

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 INGESA



Resumen

La actividad del INGESA durante el año 2010 se encuadra en un escenario marcado por la adopción de medidas de austeridad en el gasto, como forma de cumplir con los compromisos derivados del Pacto de Estabilidad y Crecimiento y el Plan de acción inmediata para 2010 del Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, y del Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En este escenario se encuadra el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de mayo de 2010 por el que se adopta el Plan de medidas extraordinarias para la reducción del gasto público.

En INGESA se ha llevado a cabo una política muy rigurosa de contención del gasto que se concreta en medidas que afectan a los distintos capítulos del presupuesto de este Instituto.

La Dirección del INGESA puso en marcha en 2010 estrategias y actuaciones para mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad de nuestra atención sanitaria, y contribuir así a la consecución de estos mismos objetivos en el SNS. Dentro de estas premisas se encuadran las actuaciones relacionadas con los Planes Estratégicos y Directores de la Dirección del INGESA, como son la aplicación de Políticas de Coordinación establecidas por el Consejo Interterritorial, tales como las Estrategias de Salud, y las Prestaciones dirigidas a la prevención de enfermedades, en muchos casos en colaboración con los servicios de salud pública transferidos a las ciudades autónomas. Pero sobre todo, la actuación se centró en garantizar la continuidad de aquellos aspectos en los que había alcanzado importantes logros, como son la sostenibilidad de los servicios, con la apertura del nuevo Hospital Universitario de Ceuta y el comienzo de las obras, presupuestadas con anterioridad a este año, del nuevo hospital de Melilla, y la accesibilidad a las prestaciones sanitarias, con acciones tales como: cambios organizativos en Atención Primaria; implantación del plan de mejora electrónica de la gestión asistencial hospitalaria; la incorporación de objetivos de mejora de la accesibilidad y eficiencia de las prestaciones en los contratos de gestión del 2010, donde se debe resaltar el Plan Integral de Cuidados Paliativos, la informatización de la cita y captura de actividad de todas las agendas de consultas externas, el aumento de la resolución ambulatoria en ambos niveles asistenciales, destacando en este aspecto importantes mejoras del Índice de sustitución Quirúrgica, y el establecimiento de objetivos específicos de demoras máximas tanto para intervenciones quirúrgicas como para consultas externas y pruebas diagnósticas, obteniéndose cifras de tiempo medio de espera claramente inferiores a la media global del SNS.

En la gestión de recursos humanos se han dado instrucciones de ajuste retributivo para la contratación de personal estatutario temporal en los centros sanitarios, de acuerdo a la Ley 8/2010, de 20 de mayo. Además se han adecuado los puestos de trabajo de personal funcionario y laboral, de tal manera que el número de vacantes no superara el 5% del total de puestos existentes, siguiendo recomendaciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 2 de julio de 2010. Por último, se han establecido planes para la disminución del absentismo laboral. Como consecuencia de las citadas actuaciones, el gasto en este capítulo es prácticamente idéntico al de 2009, a pesar del incremento de

efectivos en 2010 como consecuencia del comienzo de la actividad del nuevo hospital de Ceuta.

En el apartado de gestión de bienes y servicios se adoptaron medidas de ahorro energético y respeto al medio ambiente en todas las instalaciones dependientes del INGESA, con objetivos pactados en alumbrado, climatización, consumo de papel y recogida selectiva de residuos. Además, se implantó durante 2010 la administración electrónica, eliminando el papel en nóminas, certificados y control horario. Por último, se mejoró el acceso informático del ciudadano al sistema sanitario para prestaciones no solo sanitarias, sino para las económicas, sugerencias y quejas, cambios administrativos y gestión de desplazamientos, y todo ello en el contexto que conlleva la apertura del nuevo hospital de Ceuta.

El esfuerzo en cobros a terceros ha supuesto un incremento del 9,5% sobre lo pactado en contrato de gestión al comienzo del año.

El gasto en Farmacia se ha visto afectado por el RD 4/2010 de 26 de marzo y el RD 8/2010 de 20 de mayo, y se ha mantenido en términos de contención, lo que supone una fuerte desaceleración respecto a años anteriores. El gasto farmacéutico por persona protegida en los centros sanitarios de Ceuta y Melilla se ha reducido un 2,30% respecto al 2009.

El ahorro en asistencia sanitaria concertada más relevante ha sido el producido por la puesta en marcha de la resonancia magnética propia en el hospital de Ceuta, lo que ha producido una disminución de 1000 resonancias derivadas a centros privados concertados, que implica una reducción del gasto en este concepto de 180.000€.

1 Introducción

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria resulta de adaptar el extinguido INSALUD en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad y naturaleza jurídica de Entidad Gestora de la Seguridad Social. Le corresponde la gestión de la asistencia sanitaria en los territorios que no han asumido las competencias de asistencia sanitaria, la gestión del Centro Nacional de Dosimetría, y de los derechos y obligaciones del Instituto Nacional de la Salud.

La financiación que el INGESA recibe a través de los Presupuestos Generales del Estado para la atención sanitaria en Ceuta y Melilla es suficiente para dar respuesta adecuada a las necesidades de los residentes, así como para la atención a los ciudadanos extranjeros que demandan atención urgente o que pertenecen a colectivos que nuestras leyes amparan expresamente, y que en su mayoría, proceden de Marruecos.

Durante 2010 nuestros esfuerzos se centraron en garantizar la continuidad de aquellos aspectos en los que se ha alcanzado importantes logros, como la sostenibilidad de los Servicios, con la inauguración del Hospital Universitario de Ceuta en 2010 y el comienzo de las obras de construcción del nuevo Hospital Universitario de Melilla, y la accesibilidad de las prestaciones a las poblaciones de Ceuta y Melilla en igualdad de condiciones al resto del Estado Español, con acciones clave como son la implantación de la Historia Clínica Electrónica, y la práctica inexistencia de demoras para prestaciones sanitarias, registrando cifras de lista de espera de las más bajas del SNS. Además, pese a las circunstancias económicas adversas se mantuvo el pago a proveedores en menos de 60 días y se fortaleció la inversión en capital humano a través de los planes de formación y de la ampliación de las acreditaciones docentes para la formación de especialistas médicos y de enfermería.

En materia de Formación INGESA realizó un esfuerzo especial en 2010, elaborando por primera vez un Plan Unitario de Formación Continua para todos sus profesionales que incluye tanto actividades formativas comunes para todos los profesionales, como específicas para las diferentes categorías profesionales. Este Plan se presentó al INAP para obtener fondos para su financiación, y se obtuvieron los suficientes para su realización. Además, el INGESA mantuvo los fondos propios destinados a formación continuada de los profesionales sanitarios, pese a la restricción de presupuestos.

Por último, INGESA aumentó la oferta Docente de Especialistas para el SNS, obteniendo la acreditación de la Unidad Multiprofesional de Salud Laboral, y adjudicando una plaza de médico y otra de Enfermería en la oferta de 2010 para dicha unidad en el Hospital Universitario de Ceuta.

2 Estrategias y actuaciones llevadas a cabo por INGESA para la mejora de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del SNS

2.1 Actuaciones relacionadas con los planes estratégicos y directores de los servicios de salud y actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria

Actuaciones relacionadas con los Planes Estratégicos y Directores

La situación fronteriza de Ceuta y Melilla, y las circunstancias que de esta se derivan, han sido y son uno de los elementos a tener en cuenta en cualquier proceso de planificación sanitaria. La financiación que INGESA recibe a través de los Presupuestos Generales del Estado para la atención sanitaria en dichas ciudades tiene en cuenta esta especial situación.

Para adaptarse a la reducción de los Presupuestos, la Dirección del INGESA introdujo medidas de mejora de la eficiencia que afectaron tanto a las áreas responsables de la gestión de las prestaciones sanitarias como a las áreas de gestión económica y de recursos humanos, y que repercutieron en las actuaciones que se llevaron a cabo en los conciertos y convenios, en los servicios de atención especializada y atención primaria y, en la formación continua de los profesionales.

En el apartado de la atención sanitaria, durante 2010 el INGESA continuó aplicando todas las Políticas de coordinación establecidas por el Consejo Interterritorial como son las Estrategias de Salud, Políticas de Promoción de la salud, y prestaciones sanitarias dirigidas a la prevención de enfermedades, en muchos casos en colaboración con los servicios de salud pública transferidos a ambas ciudades autónomas. Sin embargo, el esfuerzo del INGESA en 2010 se centró en garantizar la continuidad de aquellos aspectos en los que se habían alcanzado importantes logros, como son la sostenibilidad de los servicios y la accesibilidad a las prestaciones sanitarias cuyos ejemplos se describen más adelante.

En el apartado de la gestión económica se adoptaron medidas de mejora de ahorro energético y respeto al medio ambiente en todas las instalaciones dependientes del INGESA, con objetivos pactados en alumbrado y climatización, consumo de papel, recogida selectiva de residuos. Por último, se implantó durante 2010 la administración electrónica eliminando el papel en nominas, certificados y control horario, y mejorando

el acceso informático del ciudadano al sistema sanitario para prestaciones no solo sanitarias, sino económicas, sugerencias y quejas, cambios administrativos y gestión de desplazamientos.

Actuaciones relacionadas con la calidad, accesibilidad, organización y eficiencia de los servicios asistenciales durante 2010

Apertura del Hospital Universitario de Ceuta

Ante la imposibilidad de ampliar las instalaciones del Hospital de la Cruz Roja se decidió la construcción de un nuevo hospital para atender la creciente demanda de prestaciones sanitarias, tanto por la población estable en la ciudad como por la población flotante. En febrero de 2010 tiene lugar el traslado completo desde el Hospital de la Cruz Roja de Ceuta al nuevo Hospital Universitario de Ceuta.

El nuevo hospital aporta novedades en todos los aspectos, tanto estructurales como de funcionamiento y organización, que implican una importante mejora de la calidad asistencial en todas sus vertientes: aumento de la cartera de servicios ofertados dentro de la propia ciudad, mayor accesibilidad tanto por la mayor oferta como por las nuevas tecnologías, y mayor confortabilidad de las instalaciones, entre otras.

El objetivo del INGESA con la apertura del nuevo hospital es incrementar la autosuficiencia del Área de Salud de Ceuta que por su situación obligaba a gran cantidad de derivaciones a la península, con el consiguiente incremento del gasto asociado a algunos procesos. Para ello se aumenta el número de camas pasando de 163 a 252, permitiendo la hospitalización individual. Se incrementan los quirófanos, pasando de 2 a 6 y dejando 1 de estos quirófanos solo para obstetricia, antes inexistente, que es el área de mayor presión asistencial en la ciudad. También aumenta el número de consultas externas y gabinetes de exploraciones especiales pasando de 22 a 31 locales, y de 5 a 11, respectivamente. En coherencia con todo lo anterior se producen incrementos importantes de paritorios, camas de críticos, puestos de hospital de día, etc.

Especial mención hay que hacer de las mejoras estructurales dirigidas a potenciar las áreas de Calidad, y de Docencia y Formación, con ampliación de espacios y dotación de recursos informáticos para el trabajo de los profesionales en estas áreas que antes solo existían funcionalmente; así mismo el hospital dispone de un amplio salón de actos dotado de la última tecnología multimedia e informática, que posibilita la celebración de Jornadas y Sesiones Clínicas Generales, y que era inexistente en el hospital Cruz Roja.

Dentro del objetivo de mejorar la satisfacción del paciente y disminuir gastos asociados a derivaciones y servicios concertados manteniendo los indicadores de calidad de los resultados, se encuadra la incorporación de nueva tecnología diagnóstica dentro del propio hospital, como son: una unidad de Resonancia Magnética Nuclear; Equipos de Ecografía Oftalmológica, Articular, obstétrica, Urológica y de doppler color; Tecnología láser en especialidades como oftalmología y ORL.; equipo de radiofrecuencia para cirugía de ORL; Electromiógrafo; Electrocoaguladores endoscopios de plasma-argón para digestivo y neumología etc. Además, todo este sistema diagnóstico y terapéutico está articulado mediante un Sistema de Información Hospitalaria (SIH), que permite el tratamiento informático de todos los resultados de

pruebas y tratamientos realizados al paciente, posibilitando así su incorporación a lo que será la historia digital única del paciente, compatible con los estándares del SNS, y permitiendo alcanzar la consideración de un “hospital sin papeles”. En este ámbito diagnóstico, destaca como innovación más relevante el Sistema Integrado de Imagen Digital, que permite facilitar de manera inmediata al médico la visualización de las imágenes de RX, ECO, TAC o RM directamente en el ordenador de su consulta, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, y tanto en Ceuta como en Melilla. Ello implica la eliminación del soporte en placas radiográficas.

En el apartado de mejora de la calidad de los servicios de apoyo y confortabilidad para los trabajadores se encuadran las nuevas instalaciones de esterilización, lavandería y cocina; y en el área de confortabilidad de los pacientes se ha hecho un esfuerzo considerable instalando en todas las habitaciones de hospitalización conexiones informáticas, telefonía, TV gratuita, video y música ambiental, así como camas eléctricas de última generación. Además, hay una mayoría de camas individuales con cama de acompañante, fundamentalmente en Obstetricia, y en pediatría.

Plan de Mejora Electrónica de la Gestión Asistencial del Hospital Universitario de Ceuta

Este Plan tiene dos vertientes fundamentales en la mejora de la calidad de la atención sanitaria que son la vertiente asistencial y la vertiente tecnológica, y ambas descansan en cuatro principios rectores: conectar al paciente con su cuidador, conectar a los profesionales responsables con el paciente, conectar a los profesionales con su organización y conectar al hospital con el exterior.

Esta visión se ha traducido en siete acciones importantes, que se exponen a continuación:

1- Instalación de una potente **red de comunicaciones** donde toda la información viaja segura y por distintos canales. Estas abarcan: toda la telefonía Ip: telefonía inalámbrica en todo el hospital; red Wifi de cobertura general en todo el edificio.

Además de las funcionalidades habituales de la integración de la voz y los datos en la telefonía Ip, se han desarrollado nuevos servicios como la “integración” (conexión) entre teléfonos inalámbricos y la llamada paciente-enfermera, esto permite que los pacientes puedan contactar con sus enfermeras allí donde se encuentren, accediendo desde los habituales terminales paciente-enfermera que tradicionalmente llaman desde la cabecera de la cama al control de enfermería, y desde allí contacten con su enfermera en el teléfono inalámbrico. Este ejemplo es similar al cambio que se introdujo en la sociedad al usar la telefonía móvil, de llamar a un sitio a llamar a la persona.

El hospital está dotado con 2.000 puntos de red para que todas las ubicaciones puedan conectar dispositivos de acceso a la red.

2-“**Puesto informático clínico distribuido por todo el hospital**”: permite que cualquier profesional acceda mediante una identificación segura basada en tarjeta criptográfica, a su estación virtualizada de trabajo, esto es, acceso a su entorno electrónico en cualquier parte del hospital. De esta forma, allí donde se encuentre, ya sea en urgencias, plantas de hospitalización, saliendo del quirófano o en las consultas externas, los profesionales pueden tener información disponible de sus pacientes y sus colaboradores sin necesidad de volver a su puesto de trabajo habitual.

3- **Historia Clínica Unificada**: integra toda la información clínica del paciente, recogiendo tanto información del trabajo médico como el de enfermería. La consolidación de la historia clínica electrónica facilita la unificación de los circuitos clínicos y las relaciones de los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y el Hospital,

pudiendo acceder el médico de familia, o el médico de urgencias hospitalarias por ejemplo, a todas las analíticas y pruebas de imagen realizadas en el hospital, tanto para ver antecedentes como para consultar datos recientes o solicitudes de otros especialistas.

La historia clínica electrónica unificada es también una pieza indispensable para la interconexión con la Historia Clínica Digital del SNS para poner a disposición de los ciudadanos sus datos clínicos cuando precisen ser atendidos en cualquier otro centro sanitario del SNS. Para ello, se está contando con la financiación y colaboración de las instituciones que participan en el Programa Sanidad en Línea en los aspectos de dotación de infraestructuras asociados a la Fase II del Plan, y desplegando la organización y los elementos tecnológicos para su puesta en producción en el año 2011.

4-Telemedicina: que posibilita la conexión en directo de los profesionales con los quirófanos, salas diagnósticas, endoscopia, con visión en tiempo real, tanto con fines asistenciales como docentes o investigadores. Esto es especialmente importante en nuestro medio dada la especial situación geográfica de la ciudad donde está ubicado el hospital, ya que a través de estas tecnologías e pueden realizar interconsultas y acceder a servicios clínicos de apoyo en cualquier parte del mundo.

5-Mejora tecnológica de servicios no asistenciales: la plataforma tecnológica instalada permite ofrecer a los pacientes y visitantes en cualquier parte del hospital servicios basados en TV Ip como puede ser la distribución de canales de video de producción propia del hospital con objetivos divulgativos y/o informativos de cara a favorecer la implicación de los usuarios del centro y de la población en general, en su autocuidado, mejora de la seguridad clínica, promoción de hábitos saludables y cualquier otra información que se considere relevante. Además, se ofrece una amplia gama de canales de TV y el acceso inalámbrico a Internet con zona WIFI libre para los pacientes y visitantes en todo el hospital.

6-Virtualización de la Gestión de las infraestructuras del Hospital: por medio de soluciones de virtualización se ha conseguido disponer de una herramienta unificada de gestión de instalaciones del edificio: climatización, sistema anti-incendios, mensajería de evacuación, tubos neumáticos de transporte, ascensores, grupos electrógenos, SAI (Sistema de Alimentación Ininterrumpida).

Todo esto permite un control y seguimiento de su funcionamiento de manera remota y eficiente.

7-Soluciones avanzadas de video basado en tecnología de video-Ip aplicado a las áreas asistenciales: este nuevo sistema dota a los profesionales de una herramienta de seguimiento en aquellos entornos especiales que requieren un más estrecho control del paciente, permitiendo actividades como la visualización de pacientes en psiquiatría y cuidados intensivos, televisitas o videomonitorización de pacientes, localización de pacientes aislados, etc.

Cambios organizativos en Atención Primaria

Medidas organizativas en Melilla

Cambios en la explotación del programa informático de Atención Primaria (e-siap), así como la eliminación de los circuitos de registro en papel. El resultado de este ajuste ha supuesto a lo largo de dicho año, un mayor control y una información más fiable que en años anteriores, al permitir comparar la actividad prevista y la real del mismo periodo del año y con el año anterior, tanto en la actividad total como en la programada de todos

los profesionales de los equipos de de Atención Primaria, lo que permite ahorro en papel, pero también mayor rentabilidad del trabajo de los profesionales dedicados tanto a la atención directa como a la gestión de las prestaciones.

En esta misma línea de introducción de mejoras organizativas se encuadra la **reordenación de la Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Melilla** que ha supuesto durante 2010, no solo un importante incremento de actividad, sino que ha hecho posible que el cierre del ejercicio se realizará sin pacientes en lista de espera en la citada unidad, posibilitando la disminución de los gastos asociados a los cuadros clínicos de los pacientes que asisten a estas unidades como son de las bajas por incapacidad temporal, uso de fármacos etc.

Plan de Mejora en Atención Primaria de Ceuta

En consonancia con el Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS, la Subdirección General de Atención Sanitaria realizó un análisis de la Atención Primaria en la ciudad autónoma de Ceuta al objeto de elaborar un plan de mejora de este nivel asistencial, adaptado a nuestras especiales condiciones geográficas, culturales y demográficas.

La metodología utilizada fue una auditoría interna obteniendo información referente a Indicadores de Estructura, Organización, Gestión. Como resultado de este análisis y para dar respuesta a las debilidades detectadas en el citado análisis, se establecieron 5 líneas estratégicas de mejora que supusieron la creación de 13 grupos de trabajo.

Las líneas de mejora son:

- Línea 1: Mejora de los servicios al ciudadano y de las condiciones de trabajo de los profesionales.
- Línea 2: Garantizar la continuidad asistencial y aumentar la capacidad de resolución.
- Línea 3: Mejora de los sistemas de información y aprovechamiento de las posibilidades de las nuevas Tarjetas individuales sanitarias.
- Línea 4: Potenciar la participación y motivación de los profesionales.
- Línea 5: Calidad Total y Seguridad de los procesos.

Con las actuaciones realizadas se pretende mejorar la calidad y eliminar los costes asociados a la no calidad, dejando que los profesionales asuman el liderazgo operativo. Para esto se ha intensificado la formación en herramientas de mejora de calidad dentro del programa de formación continuada del Área Sanitaria.

Al cierre del año se habían producido ya algunos resultados de mejora como el aumento de las consultas programadas relacionadas con los programas de salud incluidos en cartera de servicios, aumento de la capacidad resolutoria con la disminución consiguiente del número de derivaciones al hospital, aumento de la actividad de la unidad de salud mental un 8,75% con respecto a 2009.

Así mismo han mejorado índices cualitativos específicos de los médicos de familia como el tiempo medio de consulta a demanda que ha pasado de 5,06 minutos en 2009 a 7,93 en 2010.

En las consultas de pediatría el tiempo de consulta ha pasado de 7,66 minutos a 12,95 en 2010. Las coberturas de los programas han mejorado en todos los casos, siendo del 100% la cobertura del programa de atención al niño sano, habiéndose producido un avance significativo en el de vacunaciones y prevención de la caries infantil.

En los programas de atención a la mujer destacan el incremento importante de la cobertura del servicio de vacunación de la rubéola, y los de diagnóstico precoz de cáncer

de cervix, resultados especialmente importantes al considerar las especiales características socio culturales del entorno.

Por último, la evolución de cobertura en los servicios del adulto-anciano ha sido en general positiva, ya que se incrementa la cobertura en muchos de los servicios considerados prioritarios, como son la captación y seguimiento de pacientes con patologías crónicas. Los servicios de prevención de enfermedades cardiovasculares, atención al paciente diabético, atención a pacientes con hipertensión arterial, atención a pacientes con EPOC, y atención a pacientes inmovilizados han experimentado, en distinta medida, un incremento en el número de personas captadas respecto al año anterior.

Debemos destacar de forma especial en 2010 el importante incremento en el servicio de cirugía menor, dato que pone de manifiesto el incremento en la resolución de nuestra Atención Primaria.

El nivel de calidad del Servicio del 061 se pone de manifiesto con el siguiente dato: el 97,5% de las llamadas tuvieron un tiempo de respuesta inferior a los 15 minutos.

Objetivos de mejora de la accesibilidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias en el Contrato de Gestión 2010

En los Contratos de Gestión para las Áreas Sanitarias dependientes del INGESA se establecieron actuaciones dirigidas a garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones para toda la población, incorporando la **perspectiva de género, equidad e igualdad de trato** en la ejecución y evaluación de programas sanitarios, planes de detección y actuación sanitaria en violencia de género, atención a las necesidades de la población con discapacidad, atención a las diferencias socioculturales de la población residente e inmigrante, o transeúnte que accede a los servicios sanitarios. Todo esto con el objetivo de **minimizar el impacto negativo de los determinantes sociales en los resultados de salud** en la población, cuyo impacto en las enfermedades crónicas produce además del empeoramiento en la calidad de vida de la población un notable aumento de los costes asociados a la asistencia socio-sanitaria, y por ende a la sostenibilidad de la misma.

En este sentido, se establecen también los objetivos dirigidos a potenciar la **continuidad asistencial**, incluyendo las actividades derivadas de la implantación de las Estrategias de Salud para el SNS, y la supervisión de la correcta evolución de los procesos en el domicilio del paciente, todo esto repercute directamente en una disminución de reingresos hospitalarios y por tanto de costes asociados a fármacos y estancias, entre otros muchos.

Dentro de este apartado es de destacar en 2010 la presentación por INGESA del **Plan Integral de Cuidados Paliativos (2011-2014)**, cuya misión es asegurar una adecuada planificación, coordinación, y gestión de los recursos asistenciales destinados a atención de las personas en situación Terminal de enfermedad tanto oncológica como no oncológica, de cualquier edad, de forma que se garantice la atención a todas sus necesidades, sean estas físicas, psicoemocionales o sociofamiliares, así como la accesibilidad a dicha atención en condiciones de equidad, dentro del máximo respeto a las creencias y valores del paciente y su entorno.

Para dar forma a este proyecto se ha optado por un modelo organizativo acorde al momento socioeconómico que atravesamos, en el que se apuesta por su puesta en marcha con los recursos disponibles, y basado en 5 principios fundamentales: eficiencia

en la planificación y gestión en los recursos; equidad en el acceso; continuidad del proceso de atención, con enfoque multidisciplinar; abordaje integral de las necesidades tanto de los pacientes como de sus familias; intersectorialidad, con abordaje interinstitucional Ingesa-Imsero y otras estructuras sociosanitarias relacionadas.

Respecto a los objetivos más específicos de **acceso del paciente a prestaciones**, se potencia la **informatización de la cita** y captura de actividad de todas las agendas de las consultas externas, inclusive de las agendas gestionadas por Atención primaria, así como en los servicios de diagnóstico por imagen. Además, durante 2010 en Atención Primaria de Ceuta se comienza un proyecto piloto en un centro de salud que pretende centralizar las llamadas de cita previa a todos los centros de salud, atendándose en un centro exclusivamente y por un solo operador. De este modo se rentabiliza el trabajo del personal de recepción de los centros de salud, que hasta ese momento tenían que alternar la atención personalizada en el mostrador de recepción con la telefónica.

La mejora del acceso a las prestaciones se completa con la **asignación de fecha y hora personalizada de consulta para atención especializada** en el mismo momento en que se solicite a través de la cita en tiempo real **desde los Centros de Salud**, mediante la gestión de agendas de Atención Primaria y facilitando la asignación de consultas de revisión en la propia consulta.

Un objetivo más para mejorar la eficiencia fue el desarrollo de actuaciones para **aumentar el grado de resolución ambulatoria**, tanto de la Atención Primaria en colaboración con ella, como de la Atención Especializada, a través de la protocolización de las derivaciones a consultas externas, de la evaluación de dichos protocolos y del porcentaje de altas en consulta.

En esta área también se establecen objetivos para aumentar la actividad de los Hospitales de Día, y las Consultas de Alta Resolución en los servicios quirúrgicos con mayor demanda, y realizando siempre el estudio prequirúrgico del paciente programado ambulatoriamente, intentando reducir al máximo la estancia hospitalaria prequirúrgica.

En el área quirúrgica, se consigue un importante aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria con respecto al 2009, alcanzando en Melilla un incremento del 14% respecto al año anterior, obteniéndose un índice de sustitución del 41% frente al 37% de 2009. Los resultados son aún mejores en Ceuta pasando a tener un índice de sustitución del 65%.

Por último, se establecen **objetivos específicos de demoras para intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas** siguiendo lo establecido en el RD 605/2003, haciendo especial énfasis en el acceso prioritario a pruebas diagnósticas y consultas de los pacientes con procesos graves y/o, con sospecha de malignidad, poniéndose en marcha protocolos específicos.

El seguimiento de estos parámetros se hace mediante cuadro de mandos mensual, pero el relativo a Tiempos de Espera para Intervención Quirúrgica es semanal, adoptándose medidas de control continuo.

Los últimos datos publicados de Listas de Espera Quirúrgica en el SNS son los correspondientes al 30 de junio de 2010. Los referentes a los Hospitales de Ceuta y Melilla, tanto los referidos a 30 de junio de 2010, como los que se refieren a 31 de diciembre de 2010 (estos últimos reflejados en la **Tabla 1**) muestran un comportamiento muy positivo tanto en el número de pacientes en espera para intervención como en el tiempo de espera, no existiendo pacientes de más de 90 días de espera, cifras claramente inferiores a las globales del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1. Lista de espera quirúrgica. Comparación del INGESA a 31 de diciembre 2010 con el SNS a 30 de junio de 2010 (últimos datos publicados)

Nombre del recurso	SNS	INGESA
Tiempo Medio de Espera	61	37
Paciente en LE/1000Hab	22,382	5,54
Observaciones	Tiempo Medio de Espera en días de los pacientes pendientes de intervención (según RD 605/2003)	
Fuente	INGESA	

A 31 de diciembre de 2010 los resultados desagregados por áreas Sanitarias fueron: un Tiempo medio de Espera de Pacientes Pendientes de Intervención Quirúrgica de 37,27 días en Ceuta y de 36,61 días en Melilla.

Las demoras en consultas externas se mantienen en resultados favorables con tiempo de espera de 16 días en Ceuta, y de 23 días en Melilla.

Obviamente, la consecución de los objetivos de accesibilidad y eficiencia pactados en los Contratos de Gestión con las Áreas Sanitarias repercuten directamente en los demás factores asociados a la gestión de las prestaciones sanitarias, fundamentalmente en la disminución del gasto farmacéutico inadecuado, de pruebas innecesarias, atención en urgencias, derivaciones a la península por complicaciones, ingresos urgentes, prolongación de estancias, y hasta en las bajas por incapacidad temporal.

Todos estos hechos tienen impacto directo e indirecto en la consecución de los pactos económicos establecidos con motivo de la crisis, ya que la no calidad de la gestión está asociada a la ineficiencia, y por lo tanto la mejora de la calidad en la gestión sanitaria es lo más efectivo para ahorrar dinero, porque reduce costes.

2.2 Mejoras de la gestión de recursos humanos

En el capítulo I, “gastos de personal”, y de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, se han dado instrucciones muy concretas y definidas de ajuste retributivo para la contratación de personal estatutario temporal en los centros dependientes de este Instituto.

En esta línea, se ha establecido un **procedimiento para la contratación de personal eventual** por tiempo superior a tres meses, que exige la autorización previa y motivada para cada caso concreto por parte de los Servicios Centrales del IINGESA. Igual procedimiento es aplicable en el caso de interinos y sustitutos.

Además de lo anterior, se amortizaron 20 puestos de trabajo de personal funcionario y laboral en Centros administrativos, con objeto de cumplir el mandato del Acuerdo de Consejo de Ministros de 2 de julio de 2010, que establecía una adecuación de los puestos de trabajo de personal funcionario y laboral, de tal manera que el número de vacantes no superara el 5% del total de puestos de trabajo existentes.

En el Área Sanitaria de Melilla se ha paralizado la incorporación de personal de enfermería dado que en Mayo dado que en mayo de 2010 se produce la incorporación del personal sanitario civil del antiguo hospital militar de Melilla, tras la oferta voluntaria de estatutarización que ofrece el Ministerio de Defensa a su personal civil sanitario. En consecuencia, se incorpora al hospital de INGESA de Melilla un colectivo de 43 trabajadores de las categorías siguientes (facultativos, diplomadas en enfermería, auxiliares de enfermería y celadores).

Este hecho, ha permitido incorporación de personal, sin coste para INGESA, para reforzar servicios que estaban sobrecargados por incremento de la demanda asistencial y a la espera de dimensionar los efectivos cuando la situación económica fuera diferente (paritorio, Hospitalización tocó ginecológica, Medicina interna...). Al mismo tiempo, está permitiendo llevar a cabo un **plan de ajuste** importante en el capítulo de **sustituciones de personal**, ya que parte de este colectivo forma “pool de correturnos”, lo que podrá disminuir de forma importante el nº de sustituciones, y por tanto el coste por este concepto. Uno de los objetivos planteados, es que parte de este personal puede ser una oportunidad, para la creación de unidades específicas de las que el Hospital Comarcal de Melilla carecía, como la Unidad de Cuidados Intermedios.

Consecuencia de las anteriores actuaciones, el comportamiento del gasto de los Centros sanitarios de Ceuta y Melilla en este capítulo, ha supuesto una contención del mismo ya que el gasto de 2010 es prácticamente idéntico al de 2009, a pesar del incremento de efectivos en 2010 como consecuencia de la actividad del nuevo Hospital de Ceuta.

Planes para la disminución de absentismo laboral

Como instrumento para el control del absentismo laboral el INGESA suscribió un convenio de colaboración con el Ministerio de Trabajo e Inmigración para el control de la prestación de Incapacidad Temporal (IT), cuya vigencia se extiende de 2009 a 2012. Los objetivos en él establecidos son asumidos por las Direcciones Territoriales y por las Gerencias de Ceuta y Melilla, y de hecho forman parte de los compromisos recogidos en los respectivos contratos de gestión del año 2010. Estos objetivos se refieren a la racionalización del gasto y a actividades que conforman un plan de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la incapacidad temporal y para la racionalización del gasto de dicha prestación en el INGESA en el año 2010. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Transmisión por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de los partes de IT.
- Remisión al INSS de los informes de control de la incapacidad a que se hace referencia en el artículo 1, puntos 3y 5 del Real decreto 575/1997, en el plazo y forma establecidos.
- Fomento de acciones formativas de los profesionales sanitarios en materia de IT.
- Designación, para el ámbito de cada Dirección Territorial de un Coordinador de IT.
- Considerar la forma más adecuada de facilitar a los Médicos Inspectores del INSS el acceso a los historiales clínicos de los asegurados a efectos de mejorar la gestión y el control de las prestaciones derivadas de la IT.
- Incorporación a las aplicaciones informáticas de gestión de la IT de tablas de duración estándar de IT elaboradas por el INSS, para su utilización, principalmente, por los facultativos de atención primaria.
- Promover acuerdos con el INSS sobre la realización por el INGESA de pruebas complementarias necesarias para la valoración de la IT.

Además el Convenio incluye objetivos de límite de gasto de IT por afiliado y por mes referido a los asegurados a los que el pago de la prestación económica de IT corresponde al INSS, así como objetivos de prevalencia, incidencia y consumo de días de IT.

Por otra parte, el INGESA también ha incluido en los contrato de gestión de 2010, tanto de las Direcciones Territoriales como de las Gerencias, objetivos generales de prevalencia de las bajas y de duración media por asegurado y así mismo se indica que ambas participarán en la elaboración de un plan de adecuación de la Incapacidad Temporal en Centros Propios, y se establece para ellos unos objetivos específicos de los dos indicadores referidos.

2.3 Estrategias y actuaciones realizadas para la mejora en la gestión de la compra de bienes y servicios, y cobros a terceros

Por lo que se refiere al Capítulo II, “gastos corrientes en bienes y servicios”, se ha continuado con el planteamiento global de criterios de ponderación de precios, aunque atendiendo a aspectos técnicos esenciales en el ámbito asistencial,

, y todo ello en el contexto que conlleva la actividad del nuevo Hospital de Ceuta.

El esfuerzo de gestión en este ejercicio ha supuesto también una mejora en el resultado de los **cobros a terceros** que ha sido un 9,45 % superior a la cifra pactada en los Contratos de Gestión para 2010.

El **gasto en Farmacia**, se ha visto afectado por el Real Decreto Ley 4/2010 de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, que recoge las medidas de eficiencia del gasto sanitario propuestas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de marzo de 2010 y que se refieren, entre otras, a modificación de precios de referencia y una rebaja del precio de los medicamentos genéricos, así como por el RD 8/2010 de 20 de mayo de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que obliga entre otras a unas deducciones en factura aplicadas sobre precio de los medicamentos no afectados por los precios de referencia.

En línea con la orientación marcada por esta normativa, el gasto en farmacia se ha mantenido en términos de contención sustancial dentro de nuestras peculiares características, lo que supone una fuerte desaceleración con respecto a ejercicios anteriores. El comportamiento del gasto de los Centros sanitarios de Ceuta y Melilla en este capítulo, ha representado un cambio respecto al producido en el año anterior, ya que el gasto farmacéutico por persona protegida se ha reducido un 2,30% en este ejercicio respecto al producido en el año 2009.

Por último, en el Capítulo de *Inversiones*, se ha atendido exclusivamente a las necesidades más esenciales de reparación de edificios y equipamiento de material en los hospitales de Ceuta y Melilla así como al cumplimiento de los contratos de obra vigentes en el ejercicio.

Actuaciones llevadas a cabo en materia de asistencia sanitaria concertada

La actuación más relevante llevada a cabo en 2010 en materia de asistencia sanitaria concertada ha sido la contratación de un helicóptero medicalizado para evacuaciones de pacientes desde Ceuta hasta hospitales de la península.

Esta contratación ha supuesto una mejora sustancial en la accesibilidad de los pacientes a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, puesto que la ciudad de Ceuta prácticamente queda aislada durante las noches, y durante los días en que las condiciones climatológicas impiden la conexión marítima con la península, no dispone de aeropuerto ni de los recursos sanitarios propios de hospitales de primer nivel.

En dichas circunstancias la única alternativa para los pacientes que necesitan ser trasladados urgentemente a un hospital de mayor nivel que el de Ceuta es el transporte en helicóptero, y hasta entonces los transportes diurnos se contrataban viaje a viaje con empresas de sector y el transporte nocturno era realizado “de favor” por helicópteros de la empresa estatal “Salvamento Marítimo”.

Desde septiembre de 2010 se cuenta con un helicóptero medicalizado con base en Ceuta, a disposición del INGESA, capacitado para vuelos diurnos y nocturnos, lo cual garantiza su disponibilidad y una mayor rapidez en las evacuaciones.

La única razón para no haber dispuesto antes de este medio de transporte ha sido exclusivamente económica, y para disminuir su coste el personal médico y sanitario para el transporte, y los equipos médicos son aportados por el INGESA.

La puesta en marcha de una resonancia magnética en el nuevo hospital de Ceuta en el año 2010 ha supuesto que en dicho año se han derivado al centro concertado 1.000 resonancias menos que en el año anterior, con una reducción del gasto de 180.000 euros por este concepto.

Cambios organizativos en el Servicio de Rehabilitación de Ceuta

Durante 2010, se ha iniciado un cambio de estrategia en la prestación de rehabilitación, hasta ahora prestada por un Centro de Rehabilitación privado con el que Ceuta tiene establecido concierto. Es objetivo de INGESA ir adaptando su centro de rehabilitación, con las medidas organizativas y de dotación de recursos necesarios, para que progresivamente, vaya disminuyendo la derivación de pacientes al centro concertado, y la rehabilitación acabe siendo prestada por INGESA con medios propios, como garantía de una atención integral, una mayor accesibilidad a los servicios y, fundamentalmente, una disminución de los costes de esta prestación.

2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con el uso racional de medicamento

Política de fomento de la prescripción de medicamentos genéricos y prescripción por principio activo

Durante 2010 la prescripción de medicamentos genéricos ha sido una estrategia básica para promover el Uso Racional de los Medicamentos (Tabla 2) y (Figuras 1 y 2). En este sentido, ha sido fundamental el pacto en contrato de gestión de objetivos que facilitarían el incremento en la prescripción de este tipo de medicamentos. Dentro de estos objetivos se ha priorizado, la prescripción de medicamentos genéricos de reciente

incorporación, los llamados en contrato de gestión “nuevos genéricos”, así como aquellos medicamentos genéricos pertenecientes a subgrupos terapéuticos que implican una mayor reducción del gasto evitable.

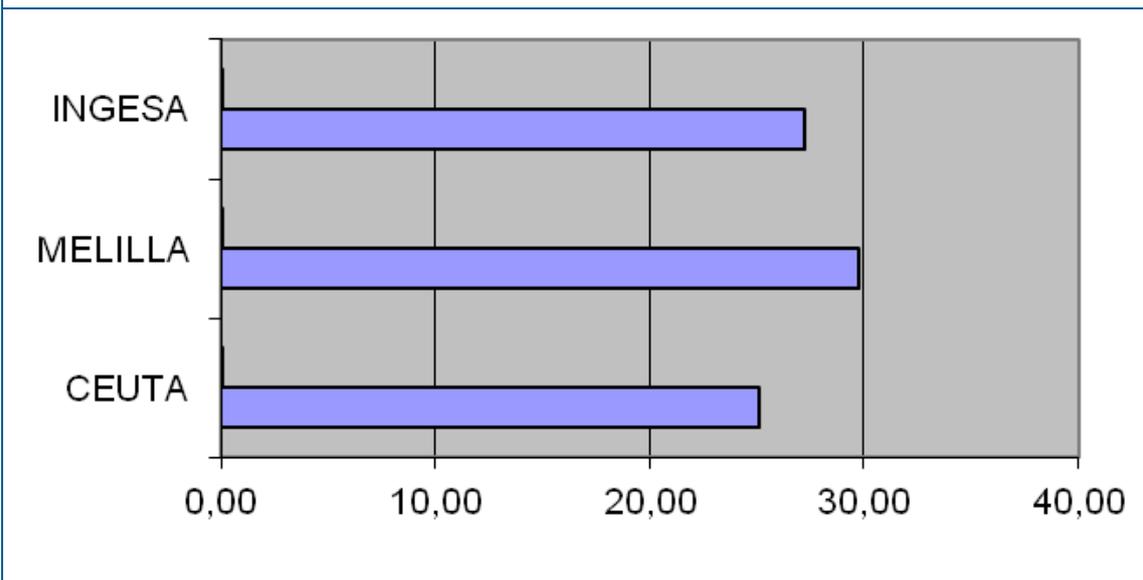
Además como actuaciones de ayuda se pactan objetivos para realizar actividades de información de medicamentos a profesionales, así como actividades de selección de medicamentos entre las distintas alternativas terapéuticas.

Durante este año, se ha hecho seguimiento especial en el ámbito de Atención Especializada, lo que ha influido para que, en este ámbito asistencial, haya habido un mayor incremento de la prescripción de genéricos que en el ámbito de la atención la primaria.

Tabla 2. Consumo de envases genéricos 2009-2010

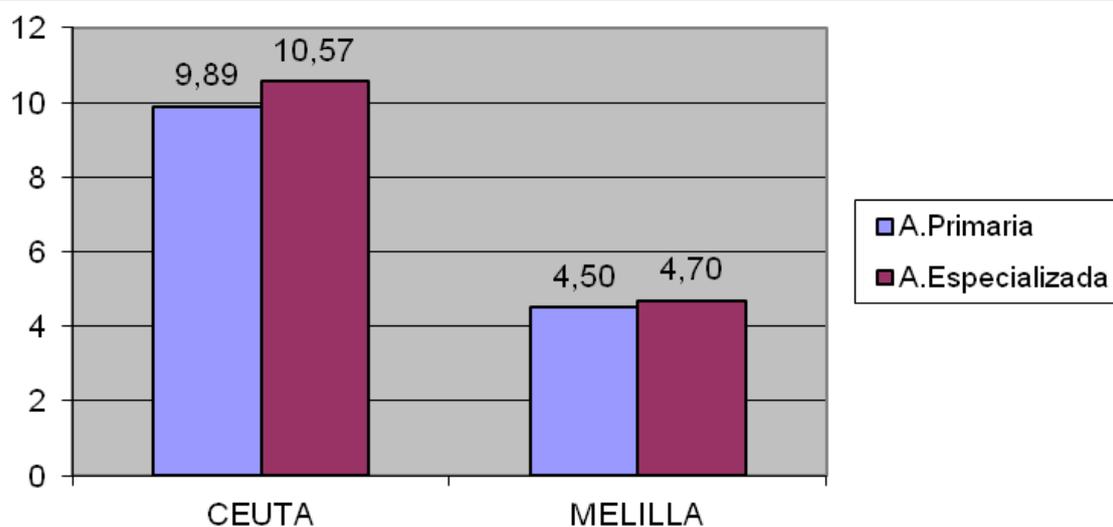
Ámbito	% Envases genéricos sobre total envases Enero-Diciembre 2010	% Variación 2010/2009
Ceuta	25,10	10,04%
Melilla	29,75	6,02%
INGESA	27,25	8,09%
Fuente	INGESA	

Figura 1. Porcentaje de prescripción de envases de medicamentos genéricos en 2010



Fuente | INGESA

Figura 2. Incremento en la prescripción de medicamentos genéricos por ámbitos.



Fuente | INGESA

Control y seguimiento individualizado de indicadores cuantitativos de prescripción a través de receta médica

Durante 2010, se ha hecho seguimiento especial en el ámbito de INGESA de los objetivos “Nº de recetas por persona” y “Gasto medio por receta” (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Variación del número de recetas por persona protegida 2009-2010

	2009	2010	% Variación 2010/2009
Ceuta	16,09	16,02	-0,49%
Melilla	16,88	16,93	0,32%
INGESA	16,45	16,43	-0,12%
Fuente	INGESAa		

Tabla 4. Variación del gasto farmacéutico por persona protegida 2009-2010

	2009 (€)	2010 (€)	% Variación 2010/2009
Ceuta	209,50	202,33	-3,42%
Melilla	206,26	204,36	-0,92%
INGESA	208,04	203,24	-2,30%
Fuente	INGESA		

Revisión de medicación de pacientes polimedicados

Se ha dedicado un esfuerzo específico al control de este tipo de pacientes mediante programas implantados en Atención Primaria, con el fin de facilitar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes, así como de mejorar la información, educación y uso de los medicamentos por parte de los pacientes y la detección de posibles efectos adversos y/o errores en la medicación.

Entrevistas personales con los facultativos

Se realizaron entrevistas con los prescriptores más desviados respecto a los valores medios del Área.

En ellas se revisan perfiles de prescripción y pacientes mayores consumidores pertenecientes a su cupo.

Distribución mensual de información a los médicos

Se editan boletines informativos periódicos que contiene análisis de consumo, evolución temporal de indicadores, logros obtenidos e indicación de los aspectos en los que existe un mayor margen de mejora. Además, existen Boletines Terapéuticos que informan de los cambios en tratamientos, evalúan el impacto de nuevos fármacos comercializados, y revisan protocolos terapéuticos de procesos poco habituales u olvidados.

Mejoras en la coordinación asistencial

Mediante:

- Reuniones de la Comisión de Uso Racional del Medicamento donde participan facultativos de ambos niveles asistenciales.
- Reuniones de la Comisión de Seguimiento de la prestación farmacéutica de Área.
- Entrevistas entre los facultativos de farmacia hospitalaria y los facultativos especialistas, para el seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento con medicamentos anti-TNF.

Protocolización de la prescripción y dispensación de medicamentos de Diagnostico Hospitalario a través de la farmacia hospitalaria

En nuestro ámbito de gestión se ha priorizado esta medida sobre el medicamento Etanercept. Se trata de una medida estratégica para mejorar la seguridad clínica ya que es un fármaco no exento de importantes efectos secundarios, lo que requiere la prescripción y dispensación de este medicamento bajo protocolo. Por otro, este tipo de control ha permitido no sólo una mejora en la seguridad del paciente sino además ha generado un significativo control en la prescripción de este fármaco, cumpliendo

estrictamente las prescripciones para las indicaciones autorizadas, lo que secundariamente ha repercutido en una disminución del gasto farmacéutico.

Programa de incentivos para Médicos de familia y Pediatras de Atención Primaria

El sistema de incentivación, de carácter individual y voluntario, se basa en los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores de calidad de prescripción e indicadores cuantitativos pactados en el contrato de gestión 2010.

Ajuste presupuestario

En función del impacto estimado de los Reales Decretos 4/2010 y 8/2010. Por ello, la cifra pactada en contrato de gestión 2010 para el capítulo IV ha sido un 4.19% inferior a la inicial.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es