o en cualquier combinación de ambos.

Con este sistema, a diferencia de la película radiográfica convencional, se generan las imágenes óptimas. La visualización de la imagen radiológica se realiza en monitor de alta resolución y cuenta con un mecanismo de tratamiento y gestión de la imagen zoom, lupa, realce de bordes, desplazamientos, duplicación de las imágenes para favorecer la comparación, impresión en papel, etc.

Resultados más destacables

El mayor impacto se origina por la posibilidad de distribución vía *web* de esta información radiológica de forma que los facultativos prescriptores (médicos de familia, médicos de urgencia o especialistas) pueden visualizar a los pocos segundos de su captura esas imágenes radiológicas, con lo que se reduce el tiempo de espera para los resultados, con mayor eficacia y mejor calidad asistencial y calidad percibida por los y las pacientes. Además, el archivo del sistema permite una rápida localización de estas pruebas diagnósticas cuando se precisan, con la consiguiente eliminación de peticiones innecesarias. Evita también las repeticiones por mala técnica (por sobreexposición o subexposición), con lo que se evita la radiación innecesaria de pacientes. El sistema incorpora la implantación de protocolos y guías clínicas, y el reconocimiento de voz para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial.

Inclusión de la fotografía de la persona usuaria en la tarjeta sanitaria individual

Justificación

Dentro de la Estrategia Sanidad en Línea y, asimismo, dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Plan de Calidad del SNS, figura como uno de sus puntos principales garantizar la identificación inequívoca de las personas usuarias en todo el SNS mediante la tarjeta sanitaria y la base de datos de población protegida del SNS. En este contexto, el Ingesa en el año 2007 puso en marcha como medida de mejora el proyecto de tarjeta sanitaria individual (TSI) con incorporación de la fotografía de las personas usuarias, contribuyendo así a la mejora en la accesibilidad a los servicios sanitarios. Esta decisión se tomó, fundamentalmente, debido a las especiales condiciones sociales y demográficas de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que permiten el acceso a la prestación de servicios sanitarios tanto a la propia población base de tarjeta sanitaria como a las personas que acceden a nuestros centros sanitarios y tienen derecho a asistencia sanitaria de acuerdo con la Ley 4/2000. Además, se detectó fundamentalmente en los centros de atención primaria un uso ocasional indebido de la TSI por personas usuarias que no tienen derecho a prestación bajo cualquiera de las reglamentaciones actuales.

Población diana

Se incorporan colectivos que antes no estaban incluidos en la TSI como personas usuarias fronterizas, desplazadas temporales por motivos de trabajo, trabajadores(as) con derecho a asistencia sanitaria reconocida en cualquier comunidad autónoma y con familiares (beneficiarios) residentes en Marruecos, que consultan habitualmente en Ceuta o Melilla. Además, están incluidos todos los ciudadanos y ciudadanas con derecho a asistencia en nuestros centros sanitarios de forma habitual.

Características principales de su desarrollo

La necesidad del proyecto comenzó a considerarse ya en 2005 debido a los problemas antes descritos que habían detectado las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla. Durante ese año, en sucesivas reuniones de los

servicios periféricos de Ceuta y Melilla con el Ingesa se decidió el estudio de necesidades tecnológicas y la posibilidad real de poner en marcha como solución a todos los problemas de identificación una tarjeta sanitaria individual con fotografía y el hecho de que, además, esa foto estuviese incluida en la base de datos de atención primaria e-SIAP de forma que apareciese en la historia clínica y el o la profesional pudiese confirmar la identificación del o de la paciente. Durante 2006 se encargó a varias empresas que hiciesen una propuesta con los supuestos técnicos, términos económicos y las condiciones generales del proyecto. La empresa adjudicataria implantó la TSI con fotografía en el segundo semestre del 2007.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación, y metodología

El plan de implantación y formación de la nueva versión de la TSI con fotografía se presentó a los y las profesionales y directivos(as) el 11 de abril de 2007 y se distribuyó un documento escrito de apoyo. El documento describe las tareas necesarias y una serie de nuevos tratamientos en TSI, siendo el más importante el relativo a personas extranjeras. La formación se dirigió a personal de Servicios Centrales de las Gerencias de Ceuta y Mellilla y los centros de salud.

Asimismo, en diciembre de 2007 comenzó la implantación del sistema informático de TSI denominado Civitas, que sustituye a la anterior aplicación como una línea de mejora con el objetivo de disponer de un nuevo sistema acorde con la legislación vigente en materia de TSI, que integra mapa de recursos, base de datos poblacional y base de datos de TSI, lo que permite una mejora en la gestión de los recursos sanitarios, tanto en los físicos como en los humanos, mayor conocimiento de la población atendida y su distribución física por ciudad autónoma, y además está abierto a la incorporación de futuras nuevas funcionalidades en respuesta a las necesidades que vayan surgiendo en la gestión y planificación de la asistencia sanitaria del Ingesa.

Resultados más destacables

La mejora de la identificación de la persona usuaria de los centros sanitarios ha repercutido sobre todo en las áreas de gestión de la prestación farmacéutica ya que se había detectado un gran número de inadecuaciones en su utilización y en la mejor gestión clínica porque, al aparecer en la historia clínica la fotografía del paciente y poder compararla con la que está en la TSI, se evitan las confusiones por las cuales era posible atribuir factores de

riesgo, como tabaco, alcohol, diabetes, hipertensión, obesidad, etc., así como diagnósticos y tratamientos en curso, a un o una paciente distinta de la que aparecía en la historia clínica.

Programa marco de actuaciones conjuntas de las direcciones territoriales del Ingesa y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) para atención sociosanitaria integral en la Ciudad Autónoma de Melilla

Justificación

El avance tecnológico y de la medicina, unido a los factores sociales, ha producido una visión más amplia del concepto de salud y de la atención social y sanitaria, que obliga a reorganizar las estrategias en el abordaje de los problemas de salud. Asimismo, el aumento de la esperanza de vida y de las expectativas de salud de pacientes con procesos crónicos ha incrementado la demanda sanitaria. Esto conduce a la búsqueda de alternativas eficaces, considerando un abordaje amplio, en que es necesario la implicación de los servicios sanitarios y sociales. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia conlleva la atención a las necesidades de aquellas personas que requieren apoyos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. El Ingesa es responsable de la prestación de servicios sanitarios en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de sus Direcciones Territoriales (Real Decreto 1.746/2003, de 19 de diciembre). Asimismo, el Real Decreto 1.226/2005, de 13 de octubre, establece la estructura orgánica y las funciones del Imsero y en su artículo 10 dispone que la gestión de las prestaciones y de los programas que se le atribuyen en el nivel territorial se realice a través de las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla. Este programa marco pretende optimizar los recursos del sistema sanitario gestionado por el Ingesa y del sistema social, competencia del Imsero, para lograr la mejor coordinación en orden a una mayor eficacia de los servicios, que garanticen el derecho de los ciudadanos y las ciudadanas a recibir una atención integral, adecuada y suficiente de sus necesidades, sean éstas sociales o sanitarias.

Población diana

Los principales receptores de la atención sociosanitaria son los grupos formados por personas denominadas “dependientes”, entendiendo por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal. Por todo esto, la población diana tributaria de atención sociosanitaria la constituiría la persona anciana frágil o en riesgo de estarlo, las personas con trastornos mentales graves y crónicos, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial o en riesgo de padecerla(s), los y las pacientes en situación terminal, los y las pacientes con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional, las personas en situación de exclusión social con problemas sanitarios y los cuidadores informales.

Características principales de su desarrollo

Se crea una Comisión de Coordinación Sociosanitaria en Melilla como parte del programa de actuaciones conjuntas que figura en el programa marco, que elabora diversos proyectos para la puesta en marcha progresiva de éste. Las funciones principales de la Comisión de Seguimiento del Programa de Coordinación Sociosanitaria son: establecer los mecanismos de coordinación entre los recursos de ambas Direcciones Territoriales; promover la colaboración de las Administraciones con competencia en asistencia sanitaria, servicios sociales y educativos; promover e incentivar la colaboración y participación de las organizaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y de interés sociosanitario, y elaborar indicadores que permitan el seguimiento y la evaluación del programa. Por último, se constituyen comisiones técnicas o grupos de trabajo integrados por profesionales de Ingesa e Imsero, con la participación de expertos y miembros de otras instituciones y asociaciones, para el desarrollo de cada uno de los programas específicos que comprenden los objetivos del programa marco. En 2007 se ha acometido la realización de la tarjeta de acompañante. Este año, la aplicación ha sido para grandes dependientes.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación, y metodología

Se crea la red de atención sociosanitaria con el objetivo de tener un espacio de atención en que deben estar implicados tanto los servicios de salud como los servicios sociales. Se definen los programas de atención a pacientes en el área sanitaria y social que serán incluidos dentro de la población tributaria de atención sociosanitaria. Estos programas son: en atención primaria, la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, la atención a pacientes con procesos crónicos, el programa de prevención y detección precoz del mayor frágil y dependiente, el de atención a pacientes en situación terminal, el protocolo de valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuidadores, la atención a personal en riesgo social y otros programas de salud, como la educación diabetológica, vacunas para adultos, prevención del tabaquismo y de la obesidad. En el nivel de atención especializada, el programa de detección de riesgo social al ingreso hospitalario.

Los programas específicos de atención conjunta sociosanitaria son, por tanto, los anteriormente descritos, la coordinación de los servicios de rehabilitación funcional y profesional a través de los centros de día del Inmerso, coordinación de las prestaciones ortoprotésica, farmacéutica y ayudas técnicas, el programa de atención a cuidadores informales, el programa de prevención de las situaciones de dependencia, promoción de hábitos de vida saludables y fomento de las actividades formativas, el programa de prevención, detección y atención precoz de minusvalías y atención a menores con discapacidad o en riesgo de padecerla, atención sociosanitaria a personas con trastornos mentales graves y crónicos, oferta de plazas de estancia temporal en la residencia de la tercera edad, comunicación con asociaciones y entidades con finalidad sociosanitaria, mejora de la accesibilidad (eliminación de las posibles barreras físicas, de comunicación e información) y mejora del transporte sanitario adaptado.

Resultados más destacables

La efectividad del derecho durante este primer año se ejercerá por parte de aquellos que sean valorados en el grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1. En el segundo y tercer años, los que sean valorados en el grado II y así hasta llegar, en el octavo año, a cubrir las personas con grado I de dependencia moderada, nivel 1. Se han agilizado los trámites para el visado de recetas y con ello se han minimizado las molestias a la persona usuaria. Está prevista la implantación de la receta electrónica que evitará el número de visitas a

centros sanitarios de estos pacientes. Los equipos de atención primaria han identificado a los cuidadores informales de los y las pacientes incluidas en programas de atención domiciliaria con objeto de facilitarles su actividad. Se les ha facilitado una tarjeta para cuidadores que proporciona: adaptación horaria en citas, información sobre el proceso, formación específica sobre cuidados, permanencia y colaboración en los cuidados en caso de ingreso hospitalario, acompañamiento en los servicios de urgencia, agilización en los trámites de recetas y obtención de material para el cuidado y la inclusión en programas específicos de atención sociosanitaria a cuidadores.

Dentro del Programa de Prevención y Promoción de Vida Saludable se han realizado semestralmente jornadas de educación sanitaria conjuntas entre Ingesa e Imsero, así como talleres y charlas divulgativas dirigidas a los distintos colectivos incluidos en este programa marco.

Creación de la Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos del área sanitaria del Ingesa en Ceuta

Justificación

La seguridad de los y las pacientes y la gestión de los riesgos hospitalarios a los cuales se encuentran expuestos es una función que habitualmente recae sobre distintas unidades/secciones y profesionales. Ello multiplica el tiempo y los esfuerzos dedicados a estas funciones y no siempre existe la coordinación necesaria para plasmar en resultados las actividades realizadas. Por todo esto, se decidió centralizar en una única Usyr (Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos) las actividades de la Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes creada en 2006 y de las distintas actividades de gestión de riesgos clínicos que se realizaban tanto en esta unidad como en otras unidades del área. Hasta la fecha de su creación (8 de octubre de 2007) no existía ninguna unidad de estas características ni en las áreas sanitarias del Ingesa ni a nivel nacional, donde existen algunas Unidades de gestión de riesgos o unidades de seguridad del paciente y unidades de gestión de riesgos laborales. La Usyr se creó con fondos de cohesión para la Estrategia de Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS.

Características principales de su desarrollo

Como primer paso, se nombró coordinador de la Usyr al coordinador de Calidad y Seguridad de Pacientes del área. Seguidamente se estableció un grupo de trabajo que integrará dicha unidad, entre los cuales están los y las profesionales que formaban parte del grupo de Seguridad del Paciente desde el año 2005 con la idea de que, de forma progresiva, se vayan incorporando un representante médico y otro de enfermería designados por cada uno de los servicios del hospital. Para ello, la Usyr se ubicó en el Hospital de la Cruz Roja de Ceuta y quedó adscrita a ella un auxiliar administrativo a tiempo parcial, dos colaboradores médicos, dos diplomados universitarios en enfermería (Servicio de Atención al Paciente), tres técnicos especialistas en diagnósticos clínicos y un médico responsable de esta unidad, que es el coordinador de seguridad de pacientes y gestión de riesgos clínicos. Además, pertenece al grupo de trabajo la directora de enfermería de atención primaria, como representante de este nivel. Se establecieron los objetivos generales y específicos de la unidad, fijándose un método de trabajo que, en primer lugar, estableciera un diagnóstico del nivel de riesgo de cada uno de los servicios del área sanitaria, tras analizar los incidentes y efectos adversos, e hiciera una propuesta a dichos servicios y al equipo directivo de las medidas correctoras que se consideraran necesarias para evaluar posteriormente la eficacia de su puesta en marcha.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación, y metodología

Hasta el momento (enero de 2008) se han desarrollado los objetivos, las funciones y se han definido las fuentes de información de las cuales se obtendrán los datos necesarios para conocer las áreas *a priori* consideradas de mayor riesgo, en que comenzarán los análisis y se pondrán en marcha las mejoras. Las fuentes de información que se utilizarán son los resultados de los indicadores de calidad y seguridad extraídos de la codificación de los CMBD (conjunto mínimo básico de datos) al alta hospitalaria; contenido de las reclamaciones dirigidas al servicio de información y atención al usuario; partes del jefe de hospital y del supervisor de guardia; contenido de las reclamaciones judiciales, y notificaciones voluntarias de los profesionales.

En este momento se está desarrollando un manual de apoyo para la puesta en marcha de programas de gestión de riesgos en unidades clínicas, en el cual se incluirán las herramientas básicas de prevención. Se confeccionó una ficha de notificación de efectos adversos e incidentes, que se implan-

tó y se difundió a todos los servicios/unidades del área sanitaria en noviembre de 2007. Los objetivos específicos de la unidad se desarrollaron desde el momento de su creación y serán los mismos durante el año 2008. Éstos son los siguientes: coordinación de la formación e información a pacientes y profesionales en materia de seguridad del paciente y riesgos clínicos; coordinación de los objetivos específicos en seguridad del paciente y riesgos clínicos fijados en el contrato de gestión del área sanitaria única; diseño junto con el equipo directivo del área sanitaria única del Plan de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Clínicos, siguiendo las recomendaciones del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo para el SNS; edición y distribución del plan anteriormente citado, así como de cualquier otro folleto o cartel divulgativo sobre la materia; evaluación de acciones desarrolladas mediante la obtención de los resultados de los indicadores incluidos en dicho plan, el análisis de causas y la propuesta de medidas correctoras, si se precisa.

Resultados más destacables

Se han realizado encuestas a los y las pacientes sobre conformidad con la atención recibida, incluyendo ítems relacionados con la seguridad de pacientes. Se ha comenzado a recibir notificaciones voluntarias de incidentes y sucesos adversos tras la realización del análisis causa-raíz de éstos. Se ha elaborado un estudio para evaluar el porcentaje de pacientes portadores de la pulsera de identificación en los diversos servicios del hospital, con varios cortes a lo largo del año 2007, cuyos resultados han sido analizados en esta unidad, comprobándose el incremento en el uso de dicha pulsera. Se ha creado una base de datos para el registro de efectos adversos en el área sanitaria de Ceuta (Badea) y se redacta un informe semestral del trabajo realizado. Como parte de las actividades divulgativas y de formación, el 20 de noviembre de 2007 se realizaron las primeras Jornadas de Seguridad del Paciente de Ceuta, que fueron de “puertas abiertas” y a ellas asistieron tanto profesionales como personas usuarias de la ciudad. Además, se ha realizado un curso de seguridad y gestión de riesgos para profesionales, coincidiendo con la semana en que se iban a realizar dichas jornadas. Se ha trabajado fundamentalmente en la prevención de sucesos adversos, como caídas, errores de medicación, intervención quirúrgica en lugar erróneo e infección nosocomial. Por último, a finales de diciembre se ha diseñado un boletín informativo mensual del área sanitaria que incluye, entre otras noticias, información de las actividades en seguridad del paciente que pueden ser de interés para todos los profesionales.

Creación de los premios anuales de calidad asistencial en el Hospital de la Cruz Roja de Ceuta

Justificación

La Gerencia del Área Sanitaria Única de Ingesa, como parte de su Plan de Mejora de la Calidad Asistencial, creó estos premios de acuerdo con el coordinador de Calidad y Seguridad del hospital con el objetivo de reconocer el compromiso de las diferentes unidades/servicios tanto sanitarios como no sanitarios en el ámbito de la calidad asistencial e incentivar así la mayor implicación de los profesionales en las actividades de mejora.

Características principales de su desarrollo

En el mes de junio de 2007 se reunió el comité evaluador que otorgó los primeros premios de calidad 2006, tras haberse establecido las siguientes categorías: premio al mejor servicio asistencial, premio a la mejor unidad de enfermería, premio al mejor servicio no asistencial y premio a la mejor comisión clínica. Los premios se entregaron el 13 de julio de 2007 en el Hospital de la Cruz Roja de Ingesa en Ceuta y al acto se convocó, además de a los premiados, a todo el personal del centro hospitalario y a los servicios informativos de la prensa local. Esta entrega de premios tuvo una gran difusión en los periódicos locales con titulares que daban noticia del reconocimiento a la calidad asistencial en la sanidad ceutí.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación, y metodología

Se diseñaron y distribuyeron a los servicios una hoja de solicitud para optar a los premios con unos documentos anexos que incluían los criterios que se iban a tener en cuenta en la evaluación de los servicios para otorgarles el premio. Dichos criterios eran similares y son los siguientes: número de comunicaciones a congresos de calidad, desarrollo de actividades de calidad en la unidad/servicio, número de profesionales que asisten a actividades de formación programadas en calidad y número de ciclos de mejora completados en la unidad/servicio. Respecto a los criterios para evaluar las comisiones clínicas, se tiene en cuenta los objetivos cumplidos en el año que se va a evaluar, el número de reuniones de dicha comisión, la presentación de memoria

de actividades del año y la participación e implicación de sus componentes en los planes de calidad. Los premios otorgados son cheques que oscilan entre los 500 y los 2.000 euros para el servicio/unidad o comisión para canjear por material para dicho servicio/unidad en el área de suministros del hospital. Además, se entrega placa conmemorativa y diploma.

Resultados más destacables

El premio al mejor servicio asistencial se otorgó al Laboratorio Clínico, a la mejor unidad de enfermería para la Unidad de Hospitalización número cuatro, el mejor servicio no asistencial a la Unidad de Lavandería y el premio a la mejor comisión clínica fue compartido por la Comisión de Historias Clínicas y la Comisión de Infecciones. El éxito de esta primera edición de los premios ha hecho que durante 2007 se amplíe la posibilidad de optar a este premio a los y las profesionales de atención primaria con premio al mejor equipo de atención primaria y, asimismo, a los servicios de atención de emergencias (061/SUAP) con el premio al mejor equipo de atención en emergencias, estableciéndose criterios específicos para estos equipos. Estos premios se otorgarán en 2008.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es