

Memoria 1999



Edita: © Instituto Nacional de la Salud

Subdirección General de Coordinación Administrativa

Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa

C/ Alcalá, 56

28014 Madrid

Depósito Legal: M. 45.793-2000

ISSN: 1135-2922

NIPO: 352-00-11-0

Nº pub. INSALUD: 1762

Imprime: Closas-Orcoyen, S. L.

Polígono Igarza. Paracuellos de Jarama (Madrid)



Índice

Nota introductoria	11	<i>Población protegida</i>	41
Régimen jurídico, competencias y estructura	13	<i>Características generales del Modelo de Financiación 1998-2001</i>	42
Órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión	15	Inversiones	42
Órgano de superior dirección y gestión	16	Indicadores de recursos	47
Órganos de dirección y gestión	16	Indicadores económicos. Gasto capitativo	47
Órgano de coordinación y asesoramiento al Presidente Ejecutivo	17	Atención Primaria	50
Estructura Periférica	17	<i>Cobertura poblacional por EAP</i>	51
		<i>Indicadores de recursos personales</i>	52
		Atención Especializada	56
		Cartera de servicios de Atención Especializada	59
Recursos	21	Actividad asistencial y prestaciones	63
Recursos humanos	23	Atención Primaria	65
Personal Directivo	23	Actividad Asistencial	65
Personal de los Centros Sanitarios	23	<i>Actividad</i>	65
Personal de Servicios Administrativos	24	Número de consultas	66
Recursos materiales	24	Cartera de servicios	67
Atención Primaria	24	<i>Coberturas</i>	68
<i>Centros de Salud</i>	24	Atención al niño	68
<i>Equipos de Atención Primaria</i>	25	Atención a la mujer	69
<i>Unidades de Apoyo</i>	26	Atención al adulto-anciano	70
<i>Atención de Urgencias</i>	27	Cirugía menor	72
Atención Especializada	28	Servicio 061	72
Concertados	31	Pediatras de área	73
Recursos financieros e inversiones	35	Equipos de Soporte de Atención domiciliaria (ESAD)	73
Recursos financieros: presupuesto	35	Atención Especializada	75
Ejecución presupuestaria		Actividad global	75
y pago a proveedores	40	Actividad por grupo de hospitales	80
Gestión de cobros a terceros	40	Seguimiento de las fundaciones	
Modelo de financiación	41	hospital Alcorcón y hospital Manacor	82
<i>Introducción</i>	41		

<i>Análisis de la casuística</i>	84	Prevención de riesgos laborales	107
Actividad de hospitalización	84	Participación e incentivación	107
Cirugía ambulatoria	89	<i>Atención Primaria</i>	107
		<i>Atención Especializada</i>	108
Programa de reducción de las demoras	90	Procedimientos	108
Demora quirúrgica	90	Desarrollo de herramientas de gestión	108
Evolución de la lista de espera quirúrgica	91	<i>Reforma del fondo de maniobra</i>	108
Datos a diciembre	91	<i>Mejoras en la organización y gestión de los centros de Atención Primaria y Especializada</i>	110
Demora en consultas	93	Unidad central de información	110
Plan integral de atención a la mujer	94	<i>Sistema de información de asistencia concertada</i>	110
Prestación farmacéutica	95	<i>Cartera de servicios de asistencia especializada</i>	111
Datos generales de consumo	95	<i>Sistema de información de pacientes ambulatorios en asistencia especializada (SIPAE)</i>	111
Datos de consumo por persona protegida	97	Ampliación y actualización del catálogo general de material sanitario del INSALUD	112
Prestación ortoprotésica	100	Prospecciones sobre consumo de recursos	112
Actividades de gestión para mejorar los servicios y las prestaciones	101	Gestión analítica	112
Dirigidas a los usuarios	103	<i>Nueva política de compras del INSALUD</i>	114
Organización del acceso a los servicios sanitarios del INSALUD	104	Gestión de la prestación farmacéutica	116
<i>Identificación de los usuarios y registro en la base de datos de usuarios INSALUD</i>	104	Coordinación entre Atención Primaria y Especializada	118
<i>Acceso a las consultas del centro de salud</i>	104	Comisión paritaria de Área de Atención Primaria y Especializada	119
<i>Acceso a las consultas de Atención Especializada</i>	105	Gestión de las agendas de primeras consultas externas de Especialidades desde Atención Primaria	121
<i>Consulta a domicilio</i>	105	Programas de mejora de la calidad/actividades de garantía de calidad de los servicios	121
<i>Libre elección de médico general y pediatra</i>	105	<i>Colaboración con las sociedades científicas en Atención Primaria</i>	121
Sugerencias y reclamaciones en Atención Primaria	105	<i>Normas Técnicas (NT)</i>	122
Dirigidas a los profesionales	105	<i>Programas de mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria</i>	123
Pactos con las organizaciones sindicales	105	<i>Satisfacción de usuarios con los</i>	
Procesos selectivos	106		



<i>servicios de Atención Primaria</i>	123	Incapacidad temporal y salud laboral	151
<i>Programa de Uso Racional del Medicamento</i>	124	Incapacidad temporal	151
<i>Programa de seguimiento de la prescripción y gasto farmacéutico a través de receta médica en Atención Especializada</i>	128	<i>Actuaciones</i>	151
<i>Programa de calidad en Atención Especializada</i>	131	<i>Evaluación y Control de los indicadores</i>	152
<i>Objetivos relacionados con el área de derecho de los pacientes</i>	131	Programa de Control de Actividad de la Inspección	153
<i>Objetivos relacionados con la mejora en los sistemas de información</i>	132	Salud Laboral	154
<i>Objetivos relativos a implantación de protocolos/guías de práctica/vías clínicas</i>	132	Entidades colaboradoras	154
<i>Objetivos relacionados con la monitorización de la infección hospitalaria</i>	135	Planificación y cambios en la organización	157
<i>Objetivos de calidad en servicios hospitalarios no asistenciales</i>	136	Plan Estratégico	159
<i>Monitorización de indicadores</i>	136	Planes Estratégicos de los Hospitales de INSALUD	159
<i>Estándares de la organización</i>	139	Planes Estratégicos de Atención Primaria	159
Control e inspección sobre procedimientos, prestaciones y servicios	141	Nuevas formas de gestión y organización	160
<i>Evaluación en Atención Primaria</i>	141	Puesta en marcha de la Fundación Hospital Calahorra	160
<i>Evaluación en Atención Especializada</i>	141	Realización de Planes de Empresa	160
<i>Consentimiento Informado</i>	142	Fundaciones de Investigación	160
<i>Reclamaciones</i>	143	Áreas Clínicas e Institutos de Hospitales del INSALUD	161
<i>Clasificación de reclamaciones</i>	144	Telemedicina	162
<i>Seguro de responsabilidad civil</i>	145	Plan de calidad total	163
<i>Prescripción, dispensación y facturación de medicamentos</i>	145	Otras actividades	165
<i>Programas desarrollados por la Inspección Farmacéutica Provincial</i>	145	Participación	167
<i>Actuaciones específicas de la Inspección Farmacéutica de los Equipos Territoriales</i>	147	Consejo General	167
<i>Actuaciones específicas del Área de Inspección de Farmacia</i>	147	Comisión Ejecutiva del Consejo General	167
Inspección en colaboración con el grupo de Investigación de la Seguridad Social (G.I.S.S.) de delitos y fraudes en materia farmacéutica y asistencia sanitaria	151	Comisiones Ejecutivas Provinciales	169
		Formación	170
		Actividades de formación incluidas en el convenio suscrito con la Escuela Nacional de Sanidad en el Anexo para 1999	170

Actividades formativas impartidas de forma descentralizada	170	Unidad de Atención a Usuarios	178
Actividades formativas con cargo a los créditos para Formación Continua gestionados por el Ministerio para las Administraciones Públicas en 1999	170	Atención Primaria	179
Actividades de formación realizadas en 1999 por las Organizaciones Sindicales, a través de los conciertos firmados con la Presidencia Ejecutiva	170	Tair	179
Actividades formativas en los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales/ Provinciales del INSALUD- 1999	171	Informatización Integral de Centros de Salud	179
Coordinación con las Comunidades Autónomas	171	Tarjeta Sanitaria Individual	180
Convenios y acuerdos de colaboración en materia de Asistencia Sanitaria	171	Atención Especializada	180
Jurídica	174	Telemedicina	181
Procedimientos Contenciosos	174	“Proyecto Milenio” para hacer frente al Efecto 2000	181
Relaciones internacionales	175	Política de Comunicación e Implicación	181
Tecnología informática	176	Acciones sobre sistemas y equipos propios	181
Red Corporativa de Comunicaciones	177	Acciones sobre servicios concertados	182
		Planes de contingencia	182
		Asuntos legales	182
		Normativa y Publicaciones	183
		Normativa Interna Publicada	183
		Otra Normativa Publicada	183
		Publicaciones	183
		Apoyo documental y bibliográfico	184
		Conclusiones	187
		Anexo	195
		Presupuesto inicial, modificaciones y ejecución presupuestaria INSALUD estatal	195



Nota introductoria

La Memoria que se presenta pretende ser un reflejo de los recursos y actividades desarrolladas por el INSALUD a lo largo del año 1999.

Mantiene una estructura uniforme en la presentación de los contenidos y de los datos que permite realizar un seguimiento a lo largo de los años contrastando los resultados de los distintos ejercicios.

Incluye nuevos apartados y se amplían otros con datos que completan la información ofrecida en ediciones anteriores.

Por primera vez aparecen referencias en el texto a la creación de plazas de pediatras de área, al desarrollo del proyecto de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD), a la codificación de la cirugía ambulatoria y a las estrategias seguidas para la reducción de la demora en consulta.

Además, el Sistema de Información de Pacientes Ambulatorios en Asistencia Especializada (SIPAE) se extiende a toda la actividad ambulatoria de los hospitales, se amplía y actualiza el catálogo general de material sanitario, se inicia la gestión de las Agendas de primeras consultas externas de especialidades desde Atención Primaria.

Se incorporan datos sobre reingresos, estándares de la organización y se proporciona información sobre la colaboración con el Grupo de Investigación de la Seguridad social en materia farmacéutica y sanitaria.

Finalmente, se apunta el inicio de la elaboración de los Planes estratégicos en Atención Primaria y la puesta en marcha de la Fundación Hospital Calahorra y el plan de empresa del Hospital Palma II.

Se ha ampliado el contenido de algunos capítulos como el de Recursos en Atención Primaria que incluye los datos de Dispositivos de Atención Continuada, y los Recursos concertados con información sobre los servicios quirúrgicos, de diagnóstico y tratamiento desagregados por Comunidades Autónomas, además de una extensa referencia al transporte sanitario, destacando la entrada en funcionamiento de un nuevo sistema de información en asistencia concertada.

Continúa el seguimiento de las Fundaciones. Se completa la exposición del Peso Medio de las Altas, la organización del acceso a los servicios sanitarios del INSALUD con epígrafes que se refieren a la identificación y base de datos de usuarios del INSALUD o las consultas a domicilio.

Finalmente, se detallan los objetivos del proyecto GECLIF, iniciado el pasado año, y del Programa de calidad en Atención Especializada completando la información que se presenta con gráficos ilustrativos.

Régimen jurídico, competencias y estructura



Régimen jurídico, competencias y estructura

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, está adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, que asume la Presidencia Ejecutiva. Se constituye así como una Entidad de Derecho Público con personalidad jurídica propia, y plena capacidad jurídica y patrimonial para el cumplimiento de los fines que le están encomendados.

Corresponde al INSALUD, de conformidad con lo previsto en el artículo 57 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y en la Disposición Transitoria Tercera 1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias, así como en Ceuta y Melilla.

La estructura del Instituto Nacional de la Salud queda establecida en el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, y en el Real Decreto 702/1998, de 24 de abril, que ha introducido cambios en la composición de los Órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión y en la Estructura Periférica.

Órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión

Los Órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión son:

- El Consejo General del INSALUD, cuya composición y funciones se recogen en el artículo tercero del Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, y en el once del Real Decreto 702/1998. Está integrado por representantes de las Organizaciones Sindicales, Empresariales y de Consumidores y Usuarios, así como de las Administraciones Públicas. La Presidencia del Consejo corresponde al Presidente Ejecutivo del INSALUD.
- La Comisión Ejecutiva, cuya composición y funciones son las establecidas en el artículo cuarto del Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, y en el doce del Real Decreto 702/1998. Se encuentra integrada por representantes de las Organizaciones Sindicales, Empresariales y de Consumidores y Usuarios, así como de las Administraciones Públicas. Su Presidente

será designado por el Presidente Ejecutivo del INSALUD, de entre los Directores Generales del Organismo. Dicha designación recae en el Director General de Organización y Planificación Sanitaria.

- Las Comisiones Ejecutivas Provinciales, cuya composición y funciones son las establecidas en el artículo noveno del Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, y en el trece del Real Decreto 702/1998. Se encuentran asimismo integradas por representantes de las Organizaciones Sindicales, Empresariales y de Consumidores y Usuarios, así como de las Administraciones Públicas. Su Presidente será el Director Territorial o Provincial del INSALUD.

Órgano de superior dirección y gestión

El Presidente Ejecutivo, cuya función asume el Secretario General de Asistencia Sanitaria, con rango de Subsecretario, ostenta la representación legal del Organismo y le corresponde la planificación, dirección y evaluación del Instituto y, en general, el ejercicio de las facultades legalmente atribuidas a los Directores de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

Dependen directamente del Presidente los Órganos de dirección y gestión, y las Subdirecciones Generales de Coordinación Administrativa, de Asesoría Jurídica, de Inspección Sanitaria y de Informática.

Órganos de dirección y gestión

Los Órganos de dirección y gestión del INSALUD se establecen en el artículo 3 del Real Decreto 1140/1996, teniendo sus titulares rango de Director General. Son los siguientes:

- La Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria, a quien corresponde el desarrollo y mantenimiento de sistemas de información sanitaria, el impulso de nuevas formas de organización y gestión de centros y servicios y la planificación sanitaria en el ámbito del INSALUD.

Se estructura en las Subdirecciones Generales de Organización y de Planificación e Información Sanitaria.

- La Dirección General de Atención Primaria y Especializada, a quien compete la dirección y desarrollo de la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada, a través de los centros y servicios del INSALUD; la ordenación y gestión de la política de conciertos sanitarios, y la racionalización y gestión de la prestación farmacéutica.



Se estructura en las Subdirecciones Generales de Atención Primaria, de Atención Especializada y de Conciertos.

- La Dirección General de Presupuestos e Inversiones, que es el órgano encargado de la ordenación, ejecución y control de la gestión económica y presupuestaria del INSALUD, y de la programación y ejecución de los programas de inversión en obras, instalaciones y suministros.

Se estructura en las Subdirecciones Generales de Control Económico y Presupuestario y de Obras, Instalaciones y Suministros.

- La Dirección General de Recursos Humanos, que tiene competencias en materia de ordenación, dirección y ejecución de la política de personal del INSALUD.

Se estructura en las Subdirecciones Generales de Relaciones Laborales y de Gestión de Personal.

Órgano de coordinación y asesoramiento al Presidente Ejecutivo

La Comisión de Dirección se constituye como un órgano de coordinación y asesoramiento. Le corresponden el estudio y formulación de propuestas en relación con los planes de actuación del Organismo y su seguimiento permanente, así como la coordinación de competencias y actuaciones de los centros directivos que integran el Instituto.

La Comisión de Dirección, cuya presidencia ejerce el Presidente Ejecutivo, está integrada por los Directores Generales de la Entidad, pudiéndose incorporar a la misma, en razón de los temas a tratar, Subdirectores Generales u otro personal del INSALUD.

Estructura Periférica

La estructura periférica del INSALUD está articulada a través de 12 Direcciones Territoriales y 15 Direcciones Provinciales, y, en cuanto se refiere a Áreas Sanitarias, 57 Gerencias de Atención Primaria, 9 Gerencias del 061 y 81 Gerencias de Atención Especializada.

Existe una Dirección Territorial en cada una de las Comunidades Autónomas que no han recibido las transferencias en materia sanitaria, y en Ceuta y Melilla. En las provincias en que existe Dirección Territorial, las funciones de la Dirección Provincial son asumidas por aquéllas.

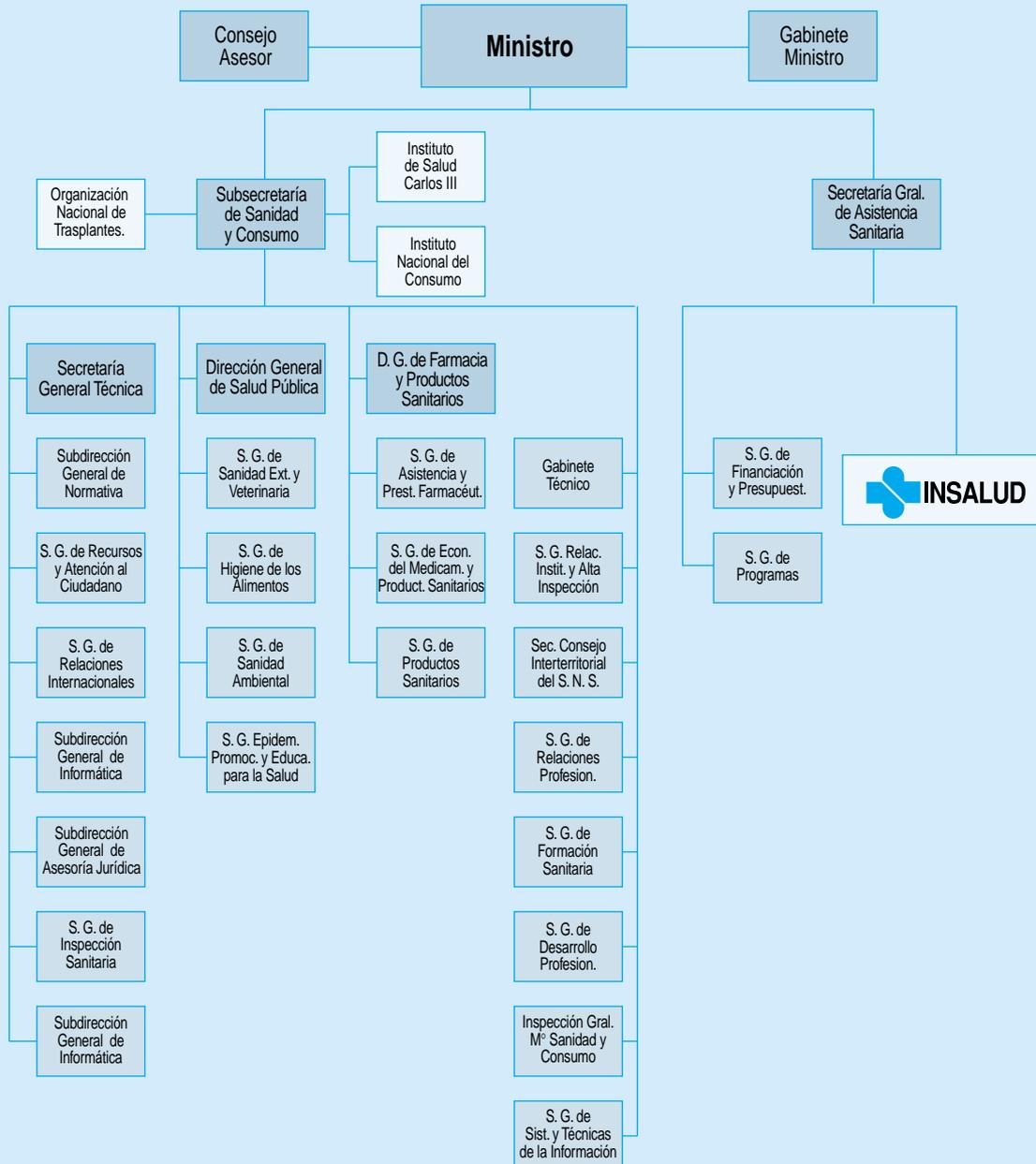
A los Directores Territoriales y Provinciales les corresponde la representación del organismo, la dirección, supervisión y coordinación de los servicios del INSALUD en sus respectivos

territorios y, en particular, las Direcciones Territoriales tienen asignadas competencias en materia de planificación de los recursos y propuesta de distribución del presupuesto asignado en el ámbito de la Comunidad Autónoma, supervisión, seguimiento y control de los objetivos del INSALUD y evaluación de los planes y actuaciones de sus centros y, por último, la participación en las Comisiones de Coordinación de Asistencia Sanitaria entre el INSALUD y la Consejería correspondiente de la Comunidad Autónoma.

En definitiva, corresponde a las Direcciones Territoriales la coordinación de los centros y recursos sanitarios del INSALUD en cada Comunidad Autónoma lo que contribuirá a programar adecuadamente las transferencias de competencias.

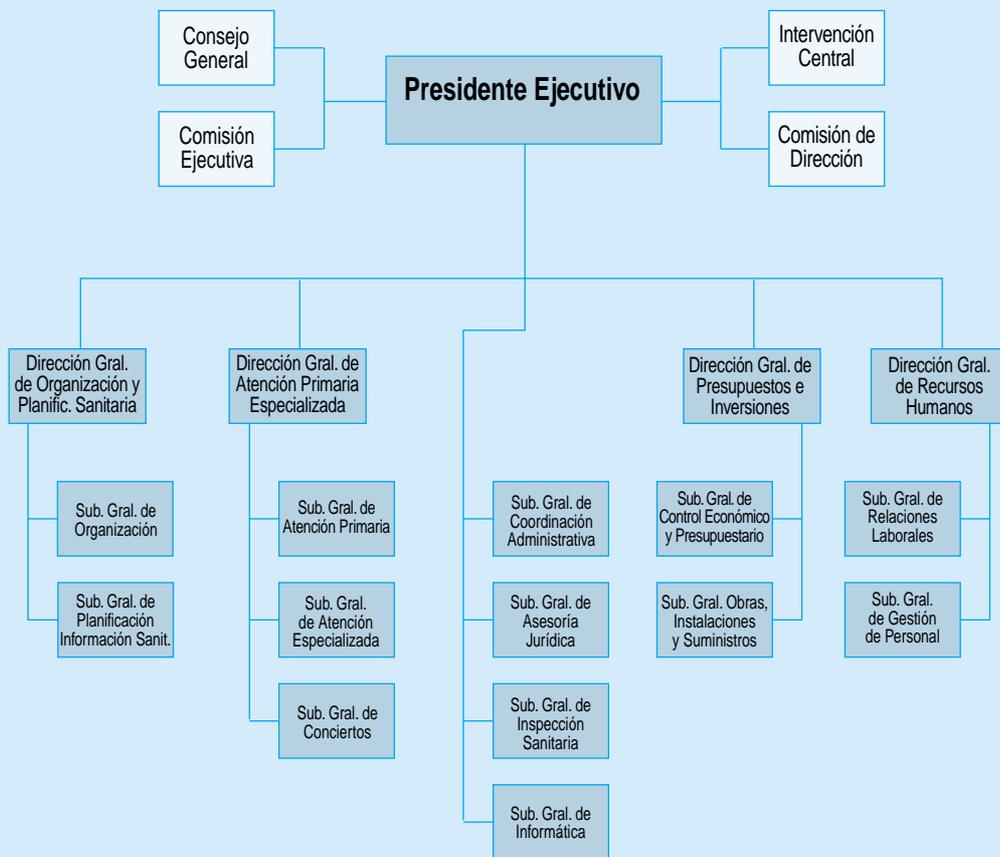


Ministerio de Sanidad y Consumo



R. D. 1893/1996, de 2 de agosto.
R. D. 669/1999, de 23 de abril.

Instituto Nacional de la Salud (Servicios Centrales)



R. D. 1893/1996, de 2 de agosto.

Recursos



Recursos

Recursos humanos

Personal Directivo

A 31 de diciembre, 766 profesionales integraban los Equipos de Dirección de los Centros Sanitarios. Su distribución por puestos y ámbitos asistenciales es la siguiente:

En Atención Primaria: 59 Directores Gerentes, 60 Directores Médicos, 52 Directores de Enfermería y 59 Directores de Gestión (total en Atención Primaria: 230).

En Atención Especializada: 71 Directores Gerentes, 3 Subdirectores Gerentes, 72 Directores Médicos, 79 Directores de Enfermería, 86 Directores de Gestión, 73 Subdirectores Médicos, 78 Subdirectores de Enfermería y 74 Subdirectores de Gestión (total en Atención Especializada: 536).

Personal de los Centros Sanitarios

En los centros del INSALUD prestan servicios 134.417 profesionales, cuya distribución es la siguiente:

Tipo de personal								
	Atención Primaria		Atención Especializada		Totales		Diferencia	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
Facultativos	12.175	12.458	16.450	16.500	28.625	28.958	333	1,16
Sanitario no Facultativo	11.729	11.970	55.298	55.621	67.027	67.591	564	0,84
• Diplomados Universitarios	10.542	10.777	29.924	30.205	40.466	40.982	516	1,28
• Resto Perso, Sanit no Facul.	1.187	1.193	25.374	25.416	26.561	26.609	48	0,18
No Sanitario	8.162	8.277	29.654	29.591	37.816	37.868	52	0,14

Los efectivos que se consignan son el resultado de sumar propietarios e interinos que ocupan plaza vacante. De los 12.458 Facultativos de Atención Primaria, 10.273 son de Medicina General, 1.657 Pediatras y 528 corresponden a otras Categorías. No se incluye el personal de A.P.D. no integrado en E.A.P. (329 Médicos, 189 A.T.S., 187 Matronas).

Datos a 31.12.99.

Personal de Servicios Administrativos

Con respecto al personal funcionario y laboral, los efectivos en Servicios Centrales y Direcciones Territoriales y Provinciales del INSALUD son los siguientes:

- Efectivos de personal funcionario:
 - Servicios Centrales: 747 (en 1998, 752).
 - Direcciones Territoriales/Provinciales: 2.089 (en 1998, 2.104).
- Efectivos de personal laboral:
 - Servicios Centrales: 51 (en 1998, 52).
 - Direcciones Territoriales/Provinciales: 112 (en 1998, 120).

Desde el 1 de enero de 1999, el personal laboral que presta servicios en la Entidad se encuentra incluido dentro del ámbito de aplicación del Convenio Único para el Personal Laboral de la Administración General del Estado.

Recursos materiales

Atención Primaria

Centros de Salud

Al cierre del ejercicio 1999, el INSALUD cuenta con 1.074 Centros de Salud, cuya distribución por Comunidades Autónomas es la siguiente:

Distribución por CC. AA.	
	Centros de Salud
Aragón	110
Asturias	78
Baleares	42
Cantabria	32
Castilla-La Mancha	184
Castilla y León	217
Extremadura	95
La Rioja	17
Madrid	224
Murcia	69
Ceuta	3
Melilla	3
INSALUD	1.074



Equipos de Atención Primaria

Las Unidades Básicas de prestación sanitaria en Atención Primaria son los Equipos de Atención

Primaria. Al cierre del ejercicio 1999 el INSALUD cuenta con 1.177 Equipos, cuya distribución es la siguiente:

Equipos de Atención Primaria				
CC.AA.	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Aragón	112	115	3	2,68
Asturias	75	78	3	4,00
Baleares	41	42	1	2,44
Cantabria	32	32	0	0,00
Castilla-La Mancha	187	187	0	0,00
Castilla y León	232	234	2	2,06
Extremadura	97	99	2	2,06
La Rioja	18	18	0	0,00
Madrid	289	294	5	1,73
Murcia	71	71	0	0,00
Ceuta	3	3	0	0,00
Melilla	4	4	0	0,00
INSALUD	1.161	1.177	16	1,38

Unidades de Apoyo

El número de profesionales en Unidades de Apoyo, que prestan atención a la mujer (Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica), los

tratamientos rehabilitadores básicos (Unidades de Fisioterapia) y las prestaciones de salud bucodental, se incrementó en 69, de forma especial en cuanto al número de fisioterapeutas y odontólogos de área.

Personal de apoyo

CC.AA.	Matronas de Área				Fisioterapeutas				Odontólogos				Total			
	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
Aragón	47	57	10	21,28	25	26	1	4,00	15	16	1	6,67	87	99	12	13,7
Asturias	19	19	0	0,00	30	31	1	3,33	25	26	1	4,00	74	76	2	2,7
Baleares	33	34	1	3,03	22	22	0	0,00	8	8	0	0,00	63	64	1	1,5
Cantabria	11	12	1	9,09	12	13	1	8,33	11	11	0	0,00	34	36	2	5,8
Castilla-La Mancha	29	30	1	3,45	31	37	6	19,35	25	31	6	24,00	85	98	13	15,2
Castilla y León	137	141	4	2,92	56	61	5	8,93	31	35	4	12,90	224	237	13	5,8
Extremadura	40	40	0	0,00	34	36	2	5,88	20	20	0	0,00	94	96	2	2,1
La Rioja	11	11	0	0,00	11	10	-1	-9,09	3	3	0	0,00	25	24	-1	-4
Madrid	108	109	1	0,93	103	105	2	1,94	78	87	9	11,54	289	301	12	4,1
Murcia	43	43	0	0,00	21	22	1	4,76	15	17	2	13,33	79	82	3	3,8
Ceuta	3	3	0	0,00	2	2	0	0,00	2	2	0	0,00	7	7	0	0
Melilla	4	4	0	0,00	2	2	0	0,00	2	2	0	0,00	8	8	0	0
INSALUD	485	503	8	3,71	349	367	18	5,16	235	258	23	9,79	1.069	1.128	69	5,5



Atención de Urgencias

La prestación de servicios en los horarios en que no funcionan los Equipos de Atención Primaria, se realiza mediante las Unidades denominadas Puntos de Atención Continuada y Servicios

Normales de Urgencia, que se engloban bajo la denominación de “Dispositivos de Atención Continuada”, y que aumentaron en 20 durante 1999, especialmente en las Comunidades Autónomas de Aragón y Extremadura.

Atención Urgencias (*): Dispositivos atención continuada				
CC.AA.	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Aragón	96	104	8	8,33
Asturias	86	87	1	1,16
Baleares	32	32	—	—
Cantabria	23	23	—	—
Castilla-La Mancha	175	175	0	—
Castilla y León	208	209	1	0,48
Extremadura	93	103	10	10,75
La Rioja	15	15	—	—
Madrid	72	72	—	—
Murcia	41	41	—	—
Ceuta	1	1	—	—
Melilla	1	1	—	—
INSALUD	843	863	20	2,37

(*) Los datos referidos al Servicio 061 se encuentran recogidos en su correspondiente apartado, en el capítulo “Actividad asistencial y prestaciones”.

Atención Especializada

El INSALUD ha mantenido en 1999 la misma estructura de Atención Especializada en lo que a número de hospitales se refiere. Sin embargo, el hospital Virgen del Castañar de Béjar se ha integrado, formando complejo, al Hospital Universitario de Salamanca, por lo que las tablas

siguientes contemplan 81 hospitales propios o administrados en funcionamiento. De ellos, 2 están gestionados mediante la fórmula de Fundación (Fundación Hospital Alcorcón y Fundación Hospital Manacor).

A continuación se muestra la distribución de recursos:

Distribución de recursos por Comunidad Autónoma (1). Asistencia Especializada 1999

Núm. Áreas	Comunidad Autónoma	Número de Hospitales						Camas instaladas	Núm. C.E.P.
		Grupo 4	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 5	Total		
5	Aragón	2		2	3	1	8	3.346	8
8	Asturias	1		3	3		7	3.141	6
3	Baleares	1			3		4	1.432	6
4	Cantabria	1		1	1		3	1.878	3
7	Castilla-La Mancha		2	5	3	1	11	4.126	9
11	Castilla y León	1	4	6	3		14	6.429	14
8	Extremadura		1	4	3		8	2.916	10
11	Madrid	5	2	4		6	17	10.797	32
6	Murcia	1		3	2		6	2.155	5
1	La Rioja			1			1	653	4
1	Ceuta				1		1	163	1
1	Melilla				1		1	172	
66	INSALUD	12	9	29	23	8	81	37.208	98

(1) La población es la adscrita a los hospitales INSALUD (propios y administrados).

(Grupo 1 = Hospitales Comarcales; Grupo 2 = Hospitales Generales de Área; Grupo 3 = Hospitales con Servicios de referencia; Grupo 4 = Hospitales con Alta Tecnología; Grupo 5 = No clasificables).



Evolución de recursos 1998-1999

	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
Número de Hospitales	82	81*	-1	-1,22
Camas instaladas**	37.477	37.208	-269	-0,72
Camas funcionantes**	32.327	32.105	-222	-0,69
Quirófanos instalados	833	839	6	0,7
Quirófanos funcionantes	715	713	-2	-0,28
Locales de consulta	5.149	5.160	11	0,21

(*) En 1999 el Hospital Virgen del Castañar (grupo V) se ha incorporado formando complejo al H.U. de Salamanca.

(**) Planes directores en curso (cuatro hospitales), desviación de camas a Áreas de Atención Ambulatoria (Hospital Día), revisión del aforo real (dos hospitales).

Equipos de Alta Tecnología. Distribución por Comunidades Autónomas 1999

Comunidad Autónoma	T.A.C.	R.N.M.	Ang. digit.	Salas Hemod.	Acelera. lineal	Bomba Cobalto	Planificador.	Simuladores	Gamma-cámaras	Litotricia
Aragón	7	2	3	3	1	2	2	2	4	1
Asturias	10	1	3	1	1	3	1	1	3	1
Baleares	6	1	1	1	1	1	2	1	2	1
Cantabria	4	-	1	2	1	1	1	1	2	-
Castilla-La Mancha	8	-	3	1	-	-	-	-	2	1
Castilla y León	15	2	6	4	3	4	4	4	7	-
Extremadura	8	1	1	1	1	2	1	1	3	-
Madrid	27	10	11	14	8	4	6	6	21	2
Murcia	5	1	1	2	2	1	1	1	3	-
La Rioja	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INSALUD	93	18	30	29	18	18	18	17	47	6

Evolución de los Equipos de Alta Tecnología

	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
T.A.C.	89	93	4	4,49
R.N.M.	16	18	2	12,50
Angiógrafo digital	27	30	3	11,11
Salas de hemodinámica	28	29	1	3,57
Acelerador lineal	15	18	3	20,00
Bomba de cobalto	18	18	0	0,00
Planificadores	17	18	1	5,88
Simuladores	16	17	1	6,25
Gammacámaras	44	47	3	6,82
Litotricia	6	6	0	0,00



Concertados

Tabla I
Hospitales Concertados.
Centros y camas por modalidad

	Centros		Camas		Variaciones	
	1998	1999	1998	1999	Centros	Camas
Modalidad General	75	74	9.900	9.830	-1	-70
Singulares	11	13	1.677	1.837	2	160
Singulares sustitutorios	7	6	4.266	3.976	-1	-290
Militares	5	5	2.723	2.723	0	0
Administrados	10	10	3.350	3.350	0	0
TOTAL	108	108	21.916	21.716	0	-200

Tabla II
Hospitales Concertados.
Centros y camas por Comunidades Autónomas

	Centros		Camas		Variaciones	
	1998	1999	1998	1999	Centros	Camas
Aragón	10	10	1.649	1.649	0	0
Asturias	8	8	1.680	1.680	0	0
Baleares	7	7	920	920	0	0
Cantabria	4	4	361	361	0	0
Castilla-La Mancha	4	4	430	430	0	0
Castilla y León	25	25	3.328	3.328	0	0
Extremadura	5	5	490	490	0	0
La Rioja	2	2	211	211	0	0
Madrid	27	27	10.491	10.491	0	0
Murcia	15	15	1.518	1.318	0	-200
Navarra	1	1	474	474	0	0
TOTAL	108	108	21.552	21.352	0	-200

Tabla III
Servicios quirúrgicos por Comunidades Autónomas

	CMQ 1/97 (*)		CMQ 4/98 Parrilla (**)		Total	
	Contratos	Proced.	Contratos	Proced.	Contratos	Proced.
Aragón	3	343	2	368	5	711
Asturias	1	400	-	-	1	400
Baleares	-	-	-	-	-	-
Cantabria	1	175	-	-	1	175
Castilla-La Mancha	4	1.369	5	3.203	9	4.572
Castilla y León	4	1.793	5	1.840	9	3.633
Extremadura	3	1.225	3	2.245	6	3.470
La Rioja	-	-	-	-	-	-
Madrid	1	2.589	1	2.735	2	5.324
Murcia	-	-	1	20	1	1
Ceuta	-	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	7.894	17	10.411	34	18.286

(*) CMQ 1/97: Contrato Marco Quirúrgico para la Resolución de Listas de Espera Quirúrgicas.

(**) Parrilla: Contrato Marco Quirúrgico que sustituye al CMQ 1/97 e incorpora Cirugía Cardíaca, Radiocirugía y Hemodinámica Diagnóstica y Terapéutica.



Tabla IV
Servicios de diagnóstico y tratamiento (*)
por Comunidades Autónomas

	Pirámide		Caballería		Sanigochi	
	Contratos	Explorac.	Contratos	Explorac.	Contratos	Pacientes
Aragón	7	5.282	–	–	1	1
Asturias	–	–	–	–	–	–
Baleares	1	43	–	–	1	1
Cantabria	1	500	–	–	–	–
Castilla-La Mancha	14	13.478	1	2.100	3	114
Castilla y León	22	24.201	1	70	6	74
Extremadura	5	8.645	2	2.920	–	–
La Rioja	–	–	–	–	1	2
Madrid	8	83.400	3	64.634	3	157
Murcia	11	9.904	–	–	–	–
Ceuta	–	–	–	–	1	11
Melilla	2	2.969	–	–	–	–
TOTAL	71	148.422	7	69.724	16	360

(*) PIRÁMIDE: Contrato Marco para medios diagnósticos por imagen (RNM, TAC y Medicina Nuclear) y terapéuticas (Litotricia extracorpórea).
CABALLERÍA: Contrato Marco para medios diagnósticos por imagen (excluida Medicina Nuclear) y terapéuticos en instalaciones móviles.
SANIGOCHI: Contrato Marco para tratamiento domiciliario de diálisis.

Tabla V
Transporte Sanitario
Parque concertado por Comunidades Autónomas y tipo de vehículo

	Amb. no asistenc.	Ambulanc. asistenc.	Transporte colectivo	Todo terreno	Vehículos 061	Total vehículos
Aragón	79	9	37	–	–	125
Asturias	61	7	40	–	–	108
Baleares	25	31	40	3	–	99
Cantabria	36	3	16	–	2	57
Castilla-La Mancha	204	10	164	–	3	381
Castilla y León	237	22	150	–	1	410
Extremadura	208	5	63	–	–	276
La Rioja	19	2	12	–	–	33
Madrid	380	–	12	–	15	407
Murcia	98	–	9	–	–	107
Ceuta	13	2	2	–	–	17
Melilla	4	1	1	2	–	8
TOTAL	1.364	92	546	5	21	2.028



Recursos financieros e inversiones

Recursos financieros: Presupuesto

Presupuesto Inicial

El Presupuesto Inicial del INSALUD Gestión Directa para el ejercicio 1999 ascendió a 1.542.007 millones de pesetas, con un incremento del 6% sobre el año anterior.

En cumplimiento del Acuerdo de Consolidación y Racionalización de la Seguridad Social, el presupuesto del INSALUD para 1999 se financia exclusivamente por aportación del Estado, desapareciendo la financiación de la Seguridad Social por cotizaciones sociales.

Presupuesto Final

El *Presupuesto Final* del INSALUD gestión directa ascendió a 1.617.030 millones de pesetas. Esta cantidad representa el 38,9% del presupuesto de asistencia sanitaria de la Seguridad Social canalizado a través del INSALUD (INSALUD estatal).

Las *modificaciones de crédito* producidas en el ejercicio han supuesto una variación en el presupuesto inicial de gestión directa de 75.023 millones de pesetas. Las más relevantes son las siguientes:

- Ampliaciones por ingresos de cobros a terceros por importe de 24.215 millones de pesetas.
- Suplemento de crédito financiado con recursos de la Seguridad Social derivados de remanentes de los ejercicios 1996 y 1998, por importe de 8.639 millones de pesetas.

- Suplemento de crédito financiado con retenciones de cuotas e inversiones por importe de 6.021 millones de pesetas.
- Generación de crédito por ingresos de Farmaindustria por importe de 11.384 millones de pesetas.
- Generación de crédito por el Programa de Ahorro de Incapacidad Temporal por importe de 16.190 millones de pesetas.
- Generaciones de créditos por ingresos del Principado de Asturias para la financiación del Hospital General de Asturias por importe de 3.059 millones de pesetas.
- Generaciones de créditos por fondos FEDER por importe de 5.136 millones de pesetas.
- Generación de crédito por ingresos del Ministerio de Sanidad y Consumo para trasplantes de órganos por importe de 106 millones de pesetas.
- Generaciones de crédito por ingresos diversos por importe de 273 millones de pesetas.

Liquidación

La *liquidación definitiva* ha ascendido a 1.604.384 millones de pesetas, lo que supone la ejecución del 99,22% del presupuesto final.

Por capítulos económicos, los "Gastos de Personal" Capítulo I representan el 45,33% de las obligaciones reconocidas, seguido en orden de importancia por el Capítulo II "Gastos Corrientes en Bienes y Servicios" con un 26,7% (de ellos un 10,2% corresponde a Conciertos), y el Capítulo IV con un 24%

(representando los gastos en "Farmacia" el 23,42%). La suma de estos tres Capítulos

representa el 96,04% del total del presupuesto liquidado.

Estado de liquidación del presupuesto 1999 por capítulos económicos
Insalud Gestión Directa. Liquidación definitiva (millones de ptas.)

Capítulo	Presupto. inicial 1999 (1)	Modifica.	Presupto. final (2)	Obligaciones contraídas (3)	% Realización	
					(3)/(1)	(3)/(2)
I. Gastos Personal	736.849	-7.011	729.838	727.302	98,70	99,65
II. Gastos C. Bienes y Servicios	235.695	30.578	266.273	264.817	112,36	99,45
II.A Conciertos	158.544	5.334	163.878	163.622	103,20	99,84
III. Gastos Financieros	700	-296	404	402	57,43	99,50
IV. Transferencias Corrientes	9.688	-348	9.340	9.316	96,16	99,74
IV.A Farmacia	334.286	41.475	375.761	375.731	112,40	99,99
VI. Inversiones	63.841	5.291	69.132	60.846	95,31	88,01
VII. Transferencias de Capital	1.500	0	1.500	1.490	99,33	99,33
VIII. Activos Financieros	904	0	904	858	94,91	94,91
GESTIÓN DIRECTA	1.542.007	75.023	1.617.030	1.604.384	104,05	99,22

Por grupos de programas, Atención Especializada, con obligaciones reconocidas de 947.410 millones de pesetas, representa el 59,05% de la liquidación del presupuesto. Atención Primaria ha representado el 37,47% del total de obligaciones reconocidas.

Debe destacarse igualmente que el conjunto de las obligaciones reconocidas en Atención Primaria y Especializada suponen el 96,52% del total al final del ejercicio.

La liquidación del presupuesto alcanza porcentajes de ejecución relevantes en "Administración y Servicios Generales" (94,41%), y en "Formación de Personal" (99,06%).

"Atención Primaria" y "Atención Especializada", que por su elevado volumen tienen un mayor peso específico en el presupuesto, se encuentran con porcentajes muy elevados de ejecución (99,47% y 99,19%, respectivamente).



Estado de liquidación del presupuesto 1999 por grupos de programas
Insalud Gestión Directa. Liquidación definitiva (millones de ptas.)

Grupos de programas	Prepto. inicial 1999 (1)	Modifica.	Prepto. final (2)	Obligaciones contraídas (3)	% Realización	
					(3)/(1)	(3)/(2)
21. Atención Primaria	561.235	43.091	604.326	601.137	107,11	99,47
22. Atención Especializada	921.193	33.957	955.150	947.410	102,85	99,19
25. Admón. y Servicios Generales	25.692	-391	25.301	23.886	92,97	94,41
26. Formación Personal Sanitario	33.887	-1.634	32.253	31.951	94,29	99,06
GESTIÓN DIRECTA	1.542.007	75.023	1.617.030	1.604.384	104,05	99,22

En la comparación interanual de las obligaciones se aprecia un incremento global del 6,46%.
Eliminando el efecto correspondiente a la imputación de obligaciones de ejercicios

anteriores aplicadas a 1998 (23.918 millones de pesetas) y a 1999 (17.435 millones de pesetas), el incremento de las obligaciones reconocidas es del 7%.

Estado de ejecución del presupuesto de 1999 por capítulos económicos y comparación con 1998
Insalud Gestión Directa. Liquidación definitiva. (Millones de pesetas)

Capítulo	Presupuesto final 1999 (1)	Obligaciones contraídas		% ▲▼ 99/98	Ejecución presupuesto 99/ presupuesto final
		1999	1998		
I. G. Personal (sin Cuotas)	580.926	579.986	558.150	3,91	99,84
I.A Cuotas Seguridad Social	148.912	147.316	142.753	3,20	98,93
II. Gastos C. Bienes y Servi.	266.273	264.817	245.777	7,75	99,45
II.A Conciertos	163.878	163.622	159.163	2,80	99,84
III. Gastos Financieros	404	402	262	53,44	99,50
IV. Transferencias Corrientes (1)	9.340	9.316	5.046	84,62	99,74
IV.A Farmacia	375.761	375.731	338.843	10,89	99,99
VI. Inversiones	69.132	60.846	54.064	12,54	88,01
VII. Transferencias de Capital (2)	1.500	1.490	2.125	-29,88	99,33
VIII. Activos Financieros	904	858	883	-2,83	94,91
GESTIÓN DIRECTA	1.617.030	1.604.384	1.507.066	6,46	99,22

(1) En 1999 se liquidaron 4.272 millones de pesetas en el Capítulo IV como Transferencia a la Tesorería General de la Seguridad Social para el programa de Control Interno del INSALUD. En 1998 este gasto figuraba dentro del Grupo de Programas 46 "Control Interno y Contabilidad" en el Capítulo I.

(2) En 1988 se liquidaron 1.275 millones de pesetas en el Capítulo VII como Transferencia de Capital a la Fundación Hospital Alcorcón de Madrid.

Estado de ejecución del presupuesto de 1999 por grupos de programas y comparación con 1998
 Insalud Gestión Directa. Liquidación definitiva. (Millones de pesetas)

Grupos de programas	Presupuesto final 1999 (1)	Obligaciones contraídas		% ▲▼ 99/98	Ejecución presupuesto 99 / Presupuesto final
		1999	1998		
21. Atención Primaria	604.326	601.137	557.066	7,91	99,47
22. Atención Especializada	955.150	947.410	898.914	5,39	99,19
25. Admón. y Servicios generales (1)	25.301	23.886	19.374	23,29	94,41
26. Formación Pers. Sanitario	32.253	31.951	31.712	0,75	99,06
GESTIÓN DIRECTA	1.617.030	1.604.384	1.507.066	6,46	99,22

(1) En 1998 se liquidaron 2.108 millones de pesetas en el Grupo de Programas 46 "Control Interno y Contabilidad", que a efectos de homogeneidad, comparativa, se incluyen en el Grupo 25 "Administración y Servicios Generales".
 En el ejercicio 1999, dentro del Grupo de Programas 25, se liquidaron 4.272 millones de pesetas en el Capítulo IV como Transferencia a la Tesorería General de la Seguridad Social para el programa de Control Interno del INSALUD.



Ejecución del presupuesto 1999. INSALUD Gestión Directa por grupos de programas. Liquidación definitiva

(Miles de pesetas)

Capítulo	Denominación	Atención Primaria		Atención Especializada		Administración		Formac. Personal Sanit.		Totales	
		Presup. inicial Presup. final Obligaciones	% Obli.	Presup. inicial Presup. final Obligaciones.	% Obli.	Presup. inicial Presup. final Obligaciones	% Obli.	Presup. inicial Presup. final Obligaciones	% Obli.	Presup. inicial Presup. final Obligaciones	% Obli.
1	Personal	188.381.051		499.902.281		14.930.050		33.634.241		736.848.524	
		188.048.051		495.467.335		14.324.951		31.997.298		729.837.635	
		187.336.072	99,62	494.241.877	99,75	13.992.050	97,68	31.732.011	99,17	727.302.010	99,65
2	Corrientes Bienes y Serv.	25.018.540		205.700.382		4.723.509		252.672		235.695.103	
		25.227.089		236.017.649		4.773.509		254.903		266.273.150	
		24.644.470	97,69	235.805.057	99,91	4.148.530	86,91	218.652	85,78	264.816.709	99,45
2	Conciertos	150.664		158.393.787						158.544.451	
		420.414		163.457.610						163.878.024	
		277.295	65,96	163.344.699	99,93					163.621.994	99,84
3	Gastos Financieros	0		350.000		350.000				700.000	
		3.116		51.000		350.000				404.116	
		3.115	99,97	50.835	99,68	347.855	99,39			401.805	99,43
4	Transferencias Corrientes	10.180		5.299.708		4.378.506				9.688.394	
		10.180		4.986.708		4.343.506				9.340.394	
		4.807	47,22	4.968.739	99,64	4.342.538	99,98			9.316.084	99,74
4	Farmacia	334.286.000								334.286.000	
		375.761.093								375.761.093	
		375.731.304	99,99							375.731.304	99,99
6	Inversiones reales	13.262.000		49.720.000		859.324				63.841.324	
		14.729.342		53.343.287		1.059.324				69.131.953	
		13.026.606	88,44	47.189.473	88,46	630.346	59,50			60.846.425	88,01
7	Transferencias de capital	0		1.250.000		250.000				1.500.000	
		0		1.250.000		250.000				1.500.000	
		0	0,00	1.240.373	99,23	250.000	100,00			1.490.373	99,36
8	Activos Financieros	127.000		576.517		200.000				903.517	
		127.000		576.517		200.000				903.517	
		113.577	89,43	569.414	98,77	175.008	87,50			857.999	94,96
Totales		561.235.435		921.192.675		25.692.290		33.886.913		1.542.007.313	
		604.326.285		955.150.106		25.301.290		32.252.201		1.617.029.882	
		601.137.246	99,47	947.410.467	99,19	23.886.327	94,41	31.950.663	99,07	1.604.384.703	99,22

Ejecución presupuestaria y pago a proveedores

Durante el ejercicio 1999 la ejecución del Contrato de Gestión ha tenido una evolución positiva al haberse cumplido los objetivos de ejecución establecidos.

Esta evolución positiva de la ejecución presupuestaria ha permitido avanzar en el objetivo de reducción de los períodos de pago a proveedores en bienes y servicios y conciertos.

Esta reducción se ha traducido en un incremento en el porcentaje de ejecución presupuestaria de 1,2 puntos en junio y 1,14 puntos en noviembre, respecto a idénticos períodos de 1998, lo que en términos absolutos supone un incremento de 14.000 millones de pesetas a junio y 25.000 millones de pesetas a noviembre.

El incremento de los pagos realizados a noviembre, respecto al mismo mes del año anterior, se cuantifica en 26.000 millones de pesetas. Esto ofrece unos resultados de disminución de la demora media de pago a proveedores en corte noviembre 99-noviembre 98 de 12 días en base a la reducción de 2 días en la demora media de pago en Tesorería y la disminución de 10 días en el número de días de tramitación de pagos en INSALUD.

Gestión de cobros a terceros

El INSALUD ha recaudado durante 1999, en relación con la venta de bienes y servicios prestados a terceros, 21.026 millones de pesetas. El 98,67% de la recaudación (20.748 millones) se ha realizado a través de las cuentas de Caja Postal, cuya apertura fue autorizada en el año

1994 por la Dirección General del Tesoro y Política Financiera del Ministerio de Economía y Hacienda. El resto de la recaudación (278 millones de pesetas), se ha efectuado en las cuentas especiales de ingresos, abiertas a nombre de cada Centro de Gestión, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Del total de la recaudación, 17.422 millones de pesetas (el 82,86%) corresponden a cobros derivados de la asistencia sanitaria prestada en supuestos en los que aparece un tercero obligado al pago. Respecto al ejercicio anterior (16.558 millones), estos cobros se han incrementado un 5,22%. En este crecimiento de la recaudación continúa incidiendo significativamente los cobros (2.429 millones) derivados de la asistencia prestada en los casos de accidentes de trabajo. Así, en 1999 se han recaudado 859 millones más que en el ejercicio anterior (1.570 millones). Se recuerda que estas prestaciones, a partir del 1-1-1998, son reclamadas por el INSALUD en nombre y por cuenta de la Administración General del Estado.

En cuando a la facturación, el importe de las liquidaciones emitidas durante 1999 ha alcanzado los 17.892 millones de pesetas. La facturación de este año representa un incremento del 3,21% con relación a 1998 (17.336 millones de pesetas).

Como consecuencia de la actividad recaudatoria se han autorizado expedientes de modificaciones presupuestarias por un importe total de 24.215 millones de pesetas. Respecto al ejercicio anterior (19.449 millones de pesetas), las modificaciones autorizadas representan un incremento del 24,5%.



Modelo de Financiación

Introducción

El Presupuesto del INSALUD, 1999, se enmarca dentro del Modelo de Financiación de la Sanidad Pública para el cuatrienio 1998-2001, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de noviembre de 1997, con el consenso de todas las Comunidades Autónomas que gestionan directamente la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que se encuentran representadas en dicho Consejo.

El Modelo de Financiación está suponiendo una importante inyección de recursos al sistema sanitario público y un notable esfuerzo financiero, dirigido a corregir el déficit del sistema y a su consolidación y modernización.

Población protegida

El Modelo de Financiación mantiene el criterio capitativo como criterio básico para la distribución territorial de los recursos, y supone un avance al actualizar los datos de población a la luz de la última información disponible por el Instituto Nacional de Estadística, que es el Padrón 1996.

La población protegida del INSALUD, a efectos de financiación de acuerdo con el Nuevo Modelo, se determina tomando como base la población de derecho del Padrón de 1996, excluidos los colectivos integrados en las Mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS y se recoge en el siguiente cuadro.

Población protegida según el Modelo de Financiación 1998-2001

	Población de derecho	Muface, Isfas Mugeju	Población Proteg.
Aragón	1.187.546	78.610	1.108.936
Asturias	1.087.885	36.748	1.051.137
Baleares	760.379	37.283	723.096
Cantabria	527.437	23.216	504.221
Castilla-La Mancha	1.712.529	91.320	1.621.209
Castilla y León	2.508.496	171.475	2.337.021
Extremadura	1.070.244	67.260	1.002.984
Madrid	5.022.289	426.739	4.595.550
Murcia	1.097.249	79.099	1.018.150
La Rioja	264.941	12.457	252.484
Ceuta	68.796	14.722	54.074
Meiella	59.576	13.215	46.361
INSALUD	15.367.367	1.052.144	14.315.223

Características generales del Modelo de Financiación 1998-2001

Los principios básicos del Modelo de Financiación son los siguientes:

- Suficiencia de la base financiera de partida

El Modelo determina el volumen de recursos adicionales que el Estado debe inyectar en el Sistema Nacional de Salud para lograr la suficiencia financiera del mismo, garantizando un nivel de prestaciones adecuado.

A estos efectos se destina un importante volumen de recursos adicionales que incrementan los ya existentes.

- Suficiencia dinámica

Los recursos del sistema deben evolucionar al mismo ritmo que la economía española, es decir, el crecimiento del gasto sanitario estará vinculado al crecimiento nominal del PIB.

Además, y en previsión de posibles desajustes en la evolución del gasto sanitario, el Modelo prevé una dotación adicional de 25.000 millones de pesetas en el año 2000, siempre que se cumplan unos determinados objetivos de mejora de la calidad asistencial y de reducción de las listas de espera quirúrgicas, que se integrará en el fondo general aplicándose el criterio de población protegida.

- Equidad en la distribución de los recursos.
Criterios

- Población protegida según padrón de 1996. Según este criterio se distribuye el 98,1% de

la capacidad total de financiación de la Asistencia Sanitaria.

- Modulación financiera que garantiza que la pérdida de financiación derivada de la disminución poblacional no supere el 0,25%. Según este criterio se distribuye el 0,5% de los recursos asignados.
- Docencia y desplazados. Según este criterio se distribuye el 1,4% de los recursos asignados.

- Eficiencia en la aplicación de recursos

Se plantean dos programas de racionalización del gasto encaminados a adecuar el gasto a las necesidades sanitarias, y cuyos efectos económicos revierten en el propio Sistema Nacional de Salud.

- El Programa de Control del Gasto por Incapacidad Temporal.
- El Programa de Racionalización del Gasto Farmacéutico.

Inversiones

Las inversiones del INSALUD en 1999 ascendieron a 60.863 millones de pesetas, lo que representa un crecimiento del 13,05% con respecto a 1998.

Este incremento continuado de las inversiones del INSALUD en infraestructura y equipamientos sanitarios contribuye no sólo a la corrección del déficit histórico en infraestructuras, sino también, en gran medida, a corregir los desequilibrios existentes entre las Comunidades Autónomas gestionadas por el INSALUD.



El Presupuesto de Inversiones en este ejercicio se ha ejecutado en un 88,04%. En 1999 se ha producido la conclusión y recepción de un total de 39 obras, de las que 20 corresponden a Atención Primaria, 18 a Atención Especializada y 1 a Servicios Administrativos.

En los siguientes cuadros se detallan las inversiones territorializadas por Comunidades Autónomas, pudiendo constatarse la importancia de las cantidades destinadas tanto a obras como a equipamiento, avanzando en la línea ya marcada en años anteriores de ir corrigiendo los desequilibrios territoriales, y reflejada igualmente en el Presupuesto del INSALUD para el año 1999.

Resumen de inversiones ejercicio 1999

Comunidad	Obras	Equipamiento	Total Comunidad
Aragón	1.743.398.890	2.446.138.034	4.189.536.924
Asturias	1.875.849.797	2.318.979.742	4.194.829.539
Baleares	3.390.976.835	1.155.309.827	4.546.286.662
Cantabria	974.613.961	1.403.653.330	2.378.267.291
Castilla-La Mancha	4.198.445.108	2.895.772.916	7.094.218.024
Castilla y León	3.866.691.846	4.834.254.849	8.700.946.695
Ceuta	139.911.043	127.371.251	267.282.294
Extremadura	2.718.545.812	2.059.625.472	4.778.171.284
La Rioja	542.796.460	512.099.263	1.054.895.723
Madrid	8.383.366.776	8.527.516.784	16.910.883.560
Melilla		113.541.667	113.541.667
Murcia	2.456.363.006	2.638.416.749	5.094.779.755
Centrales	228.903.011	1.046.731.363	1.275.634.374
Otros (*)			263.896.669

(*) Incluye deudas de ejercicios anteriores y programas especiales.

Resumen de inversiones ejercicio 1999 en obras

Comunidad	Aten. Primaria	Aten. Especializada	S. Administrativos	Totales
Aragón	1.138.712.888	604.686.002	–	1.743.398.890
Asturias	516.287.348	1.359.562.449	–	1.875.849.797
Baleares	56.270.824	3.332.966.011	1.740.000	3.390.976.835
Cantabria	525.830.249	448.783.712	–	974.613.961
Castilla-La Mancha	576.051.497	3.600.192.803	22.200.808	4.198.445.108
Castilla y León	1.337.044.609	2.525.493.289	4.153.948	3.866.691.846
Ceuta	–	139.911.043	–	139.911.043
Extremadura	1.005.653.191	1.712.892.621	–	2.718.545.812
La Rioja	18.616.476	524.179.984	–	542.796.460
Madrid	3.141.862.668	5.236.883.866	4.620.242	8.383.366.776
Melilla	–	–	–	–
Murcia	678.814.407	1.777.548.599	–	2.456.363.006
Centrales	–	173.496.809	55.406.202	228.903.011
Total	8.995.144.157	21.436.597.188	88.121.200	30.519.862.545

Resumen de inversiones en equipamiento en Atención Primaria

Comunidad	Montaje	Plan necesidades	Informática	Total
Aragón	156.681.789	46.704.899	90.281.366	293.668.054
Asturias	146.760.186	50.820.370	129.639.625	327.220.181
Baleares	1.499.639	44.694.654	54.525.459	100.719.752
Cantabria	50.467.126	27.718.806	90.039.684	168.225.616
Castilla-La Mancha	30.266.063	78.494.335	182.881.124	291.641.522
Castilla y León	210.777.663	106.418.612	228.635.638	545.831.913
Ceuta	–	4.496.059	4.282.489	8.778.548
Extremadura	78.701.041	49.952.300	69.252.959	197.906.300
La Rioja	9.616.906	11.452.344	15.926.238	36.995.488
Madrid	654.989.785	276.451.558	458.819.899	1.390.261.242
Melilla	6.479.473	5.349.558	5.051.233	16.880.264
Murcia	94.444.046	62.256.395	102.302.136	259.002.577
Total	1.440.683.717	764.809.890	1.431.637.850	3.637.131.457



Resumen de inversiones en equipamiento en Atención Especializada

Comunidad	Montaje	Necesidades	Hemo-díalisis	Radio-diagnóstico	Alta tecnología	Informática	Total
Aragón	102.313.101	1.165.574.460	36.675.200	114.360.000	339.080.000	367.629.949	2.125.632.710
Asturias	192.739.700	835.139.250	31.279.200	65.805.000	524.750.000	323.220.301	1.972.933.451
Baleares	271.951.257	564.363.413	21.100.000	11.200.000	6.950.000	171.157.801	1.046.722.471
Cantabria	143.473.846	630.464.047	7.875.000	21.080.000	301.750.000	124.234.885	1.228.877.778
Castilla-La Mancha	104.566.470	1.503.233.755	44.412.675	258.370.000	285.630.000	385.217.255	2.581.430.155
Castilla y León	300.822.784	2.387.569.870	49.187.625	164.050.000	625.730.000	695.309.061	4.222.669.340
Ceuta	21.818.626	56.254.817	–	21.275.000	–	16.043.678	115.392.121
Extremadura	248.414.758	920.337.821	23.600.150	179.950.000	79.200.000	393.139.377	1.844.642.106
La Rioja	–	239.140.879	5.225.000	–	204.000.000	22.796.990	471.162.869
Madrid	1.432.829.570	3.398.171.169	80.600.100	169.565.000	849.480.000	1.161.878.111	7.092.523.950
Melilla	14.994.954	64.506.137	–	–	–	12.863.406	92.364.497
Murcia	621.301.030	874.786.770	13.187.575	56.900.000	675.750.000	127.581.278	2.369.506.653
Total	3.455.226.096	12.639.542.388	313.142.525	1.062.555.000	3.892.320.000	3.801.072.092	25.163.858.101

La política de inversiones en alta tecnología del año 1999 se ha orientado tanto a la sustitución de equipos obsoletos, como a completar la oferta de servicios de los hospitales que no disponían de equipo propio, aun cuando la prestación estuviera garantizada, bien a través de otros centros propios, bien a través de conciertos. Con cargo a créditos centralizados, se han adquirido un total de 30 equipos, con el siguiente desglose:

- 16 TAC: 11 destinados a sustituir equipos obsoletos, y los 5 restantes para incorporar esta tecnología a hospitales que no tenían TAC propio.
- 8 Resonancias magnéticas: 3 destinados a sustituir equipos que lo precisaban y los 5

restantes constituyen una nueva adquisición para el centro.

- 5 Aceleradores lineales: 3 para reposición y 2 de nueva incorporación de la tecnología al hospital.
- 1 equipo de braquiterapia para un hospital que carecía del mismo.
- Continuando con el programa de renovación tecnológica iniciado el año anterior, configurado como una actuación cuatrienal, en el año 1999 se han adquirido 30 salas de radiología convencional y 20 telemandos, destinados todos ellos a sustituir equipos obsoletos.

Resumen de inversiones en equipamiento en Servicios Administrativos

Comunidad	Montaje	Plan necesidades	Informática	Total
Aragón	–	15.805.271	11.031.999	26.837.270
Asturias	–	8.566.442	10.263.668	18.830.110
Baleares	–	3.487.711	4.379.893	7.867.604
Cantabria	–	2.403.217	4.146.719	6.549.936
Castilla-La Mancha	–	10.071.321	12.629.918	22.701.239
Castilla y León	5.252.723	27.697.519	32.803.354	65.753.596
Ceuta	–	1.798.540	1.402.042	3.200.582
Extremadura	–	10.187.901	6.889.165	17.077.066
La Rioja	–	1.660.538	2.280.368	3.940.906
Madrid	–	18.957.800	25.773.792	44.731.592
Melilla	–	2.872.441	1.424.465	4.296.906
Murcia	–	3.781.295	6.126.224	9.907.519
Subtotal territorial	5.252.723	107.289.996	119.151.607	231.694.326
Centrales	111.020.605	15.508.914	920.201.844	1.046.731.363
Total	116.273.328	122.798.910	1.039.353.451	1.278.425.689



Indicadores de recursos

Indicadores económicos. Gasto capitativo

Con la entrada en vigor del Nuevo Modelo de Financiación de la Asistencia Sanitaria para el período 1998-2001, sólo es posible la comparación del gasto capitativo del ejercicio 1999 con el ejercicio 1998, dado que en años anteriores se utilizaron datos de Población Protegida diferentes. Así, para los ejercicios de 1994 a 1997, se ha venido utilizando el Censo de Población de 1991, mientras que a partir del año 1998 con la entrada en vigor del Nuevo Modelo se pasa a utilizar como base para el cálculo de la Población Protegida, el Censo Poblacional de 1996.

Por ello se ofrecen a continuación los datos de gasto capitativo del ejercicio 1999 comparándolos con el ejercicio anterior.

El proceso de asignación de recursos ha mantenido en 1999 la línea de mejora de la equidad, mediante la progresiva nivelación en el gasto sanitario por persona entre Comunidades Autónomas.

El gasto por Comunidad Autónoma en INSALUD Gestión Directa se ha relacionado con la población protegida utilizada en el Nuevo Modelo de Financiación de la Asistencia Sanitaria 1998-2001, que parte del Censo Poblacional del año 1996 y en el que no se incluyen los colectivos de funcionarios que reciben asistencia sanitaria a través de Mutualidades.

A continuación se refleja la comparación del gasto capitativo en su vertiente de gasto total (operaciones corrientes y de capital) y en el aspecto de gasto corriente, ya que se ha considerado oportuno introducir esta última comparación, puesto que el gasto corriente se encuentra asociado a aspectos consolidables y no coyunturales.

Si se toma en consideración la totalidad de los gastos, tanto por operaciones corrientes como de capital, el gasto capitativo total resultante en 1999 se sitúa como media, para INSALUD Gestión Directa, en 110.727 pesetas, continuando este ejercicio con el proceso de mejora al comparar el gasto por habitante en las Comunidades Autónomas del INSALUD Gestión Directa en 1998 y 1999 en términos de desviación sobre la media de gasto capitativo INSALUD Gestión Directa.

La dispersión motivada por los valores de gasto medio en cada Comunidad Autónoma respecto al valor medio de los mismos desciende de un 5,33% para 1998 a un 4,66% en 1999 (medida en términos relativos).

Por tanto, el proceso de asignación de recursos en función de la población protegida continúa bajo el esquema de avance en la corrección de desequilibrios territoriales, al descender la desviación sobre la media 0,67 puntos, aun cuando se haya producido un incremento en el gasto por habitante del 6,44% (como se observa en el siguiente cuadro:

**Evolución del gasto capitativo total (1998-1999)
Según población protegida nuevo modelo**

Comunidad	Gasto real 1998	Gasto capitativo 1998	Gasto real 1999	Gasto capitativo 1999
Aragón	126.174.043	113.779	132.449.425	119.438
Asturias	116.479.731	110.813	124.761.116	118.692
Baleares	66.411.470	91.843	72.225.279	99.883
Cantabria	55.472.876	110.017	59.411.701	117.829
Castilla-La Mancha	158.908.218	98.018	171.017.474	105.488
Castilla y León	236.849.162	101.347	254.090.694	108.724
Extremadura	105.319.331	105.006	112.476.750	112.142
La Rioja	24.599.778	97.431	26.061.511	103.220
Madrid	484.150.523	105.352	507.274.826	110.384
Murcia	102.052.755	100.234	111.998.163	110.002
Ceuta	6.701.464	123.931	7.044.110	130.268
Melilla	5.987.824	129.156	6.270.240	135.248
Total INSALUD Gestión Directa	1.489.107.175	104.023	1.585.081.289	110.727
Desviación típica gasto capit.		5.544		5.159

Si en lugar de tomar en consideración el gasto total, en el que se contemplan una serie de gastos de tipo coyuntural que afectan a las distintas Comunidades Autónomas, pasan a considerarse solo los gastos por operaciones corrientes, que son unos gastos netamente consolidables que afectan directamente a la gestión y por ende a la calidad del servicio prestado a los ciudadanos, el gasto capitativo por operaciones corrientes resultante en 1999 se sitúa como media para INSALUD Gestión Directa en 106.456 pesetas. Descendiendo en este caso la dispersión de un 5,51% a un 5,08%, aun cuando se ha producido un incremento en el gasto por habitante del 6,3%.

El proceso de asignación de recursos en función de la población protegida continúa bajo el esquema de avance en la corrección de desequilibrios territoriales. Y en este sentido, dentro de los objetivos prioritarios del INSALUD para los próximos ejercicios, se encuentra el establecimiento de Contratos de Gestión con los distintos Centros y la programación de Inversiones Reales que reduzcan los actuales desequilibrios territoriales medidos en términos de gasto capitativo.



Evolución del gasto capitativo operaciones corrientes (1998-1999)
Según población protegida nuevo modelo

Comunidad	Gasto real 1998	Gasto capitativo 1998	Gasto real 1999	Gasto capitativo 1999
Aragón	119.609.848	107.860	127.698.606	115.154
Asturias	113.263.100	107.753	120.499.602	114.637
Baleares	62.319.621	86.184	67.624.112	93.520
Cantabria	53.853.176	106.805	56.984.258	113.014
Castilla-La Mancha	153.596.662	94.742	163.839.371	101.060
Castilla y León	230.039.311	98.433	245.182.263	104.912
Extremadura	101.185.567	100.885	107.635.004	107.315
La Rioja	23.902.736	94.670	24.994.433	98.994
Madrid	465.678.195	101.332	489.753.079	106.571
Murcia	97.629.444	95.889	106.803.253	104.899
Ceuta	6.569.886	121.498	6.772.819	125.251
Melilla	5.891.182	127.072	6.152.816	132.715
Total INSALUD Gestión Directa	1.433.538.728	100.141	1.523.939.616	106.456
Desviación típica gasto capit.		5.516		5.404

Atención primaria

Al final del Ejercicio 1999, el 96,47% de las Zonas Básicas de Salud disponen de su correspondiente dotación de equipos de atención primaria, existiendo 5 Comunidades Autónomas donde se ha implantado ya en su totalidad el nuevo modelo de Atención Primaria.

A excepción de Cantabria, pendiente de que el Gobierno Regional proceda a la integración de los A.P.D. (cuerpo Asistencia Pública Domiciliaria), el resto de las Comunidades Autónomas del territorio INSALUD alcanza un nivel de cobertura de zonas básicas de salud superior al 93%.

Porcentaje de Zonas Básicas con E.A.P.

Comunidad Autónoma	1998	1999	▲▼ 99/98
Aragón	92,56	94,42	1,86
Asturias	93,75	97,50	3,75
Baleares	91,11	93,33	2,22
Cantabria	86,49	86,49	—
Castilla-La Mancha	100	100	—
Castilla y León	96,67	97,50	0,83
Extremadura (*)	97,98	97,06	-0,92
La Rioja	100,00	100,00	—
Madrid	93,83	94,21	0,38
Murcia	—	—	—
Ceuta	—	—	—
Melilla	—	—	—
INSALUD	95,71	96,47	0,76

(*) Modificación del Mapa Sanitario por la Comunidad Autónoma con la creación de 3 nuevas Zonas Básicas de Salud.

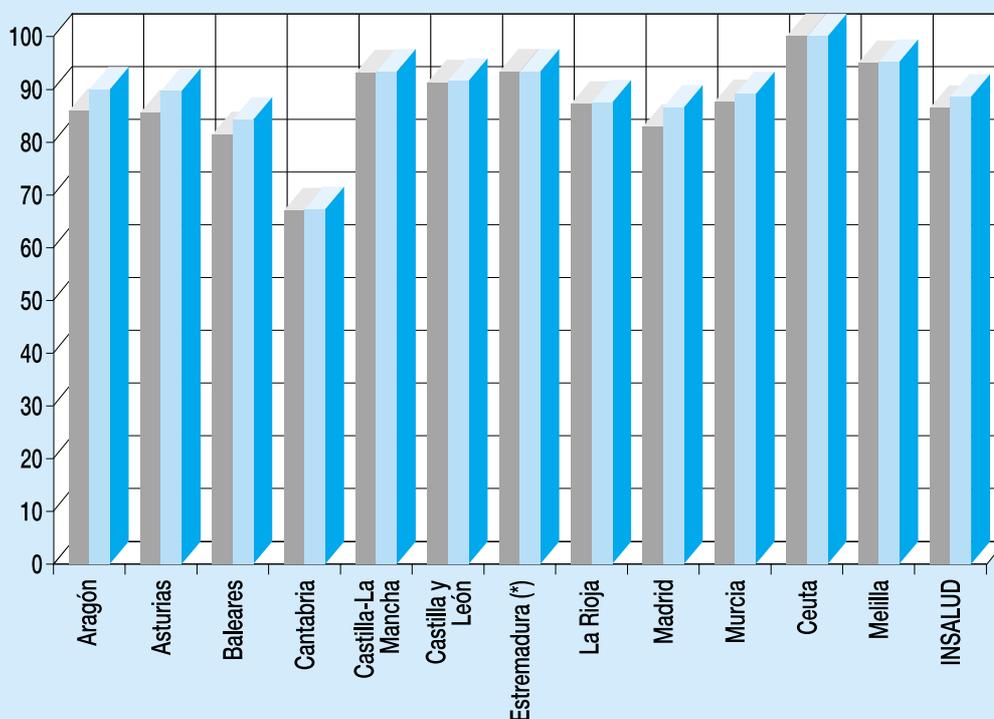


Cobertura poblacional por EAP

Este indicador mide el porcentaje de población (a través de la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual) adscrita a los facultativos de medicina familiar y pediatría de los Equipos de Atención

Primaria sobre el total de tarjetas. En el año 1999 la cobertura poblacional es del 88,58%, debida fundamentalmente al incremento de las coberturas en las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias y Madrid.

Porcentaje Población Adscrita a EAP



1998	85,92	85,57	81,47	67,07	93,24	91,29	93,35	87,25	82,89	87,60	100,00	94,98	86,51
1999	89,96	89,70	84,24	67,26	93,40	91,60	93,36	87,50	86,53	89,09	100,00	95,17	88,58
$\Delta 1999/98$	4,04	4,13	2,77	0,19	0,16	0,31	0,01	0,25	3,64	1,49	0,00	0,19	2,07

(*) Por depuración de datos TSI no coincide con el valor recogido en la Memoria de 1998.

Este indicador, que mide el porcentaje de población que es atendida por médico general y pediatra integrado en EAP, es siempre inferior porcentualmente al número de Zonas Básicas en

las que se ha implantado el nuevo modelo, ya que depende de la voluntad de los facultativos del modelo tradicional por integrarse en EAP.

Indicadores de recursos personales

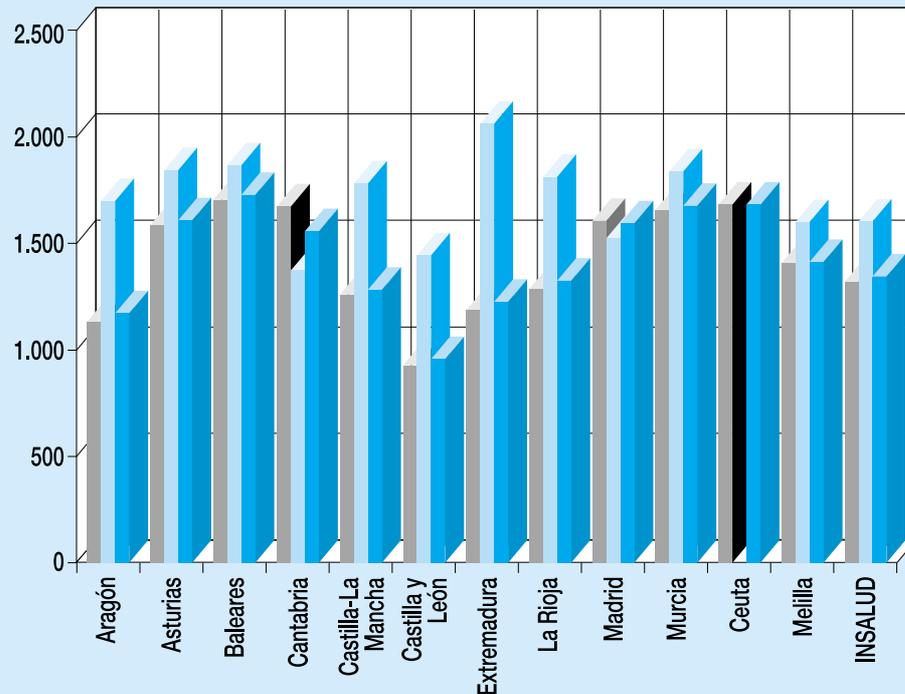
Los siguientes gráficos reflejan los ratios relativos a número de profesionales (médico general, pediatra y enfermera) por la población con tarjeta

individual sanitaria, en relación al Equipo de Atención Primaria, modelo tradicional y total, expresado con referencia al total del INSALUD y desagregado por Comunidades Autónomas.

Ratios 1999 Tarjeta / Profesional	E.A.P.	Modelo tradicional	Total
Médico de familia	1.318	1.602	1.345
Pediatra	1.016	694	964
Enfermera	1.463	2.599	1.540



Ratio: Medicina General Población con Tarjeta Sanitaria Adscrita por Profesional (Por Comunidades Autónomas)

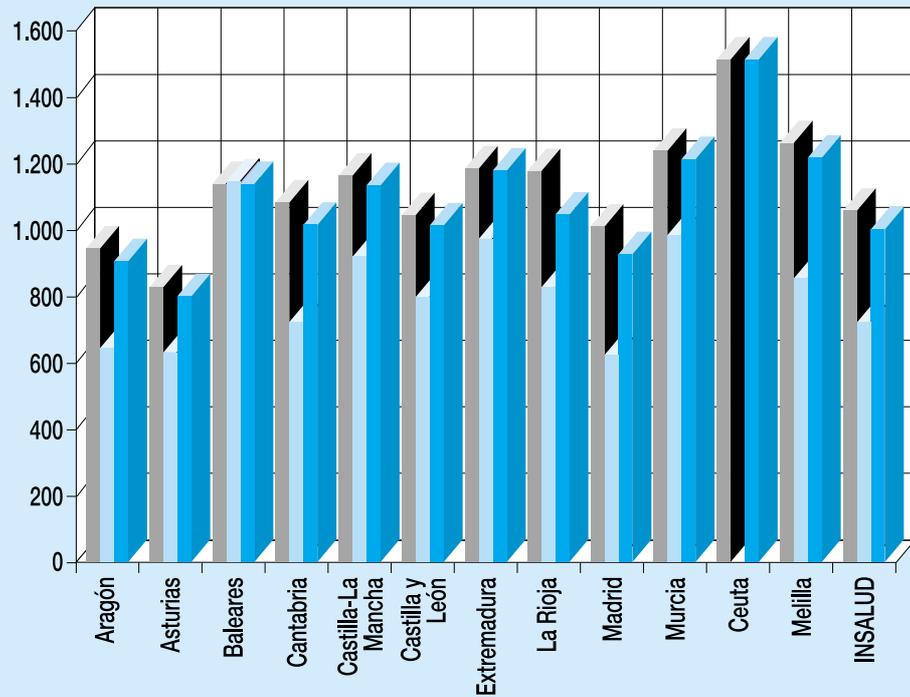


Med. familia E.A.P.	■	1.132	1.586	1.703	1.674	1.260	928	1.187	1.285	1.606	1.657	1.681	1.406	1.318
Med. familia mod. trad.	■	1.698	1.842	1.866	1.374	1.781	1.444	2.061	1.813	1.523	1.838	-	1.600	1.602
Total	■	1.171	1.609	1.726	1.557	1.283	956	1.226	1.326	1.594	1.676	1.681	1.413	1.345

Ratio: Pediatría

Población con Tarjeta Sanitaria Adscrita por Profesional

(Por Comunidades Autónomas)

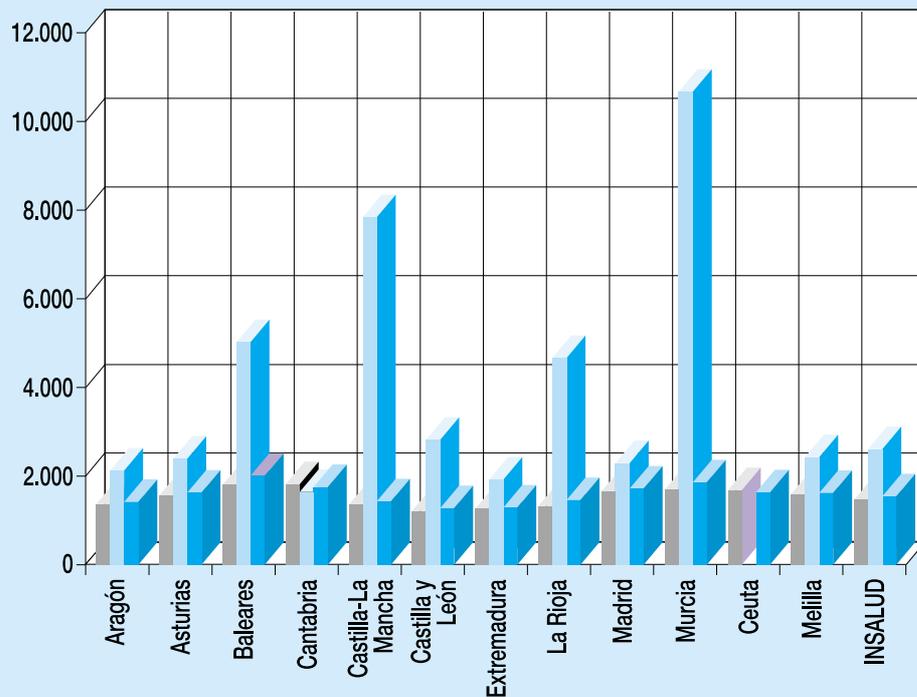


Pediatría E.A.P.	■	907	796	1.094	1.041	1.119	1.003	1.139	1.131	971	1.190	1.454	1.213	1.016
Pediatría mod. trad.	■	620	607	1.101	695	884	768	936	795	599	946	-	821	694
Total	■	871	769	1.095	977	1.091	974	1.133	1.005	892	1.167	1.454	1.170	964



Ratio: Enfermería Población con Tarjeta Sanitaria Adscrita por Profesional

(Por Comunidades Autónomas)



Enfermería E.A.P.	■	1.364	1.562	1.795	1.809	1.350	1.208	1.256	1.324	1.647	1.685	1.677	1.589	1.463
Enfermería mod. trad.	■	2.121	2.386	5.009	1.636	7.818	2.811	1.914	4.647	2.285	10.642	-	2.421	2.599
Total	■	1.415	1.619	1.997	1.749	1.428	1.269	1.286	1.454	1.711	1.856	1.626	1.616	1.540

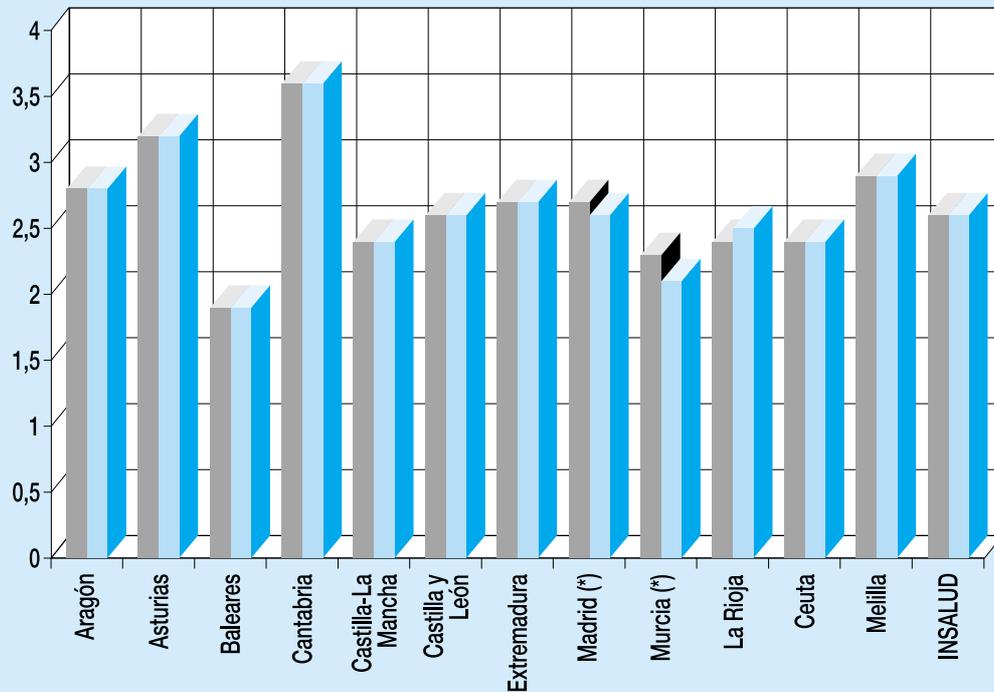
Atención especializada

Para el cálculo de los indicadores poblacionales de recursos de Atención Especializada, se han tenido en cuenta tanto los hospitales propios, incluidos los dos nuevos hospitales que se gestionan como fundación (Fundación Hospital Alcorcón y Fundación Hospital Manacor), como aquéllos con los que el Insalud tiene establecido un concierto sustitutorio, ya que todos tienen adscrita una parte de la población a la que prestan asistencia.

En diciembre de 1999, la dotación de camas por 1.000 habitantes del INSALUD era de 2,6 para el total de hospitales propios y con concierto sustitutorio. La distribución de camas por Comunidades Autónomas y su evolución en los dos últimos años (1998-1999) se muestra en el gráfico siguiente.



Camas / 1.000 Habitantes



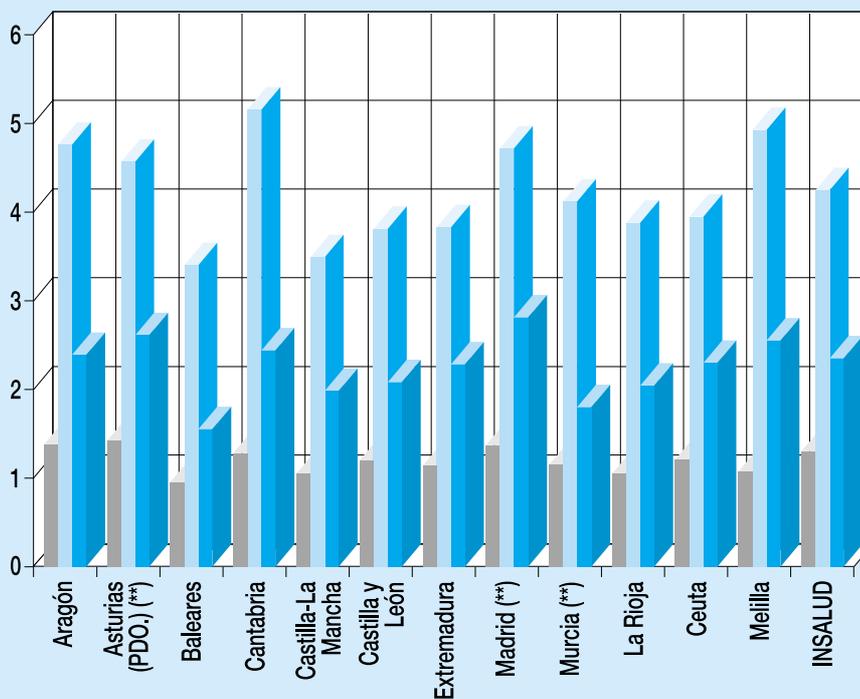
1998	■	2,8	3,2	1,9	3,6	2,4	2,6	2,7	2,7	2,3	2,4	2,4	2,9	2,6
1999	■	2,8	3,2	1,9	3,6	2,4	2,6	2,7	2,6	2,1	2,5	2,4	2,9	2,6

(*) La diferencia se debe al cierre del Hospital Provincial de Murcia, que mantenía concierto sustitutorio con INSALUD.

(*) Revisión del aforo en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid.

*Recursos Humanos por 1.000 Habitantes Atención Especializada

(Por Comunidades Autónomas)
Año 1999



	Facultativo	Sanitario (no facultativo)	No Sanitario
Aragón	1,38	4,76	2,39
Asturias (PDO.) (**)	1,42	4,57	2,61
Baleares	0,95	3,40	1,55
Cantabria	1,28	5,16	2,44
Castilla-La Mancha	1,05	3,49	1,98
Castilla y León	1,20	3,81	2,08
Extremadura	1,14	3,83	2,28
Madrid (**)	1,37	4,72	2,81
Murcia (**)	1,15	4,12	1,80
La Rioja	1,05	3,88	2,04
Ceuta	1,21	3,95	2,30
Melilla	1,07	4,93	2,55
INSALUD	1,30	4,25	2,35

(*) Los datos de personal corresponden a la plantilla real (propietarios, ingresos provisionales e interinos por vacantes). Información a cierre 1999. Circular Sistemas Información 1/98.

(**) Incluye centros con concierto sustitutorio.



Cartera de Servicios de Atención Especializada

La siguiente tabla describe la Cartera de Servicios ofertada en la red de hospitales del INSALUD por Comunidades Autónomas:

	Aragón	Asturias (*)	Baleares	Cantabria	C-La Mancha	C. y León	Extremadura	Madrid (*)	Murcia (*)	Rioja (La)	Ceuta	Melilla	Total INSALUD
Área médica													
Alergología	2	1	0	2	7	8	5	13	6	1	0	0	45
Cardiología	7	8	4	3	10	14	8	18	8	1	1	1	83
Dermatología	7	7	4	2	10	12	6	17	6	1	1	1	74
Digestivo	7	7	4	3	10	14	7	18	8	1	1	1	81
Endocrinología y Nutrición	6	6	4	2	9	11	6	18	5	1	1	1	70
Geriatría	1	0	1	0	5	6	1	10	2	0	0	0	26
Hematología	7	9	4	2	9	14	8	17	8	1	1	1	81
Medicina interna	7	9	4	3	11	15	8	19	8	1	1	1	87
Nefrología	7	7	4	2	6	11	2	13	4	1	1	1	59
Neumología	7	9	3	3	9	11	6	18	6	1	1	1	75
Neurología	7	6	4	3	8	11	6	16	5	1	1	1	69
Oncología Médica	4	2	1	1	6	7	5	13	3	1	0	0	43
Psiquiatría	7	6	4	3	10	13	8	15	5	1	1	1	74
Rehabilitación	7	8	4	3	10	15	8	18	7	1	1	1	83
Reumatología	6	2	1	3	7	10	6	17	5	1	1	0	59
Área quirúrgica													
Anestesiología	7	9	4	3	11	15	8	19	8	1	1	1	87
Angiología y C. Vascular	3	1	1	0	2	4	1	8	0	0	0	0	20
Cirugía Cardíaca	1	1	0	1	0	2	1	8	1	0	0	0	15
Cirugía General y Ap. Digestivo	7	9	4	3	11	15	8	17	8	1	1	1	85
Cirugía Maxilofacial	2	1	1	1	0	3	1	9	2	0	0	0	20
Cirugía Ortopédica	6	7	3	2	9	11	5	15	7	1	0	0	66
Cirugía Pediátrica	1	1	1	1	1	2	2	6	1	0	0	0	16
Cirugía Plástica y Reparadora	2	2	1	0	2	5	1	10	1	1	0	0	25
Cirugía Torácica	2	1	1	1	0	2	0	9	1	0	0	0	17
Neurocirugía	2	1	1	1	2	5	1	11	1	0	0	1	26
Oftalmología	7	8	4	3	10	15	8	18	7	1	1	1	83
Otorrinolaringología	7	8	4	3	10	15	7	17	7	1	1	1	81

	Aragón	Asturias (*)	Baleares	Cantabria	C-La Mancha	C. y León	Extremadura	Madrid (*)	Murcia (*)	Rioja (La)	Ceuta	Melilla	Total INSALUD
Traumatología	7	9	4	3	11	15	8	17	8	1	1	1	85
Urología	7	9	4	3	11	14	7	18	8	1	1	1	84

Área materno infantil

Ginecología	7	9	4	3	10	15	8	17	7	1	1	1	83
Obstetricia	7	8	4	3	10	15	8	13	6	1	1	1	77
Pediatría	7	8	4	2	11	14	8	15	7	1	1	1	79

Área Servicios Centrales

Anatomía Patológica	7	8	4	3	8	14	8	18	8	1	1	1	81
Bioquímica	8	9	4	3	11	15	8	20	8	1	1	1	89
Dietética	3	2	1	1	1	8	3	15	3	0	0	0	37
Farmacia Hospitalaria	8	9	4	3	11	15	8	20	8	1	1	1	89
Farmacología Clínica	1	0	1	1	3	3	0	6	1	0	0	0	16
Genética	1	1	1	1	2	1	1	10	0	0	0	0	18
Hematología	8	9	4	3	11	15	8	19	8	1	1	1	88
Inmunología	2	2	1	1	1	3	2	11	1	0	0	0	24
Medicina Nuclear	2	1	1	1	1	4	2	12	1	0	0	0	25
Medicina Preventiva	6	4	1	3	8	11	4	13	2	1	1	0	54
Microbiología	7	9	4	3	10	14	8	19	7	1	1	1	84
Neurofisiología Clínica	3	3	2	1	7	10	3	13	3	1	0	0	46
Oncología Radioterápica	2	1	1	1	0	4	1	6	1	0	0	0	17
Radiodiagnóstico	8	9	4	3	11	15	8	20	8	1	1	1	89

Unidades y S. Especiales

Unidad Coronaria	2	2	1	1	2	7	2	10	1	1	0	0	29
Unidad Cuidados Intensivos	5	4	4	2	9	11	5	14	5	1	1	1	62
Unidad Cuidados Paliativos	2	1	2	1	2	2	0	6	1	0	0	0	17
Unidad de Desintoxicación	0	5	1	0	4	1	1	2	1	0	0	0	15
Unidad de Diálisis	7	7	4	1	6	11	3	12	3	1	0	1	56
Unidad del Dolor	2	1	0	1	3	6	0	13	4	1	0	1	32
Unidad de Hemofilia	4	1	3	1	2	8	4	2	2	1	0	0	28



	Aragón	Asturias (*)	Baleares	Cantabria	C-La Mancha	C. y León	Extremadura	Madrid (*)	Murcia (*)	Rioja (La)	Ceuta	Melilla	Total INSALUD
Unidad de Infecciosas	3	2	1	1	3	4	3	9	4	0	0	0	30
Unidad de Urgencias	7	9	4	3	10	15	8	17	8	1	1	1	84
Cirugía Neonatológica	1	1	1	0	1	2	2	5	1	0	0	0	14
Ortopedia Infantil	3	2	1	1	2	3	2	9	1	0	0	0	24
Unidad de Quemados	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	6
U. Cuidados Intensivos Pediátricos	1	1	1	1	2	0	1	6	1	0	0	0	14
U. Neonatología	4	5	3	1	7	12	6	12	4	1	1	1	57
U. Planificación Familiar	6	9	4	2	7	11	6	12	3	1	1	1	63
U. Reproducción Humana	1	1	1	1	1	2	0	9	0	1	0	0	17
Banco de Huesos	1	0	0	0	1	2	0	5	0	0	0	0	9
Banco de Piel	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Banco de Sangre	5	5	3	3	8	11	8	15	3	1	0	1	63
Banco de Semen	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2

Docencia e Investigación

Docencia Medicina Pregrado	3	5	0	1	1	4	3	11	3	0	0	0	31
Docencia Enfermería Pregrado	4	5	1	1	7	9	5	16	5	1	0	1	55
Docencia Residentes	6	8	3	3	9	14	4	16	6	0	0	0	69
Unidad de Cirugía Experimental	2	1	0	1	2	1	0	8	1	0	0	0	16
Unidad de Investigación	3	4	3	2	5	9	3	13	4	1	0	0	47

T. Diagnósticas y Terapéuticas

Implante Coclear	1	1	0	0	0	1	1	5	0	1	0	0	10
Radiología Intervencionista	3	1	1	1	3	8	3	12	3	1	0	0	36
Trasplante Corazón	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	6
Trasplante Córnea	2	1	1	1	1	3	1	11	3	1	0	0	25
Trasplante Hígado	0	0	0	1	0	0	0	5	1	0	0	0	7
Trasplante Médula ósea	2	1	1	1	0	2	0	9	2	0	0	0	18
Trasplante Páncreas	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Trasplante Pulmón	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3
Trasplante Riñón	1	1	1	1	0	2	1	7	1	0	0	0	15
Vasectomía	6	8	4	3	11	13	4	15	7	1	1	1	74
Vitrectomía	2	2	2	3	3	5	0	11	3	1	0	0	32
Inseminación Artificial	1	1	1	1	1	2	0	9	0	1	0	0	17
Fertilización In Vitro	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	7

	Aragón	Asturias (*)	Baleares	Cantabria	C-La Mancha	C. y León	Extremadura	Madrid (*)	Murcia (*)	Rioja (La)	Ceuta	Melilla	Total INSALUD
ICSI	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
IVE	3	5	3	1	1	0	0	3	0	0	0	0	16
Genética Molecular	1	1	0	0	2	1	0	7	0	0	0	0	12
Densitometría Ósea	1	1	0	0	0	1	0	7	0	0	0	0	10
Estudios del Sueño	3	3	1	1	3	4	3	10	2	1	1	0	32
Potenciales Evocados	3	3	1	1	7	10	3	14	3	1	0	0	46
Braquiterapia	1	1	1	1	0	2	0	5	1	0	0	0	12
Cobaltoterapia	2	1	1	1	0	4	1	6	1	0	0	0	17
Radiocirugía	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
Hemodinamia Diagnóstica	2	1	1	1	1	2	1	9	2	0	0	0	20
Hemodinamia Terapéutica	2	1	1	1	1	2	1	8	2	0	0	0	19
Díálisis Peritoneal	4	2	3	1	5	11	2	12	1	1	0	0	42

(*) Incluye Centros con concierto sustitutorio.

Actividad asistencial y prestaciones



Actividad asistencial y prestaciones

Atención Primaria

Actividad asistencial

La actividad asistencial medida por el número total de consultas ha aumentado en medicina de familia y ha descendido ligeramente en pediatría en el año 1999 respecto al 1998, debido a la disminución en el número total de consultas a demanda.

Asimismo, la actividad de enfermería ha aumentado en el año 1999 en relación con el año anterior, por lo que está en consonancia con el objetivo del año 1999 referente al incremento de la actividad de enfermería.

La presión asistencial disminuye ligeramente en medicina de familia, pediatría y enfermería, mientras que la frecuentación desciende en medicina de familia y pediatría pero se contempla un ligero aumento en enfermería en comparación con el año 1998.

Con respecto a la Atención Continuada, el número total de consultas ha aumentado en el año 1999 (1.057.859 consultas más que en el año 1998), incrementándose en los Puntos de Atención Continuada y disminuyendo en los Servicios Normales de Urgencias.

Actividad Número de consultas								
	E.A.P.		Mod. Trad.		Total			
	1998	1998	1998	1999	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
Medicina de Familia	78.128.100	80.698.310	12.996.548	10.713.951	91.124.648	91.412.261	287.613	0,32
Pediatría	8.926.540	9.124.043	1.243.546	1.033.642	10.170.086	10.157.685	-12.401	-0,12
Enfermería	54.036.261	55.720.462	4.675.715	3.411.597	58.711.976	59.132.059	420.083	0,72

La presión asistencial entendida como número de usuarios/profesional/día, comprende el número medio de consultas atendidas en el centro y

domicilio por profesional (medicina general, pediatría, enfermería) y día.

Presión asistencial (*) (Número de usuarios / profesional / día)								
	E.A.P.		Mod. trad.		Total			
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Medicina de Familia	36,75	36,77	42,95	42,19	37,48	37,31	-0,17	-0,45
Pediatría	26,33	25,84	14,30	14,26	23,92	23,89	-0,03	-0,13
Enfermería	25,05	25,08	21,87	20,72	24,91	24,86	-0,05	-0,20

(*) Se incluyen las consultas administrativas.

Frecuentación (Número de consultas habitante / año)								
	E.A.P.		Mod. trad.		Total			
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Medicina de Familia	7,00	6,93	6,40	6,24	6,64	6,85	-0,06	-0,87
Pediatría	6,84	6,47	5,48	5,09	6,91	6,30	-0,34	-5,12
Enfermería	4,13	4,15	1,75	1,89	3,93	4,00	0,07	1,78

Atención continuada								
	S.N.U.		P.A.C.		Total			
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	▲▼ 99/98	▲▼ 99/98
N.º consultas	1.804.560	1.755.488	6.007.817	7.114.748	7.812.377	8.870.236	1.057.859	13,54



Cartera de Servicios

En 1999 se ha mantenido la línea de aumentar la exactitud y rigurosidad de los sistemas de registro e información. Para ello se ha realizado la evaluación de calidad de los sistemas de registros en determinados servicios y se ha continuado con los estudios de concordancia entre observadores iniciados en 1997. Los estudios de concordancia han sido publicados en este año con el fin de difundir sus objetivos, metodología y resultados obtenidos.

En cuanto a los resultados de coberturas de la Cartera de Servicios han experimentado una evolución positiva de modo general, destacando el bloque de la Mujer en el que aumentan todos los servicios. Ello está en consonancia con los objetivos prioritarios que se establecieron para 1999.

La evaluación de calidad, definida a través de las Normas Técnicas, se ha realizado mediante auditoría de historias clínicas, habiéndose evaluado un total de 45.535 historias. Como continuidad de la línea iniciada en años anteriores sobre el diseño y metodología de evaluación y, con el objetivo de mejorar el grado de concordancia entre diferentes observadores, las 57 Áreas han establecido Grupos de

Evaluadores constituidos por profesionales de las Unidades de Provisión y miembros del Equipo Directivo de la Gerencia en la totalidad de las Gerencias.

Respecto a los resultados de Normas Técnicas se valoran positivamente sus resultados, con un cumplimiento global superior al 50% en todas las Normas.

El proceso de Verificación a nivel de la Subdirección General de Atención Primaria ha continuado contando con la colaboración de la Inspección de Servicios Sanitarios y las Sociedades Científicas implantadas en Atención Primaria. En 1999 se ha incorporado a este proceso la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) junto a la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.

El desarrollo de los Programas y Protocolos que sustentan la Cartera de Servicios mantiene el nivel alcanzado en años anteriores con un grado de suficiencia en su diseño del 100% de los evaluados.

Coberturas

Atención al niño

Se han incrementado las coberturas de todos los servicios respecto al año 1998, excepto en el servicio de Revisiones del Niño Sano de 6 a 14 años.

Los Servicios del Niño con incrementos más destacables han sido Consulta de Niños, Vacunaciones, Revisiones del Niño Sano de 2 a 5 años y sobre todo Prevención de la Caries Infantil que aumenta en 53.649 el número de niños incluidos.

Coberturas alcanzadas Cartera de Servicios 1999
Servicios del Niño

Código	Nombre del Servicio	1998 Personas incluidas	% (*)	1999 Personas incluidas	% (*)	▲▼ 99/98	% ▼▲ 99/98
100	Consulta de niños	1.431.442	89,7	1.469.613	92,1	38.171	2,4
101	Vacunaciones	1.854.457	87,2	1.896.367	89,1	41.910	2,0
102	Revisiones del Niño Sano: (0-23 meses) (1)	280.809	116,1	297.452	123,0	16.644	6,9
103	Revisiones del Niño Sano: (2-5 años)	385.618	75,2	421.873	82,2	36.255	7,1
104	Revisiones del Niño Sano: (6-14 años)	955.068	69,6	940.317	68,5	-14.751	-1,1
105	Educación para la Salud en Centros Educativos	1.516	2,3	1.600	2,4	84	0,1
106	Prevención de la caries infantil	707.578	51,5	761.227	55,5	53.649	3,9

(*) % de cobertura sobre casos esperados en relación con la población de T.S.I. a octubre-98.

(1) La cobertura es superior al 100%, debido a varios factores: estimación de la tasa de natalidad, desplazamientos, atención a empresas colaboradoras...



Atención a la mujer

(72.843, 140.926 y 59.499 mujeres respectivamente).

Todos los Servicios de la Mujer han incrementado su cobertura en 1999. Es de destacar el aumento en los Servicios de Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos (112.670 mujeres más), Vacunación de Rubeola (104.944) y Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix, Endometrio y Mama

En el año 99 el servicio de Atención a la Mujer en el Climaterio, tras su segundo año de implantación, ha aumentado 87.145 mujeres su cobertura.

Coberturas alcanzadas Cartera de Servicios 1999 Servicios a la Mujer

Código	Nombre del Servicio	1998 Personas incluidas	% (*)	1999 Personas incluidas	% (*)	▲▼ 99/98	% ▼▲ 99/98
200	Capt. y valoración de la mujer embarazada	83.466	69,0	92.864	76,8	9.398	7,8
201	Seguimiento de la mujer embarazada	59.151	65,2	63.164	69,7	4.013	4,4
202	Preparación al parto	68.005	56,3	71.661	59,3	3.656	3,0
203	Visita en el primer mes de postparto	68.227	56,4	76.550	63,3	8.322	6,9
204	Inf. y seg. de métodos anticonceptivos	930.010	24,5	1.042.680	27,5	112.670	3,0
205	Vacunación de la rubeola	506.597	22,1	611.542	26,6	104.944	4,6
206	Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	628.519	23,4	701.362	26,1	72.843	2,7
207	Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	1.016.480	36,7	1.157.407	41,8	140.926	5,1
208	Diagnóstico precoz de cáncer de mama	437.789	37,0	497.288	42,1	59.499	5,0
209	Atención al climaterio	142.410	18,2	229.556	29,4	87.145	11,1

(*) % de cobertura sobre casos esperados en relación con la población de T.S.I. a octubre-98.

Atención al adulto-anciano

Las Vacunaciones del Adulto incrementan su cobertura respecto a 1998, destacando los Servicios de Vacunación del Tétanos con un aumento de 263.810 personas vacunadas y el Servicio de Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo con un aumento de 24.364 personas vacunadas. La Vacunación de Gripe a Mayores de 65 años ha aumentado en 12.958 personas, si bien se observa un descenso en la Vacunación de Gripe a Menores de 65 años.

Destaca el aumento del Servicio de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en 368.892 personas en 1999.

Todos los Servicios de Atención a Pacientes Crónicos mantienen la línea creciente de incremento de sus coberturas. Los Servicios de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y de Atención a Pacientes Terminales han experimentado un descenso en sus respectivas coberturas, debido, en parte, a la depuración de los sistemas de registro al realizar la evaluación de los criterios de inclusión. Para potenciar esta actividad durante 1999 se han implantado en 10 Gerencias de Atención Primaria Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

El servicio de Cirugía Menor se incorporó a la Cartera de Servicios en 1999. Su incremento en 31.552 personas revela la favorable evolución que se está consiguiendo con esta actividad desde su inicio.



Coberturas alcanzadas Cartera de Servicios 1999
Servicios al Adulto

Código	Nombre del Servicio	1998 Personas incluidas	% (*)	1999 Personas incluidas	% (*)	▲▼ 99/98	%▼▲ 99/98
300	Consulta adultos	5.850.142	76,9	6.340.394	83,4	490.252	6,4
301	Vacunación de la gripe mayores o igual a 65 años	1.547.555	56,5	1.560.513	57,0	12.958	0,5
301	Vacunación de la gripe menores de 65 años	593.172	32,8	579.664	32	-13.508	-0,7
302	Vacunación de tétanos	2.407.802	19,0	2.671.612	21,1	263.810	2,1
303	Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	165.090	55,8	189.454	64	24.364	8,2
304	Prevención enfermedades cardiovasculares	6.850.147	54,0	7.219.039	56,9	368.892	2,9
305	Atención a pacientes crónicos: hipertensos	1.136.006	44,8	1.197.998	47,2	61.992	2,4
306	Atención a pacientes crónicos: diabetes	380.837	50,1	448.903	59	68.067	8,9
307	Atención a pacientes crónicos: EPOC	166.632	34,5	170.762	35,3	4.130	0,9
308	Atención a pacientes crónicos: obesos	418.769	27,5	496.306	32,6	77.537	5,1
309	Atención a pac. crónicos: hipercolesterolemia	594.471	23,4	645.019	25,4	50.548	2
310	Atención a pacientes con VIH-SIDA	13.158	34,6	14.380	37,8	1.222	3,2
311	Educ. a grupos de pac. crónicos: diabéticos	34.530	4,5	44.760	5,9	10.230	1,3
312	Educación para la salud a otros grupos	51.761	2,0	76.301	3	24.540	1
313	Atención domiciliaria a pacientes inmobilizados	124.495	41,3	117.205	38,9	-7.290	-2,4
314	Atención a pacientes terminales	19.716	66,6	19.602	66,2	-114	-0,4
315	Atención al consumidor excesivo de alcohol	80.311	6,3	88.836	7	8.525	0,7
316	Prev. y detección de probl. en el anciano	413.287	34,1	479.575	39,6	66.287	5,5
317	Cirugía menor	16.532	8,2	47.885	23,7	31.353	15,5
400	Tratamientos fisioterap. básicos	147.497	8,3	157.456	8,9	9.959	0,6
401	Trat. psicoterapéuticos	173.602	1,2	184.715	1,2	11.113	0,1

(*) % de cobertura sobre casos esperados en relación con la población de T.S.I. a octubre-98.

Cirugía Menor

La Cirugía Menor se ha incorporado a la Cartera de Servicios de Atención Primaria en el año 1999, tras dos años previos de pilotaje, por lo que se ha definido su indicador de cobertura y las Normas Técnicas.

En 1999 se han realizado 47.885 intervenciones, lo que supone un crecimiento del 190% con respecto a 1998.

Cirugía Menor				
	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
N.º de Áreas	51	57	6	12
N.º de E.A.P.	313	634	321	103
N.º de intervenciones	16.532	47.885	31.353	190

Servicio 061

Durante 1999, inició su operatividad el Centro Coordinador de Urgencias en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha, Castilla y León y La Rioja, con lo que 8 Comunidades Autónomas poseen esta nueva prestación en su cartera.

Las Comunidades Autónomas de Aragón y Asturias han finalizado su programación, al igual que las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

El desarrollo de estos Centros Coordinadores de Urgencias-061 (C.C.U.) ha permitido incrementar en un 73,9 % las Unidades Móviles de Emergencias, pasando de 23 a 40, de forma especial en Murcia, Extremadura y Castilla-La Mancha.

Unidades Médicas de Emergencia —061—			
	1998	1999	▲▼ 99/98
Aragón	–	–	–
Asturias	–	–	–
Baleares	3	5	2
Cantabria	2	4	2
Castilla-La Mancha	–	3	3
Castilla y León	–	–	–
Extremadura	–	3	3
La Rioja	–	1	1
Madrid	15	15	–
Murcia	3	9	6
Ceuta	–	–	–
Melilla	–	–	–
INSALUD	23	40	17



Pediatras de Área

Para dar cobertura de servicio especializado de pediatría agrupando varias zonas básicas de salud, durante 1999 se crearon 49 plazas de Pediatras de Área que prestan servicio a niños menores de 14 años.

Pediatras de Área			
	1998	1999	▲▼ 99/98
Aragón	–	5	5
Asturias	–	1	1
Baleares	–	2	2
Cantabria	–	4	4
Castilla-La Mancha	–	5	5
Castilla y León	1	20	19
Extremadura	4	7	3
La Rioja	–	3	3
Madrid	–	2	2
Murcia	–	–	-
Ceuta	–	–	–
Melilla	–	–	–
INSALUD	5	49	44

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

En el año 1998 se inició un proyecto de “Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte” en tres Áreas de Salud, con el fin de mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención Primaria, a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales.

Los objetivos del programa fueron:

- Proporcionar atención sanitaria en el domicilio del paciente, con una adecuada calidad científico-técnica desde la organización y recursos de Atención Primaria, siempre que las características del paciente así lo aconsejen.
- Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria herramientas que les permitan, desde una perspectiva de equipo, atender a los pacientes de manera integral y dar respuesta a los diferentes problemas que plantean, coordinando los recursos existentes.

Este programa fue evaluado a primeros del año 99, cuyos resultados más relevantes han sido:

- Mejoría en la continuidad de cuidados en el domicilio.
- Adecuada ubicación de los pacientes.
- Buena calidad de atención.
- Buena valoración de los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada.

- Mejora en la coordinación con el nivel especializado y con los recursos sociales.

Como consecuencia de esta experiencia, el INSALUD decidió extender estas Unidades de Apoyo a otras Áreas de Salud, con las siguientes funciones:

- Facilitadores de la atención, apoyo y asesoría.
- Colaboración en la formación de los profesionales de Atención Primaria.

- Facilitadores de la coordinación del proceso de atención con el nivel especializado y con otras instituciones, especialmente Servicios Sociales.

Durante 1999 se han puesto en marcha un total de 10 ESAD con una cobertura del 33,29% de la población.

E.S.A.D.			
	1998	1999	▲▼ 99/98
Aragón	–	1	1
Asturias	–	–	–
Baleares	–	1	1
Cantabria	–	–	–
Castilla-La Mancha	–	1	1
Castilla y León	–	–	–
Extremadura	–	–	–
La Rioja	–	–	1
Madrid	3	6	3
Murcia	–	1	1
Ceuta	–	–	–
Melilla	–	–	–
INSALUD	3	10	7



Atención especializada

actividad desarrollada por el conjunto de los 81 centros propios del INSALUD (79 de gestión tradicional y 2 Fundaciones).

Actividad global

Se exponen a continuación los resultados más relevantes en términos cuantitativos de la

Actividad global				
	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos				
Programados	388.770	377.987	-10.783	-2,77
Urgentes	772.160	805.553	33.393	4,32
Total	1.160.930	1.183.540	22.610	1,95
Estancias	9.429.987	9.409.410	-20.577	-0,22
Intervenciones quirúrgicas				
Int. qui. programadas con hospitalización	337.819	329.836	-7.983	-2,36
Int. qui. urgentes con hospitalización	125.317	129.720	4.403	3,51
Int. qui. prog. ambulatorias	300.277	291.072	-9.205	-3,07
Int. qui. urg. ambulatorias	21.729	18.972	-2.757	-12,69
Actos qui. fuera de quirófano	-	130.676	-	-
Total	785.142	900.287	-	-
Consultas				
Primeras	7.134.767	7.280.006	145.239	2,04
Sucesivas	14.060.462	14.263.095	202.633	1,44
Total	21.195.229	21.543.101	347.872	1,64
Hospital de día				
Oncológico/SIDA	239.921	274.219	34.298	14,30
Geriatría	26.210	30.512	4.302	16,41
Psiquiatría	26.134	36.219	10.085	38,59
Partos	99.105	104.592	5.487	5,54
Urgencias	5.021.685	5.190.260	168.575	3,36
Hemodinamia diagnóstica	23.115	25.787	2.672	11,56
Hemodinamia terapéutica	8.538	10.115	1.577	18,47
Pacientes diálisis	3.417	3.494	77	2,25
Trasplantes (*)				
Riñón	614	697	83	13,52
Córnea	371	413	42	11,32
Corazón	130	126	-4	-3,08
Hígado	249	262	13	5,22
Otros	837	816	-21	-2,51
Total	2.201	2.314	113	5,13
Exploraciones				
T.A.C.(Hosp. + CEP)	565.460	609.599	44.139	7,81
Ecografías Serv. RX (Hosp. + CEP)	1.229.961	1.297.761	67.800	5,51
Litotricias Hospital	4.735	5.110	375	7,92
R.N.M. Hospital	68.096	89.354	21.258	31,22
Mamografías (Hosp. + CEP)	383.849	396.725	12.876	3,35

Procedimientos individualizados de cirugía ambulatoria

Procedimiento	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Cirugía de cataratas	28.753	34.248	5.495	19,11
Amigdalectomía/adenoidectomía	7.013	6.335	-678	-9,67
Cirugía de varices	1.166	1.644	478	40,99
Cirugía Hallux valgus	2.626	2.064	-562	-21,40
Herniorrafía unilateral	5.628	6.044	416	7,39
Herniorrafía bilateral	369	335	-34	-9,21
Cirugía fimosis	10.347	9.733	-614	-5,93
Incisión/drenaje quiste lacrimonasal	2.920	2.524	-396	-13,56
Artroscopia	2.794	3.123	329	11,78
Cirugía hemorroidal	1.014	913	-101	-9,96
Dilatación/legrado uterino	6.678	4.972	-1.706	-25,55
Escisión sinus pilonidal	2.808	2.800	-8	-0,28
Tumorectomía mama	3.010	3.103	93	3,09
Liberación/escisión vainas/tendones	6.877	7.141	264	3,84
Orquidopexia	239	308	69	28,87
Extracción material osteosíntesis	2.702	3.033	331	12,25
Cirugía fisura	1.152	1.150	-2	-0,17
Colecistectomía	247	345	98	39,68
Septoplastia	813	759	-54	-6,64
Miringoplastia	725	441	-284	-39,17
Hidrocele	538	586	48	8,92
Vasectomía	7.067	7.014	-53	-0,75
Ligadura de trompas	1.089	1.172	83	7,62
Total	96.575	99.787	3.212	3,33

Más adelante se ofrecen los resultados de explotación del fichero del CMBD de Cirugía Ambulatoria.



Comparación indicadores 1999-1998

	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos totales/1.000 hab.	82,60	84,21	1,61	1,95
Consultas totales/1.000 hab.	1.508,06	1.532,54	24,48	1,62
Urgencias totales/1.000 hab.	357,30	369,29	11,99	3,36
Int. quir. totales/1.000 hab.	55,86	54,76	-1,10	-1,97
Int. quir. prog. con ingreso >/día hábil	1.385	1.352	-33	-2,36
Interv. totales/día	2.151	2.108	-45	-2,09
Consultas totales/día hábil	86.866	88.291	1.425	-1,64
Urgencias/día	13.758	14.220	462	3,36
Estancia media	8,12	7,95	-0,17	-2,09
Índice de ocupación	79,92	80,30	0,38	0,47
Índice de rotación	35,91	36,86	0,95	2,66
Presión de urgencias	66,51	68,06	1,55	2,33
% de urgencias ingresadas	14,40	14,55	0,15	1,03
Rel. suc./primeras	1,97	1,96	-0,01	-0,56

En el área de hospitalización se ha producido un fuerte incremento de los ingresos totales, debido al aumento de los ingresos urgentes experimentado en el conjunto de los hospitales del INSALUD fundamentalmente en el primer trimestre del año, y a expensas de patología respiratoria, como puede verse con mayor detalle en el siguiente apartado. En la línea de eficiencia ya iniciada en ejercicios anteriores, el aumento de los ingresos se ha acompañado de una reducción de las estancias totales, con la consiguiente reducción de la estancia media, que se ha situado en 7,95 días frente a los 8,12 alcanzados en el año anterior. Esta disminución de la estancia media cobra especial relevancia si se tiene en cuenta que se produce al mismo tiempo que aumenta la complejidad de la patología atendida (un 4,3% más de prótesis de cadera y rodilla implantadas) y una potenciación

de las alternativas a la hospitalización convencional.

La actividad quirúrgica en las intervenciones programadas con hospitalización en términos comparativos disminuye levemente (7.972 intervenciones menos) y ello obedece a varias causas: el aumento de los ingresos urgentes de tipo médico (con la consiguiente disminución de disponibilidad de camas), y la reducción de quirófanos disponibles motivada por diversas actuaciones de obras y saneamiento llevadas a cabo sobre todo en el primer semestre.

Lo expuesto sobre la Cirugía Ambulatoria se corrobora además con lo reflejado en la Tabla "Procedimientos Individualizados de Cirugía Ambulatoria" (antes denominada, en parte,

Cirugía Mayor Ambulatoria), que como puede observarse han aumentado en conjunto (3.212 más) un 3,33% respecto a 1998. Es obvio que este crecimiento supone una desaceleración respecto a la tasa de crecimiento de años anteriores, explicable porque se empiezan a alcanzar ya índices globales de sustitución (porcentajes de intervenciones ambulatorias respecto del total de cirugía programada) similares a los de países de nuestro entorno. El incremento no obstante no ha sido uniforme en todas las líneas de actividad, destacando los incrementos absolutos y/o porcentuales en cirugía ambulatoria de las cataratas, varices y colecistectomía. En sentido contrario cabe destacar la disminución de otras líneas como amigdaloadenoidectomía, fimosis, cirugía del hallux valgus, dilatación/legrado uterino y miringoplastia, disminución imputable en todos los casos a una menor demanda, relacionada muy probablemente con la fuerte reducción de las listas de espera llevada a cabo sobre este tipo de procedimientos. Esta afirmación se sustenta en dos hechos: la situación de la lista de espera quirúrgica total al cierre del ejercicio y las variaciones habidas para varios de los procedimientos enumerados también en el área de hospitalización, como se expone más adelante.

La actividad de consultas externas aumenta en su conjunto, especialmente a expensas del incremento de primeras consultas como consecuencia del programa de reducción de la demora cuyos resultados se exponen en su correspondiente apartado. El mayor incremento de las primeras consultas trae como consecuencia que otro indicador de eficiencia, el índice sucesivas/primeras, vuelva a disminuir respecto al año anterior, situándose en 1,96.

Los tratamientos en hospital de día aumentan de forma significativa en todas las líneas de actividad. Si bien en términos absolutos la línea que más aumenta es la de oncología/SIDA (a expensas de la oncología), en términos porcentuales el incremento más significativo se produce en psiquiatría, como consecuencia del proceso de potenciación de este recurso, tras la implantación de la Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico elaborada en colaboración con las sociedades científicas.

Frente al descenso experimentado el año anterior, durante 1999 se ha producido un incremento del 5,54% de los partos atendidos, que en su conjunto han sido 104.592. Sin entrar en posibles causas demográficas varios factores han contribuido a este hecho. De una parte, la reordenación de la asistencia obstétrica en la Comunidad de Madrid, pues como consecuencia del cierre temporal de la maternidad de la CAM, su actividad previa ha sido asumida por varios hospitales del INSALUD. De otra parte, la implantación de la analgesia epidural en el parto, ha contribuido a que los hospitales del INSALUD capten partos que antes se realizaban en otros ámbitos. Al cierre del ejercicio, en el conjunto del INSALUD el 30,76% de los partos vaginales atendidos durante el año habían recibido analgesia epidural. No obstante, el análisis de este indicador a lo largo del año pone de manifiesto la tendencia a la generalización de la técnica, pues frente al 25,63% de los partos vaginales con analgesia epidural atendidos en el primer trimestre, en el cuarto trimestre este porcentaje es del 33,86%. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos se sitúa en el 19,3%.

Las urgencias, como se avanzó al comienzo de este análisis de la actividad realizada por Atención Especializada, han continuado



aumentando respecto a años anteriores, habiéndose atendido 168.575 urgencias más que en el año anterior (3,36%), y si bien el porcentaje de urgencias ingresadas no varía, sí ha conllevado un incremento de la presión de urgencias, como consecuencia de la disminución de la actividad programada (fundamentalmente quirúrgica).

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto consumo de recursos (hemodinámicas cardíacas, litotricias, diálisis) han continuado aumentando, así como los trasplantes y también en su conjunto las exploraciones de alta tecnología (TAC, RNM). El aumento ha sido debido tanto a la mayor actividad conseguida con el equipamiento ya existente, como a la incorporación de nuevos equipos a los hospitales.

Por su repercusión en otros ámbitos, merece destacar el incremento experimentado por los pacientes VIH positivo en tratamiento ambulatorio

con antirretrovirales. El total de pacientes sometidos a esta modalidad terapéutica ha aumentado en 1.331 (10% más que en 1998). Pero no sólo se ha producido un aumento del total de tratamientos, sino que se ha llegado a la práctica generalización de la triple terapia. Así frente al 24,68% de incremento experimentado por el número de casos con terapia triple (2.556 pacientes más de promedio anual), la mono/biterapia se ha reducido en un 42% (1.225 casos menos), en consecuencia durante el año 1999 el 88,4% de los pacientes estaban en tratamiento con más de dos antirretrovirales. Este cambio en la pauta de tratamiento, coherente con lo propugnado por el Plan Nacional del SIDA, demuestra la rápida incorporación de la terapéutica eficaz a los centros del INSALUD, lo que resulta especialmente relevante si además se tiene en cuenta que el coste promedio anual de la triple terapia, sólo en antirretrovirales, es de 1.200.000 pesetas, frente a los poco más de 500.000 pesetas/año que suponía cada caso de biterapia.

Actividad por Grupo de Hospitales

Grupo I				
	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos	124.036	125.812	1.776	1,43
Estancia media	6,22	6,06	-0,16	-2,57
Urgencias totales	575.203	599.522	24.319	4,23
% Urgencias ingresadas	15,88	15,04	-0,84	-5,29
Ttos. hospital día	10.602	17.770	7.168	67,61
Consultas externas primeras	660.530	682.317	21.787	3,30
Relación sucesivas/primeras	1,83	1,80	-0,03	-1,64
I. Q. prog. con hosp.	29.830	28.896	-934	-3,13
I. Q. prog. amb. total	30.881	29.690	-1.191	-3,86
Demora media lista espera quirúrgica (días)	67	64	-3	-4,48
Demora prospectiva para una primera consulta (días)	28	25	-3	-10,71

Grupo II				
	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos	376.379	388.413	12.034	3,20
Estancia media	7,47	7,26	-0,21	-2,81
Urgencias totales	1.639.467	1.730.460	90.993	5,55
% Urgencias ingresadas	16,06	15,40	-0,66	-4,11
Ttos. hospital día	87.886	131.531	43.645	49,66
Consultas externas primeras	2.257.364	2.315.162	57.798	2,56
Relación sucesivas/primeras	1,80	1,81	0,01	0,56
I. Q. prog. con hosp.	98.760	97.114	-1.646	-1,67
I. Q. prog. amb. total	93.563	93.289	-274	-0,29
Demora media lista espera quirúrgica (días)	66	61	-5	-7,58
Demora prospectiva para una primera consulta (días)	34	25	-9	-26,47



Grupo III

	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos	214.112	218.056	3.944	1,84
Estancia media	8,52	8,29	-0,23	-2,70
Urgencias totales	886.734	908.668	21.934	2,47
% Urgencias ingresadas	16,83	15,58	-1,25	-7,43
Ttos. hospital día	54.902	71.690	16.788	30,58
Consultas externas primeras	1.174.916	1.198.933	24.017	2,04
Relación sucesivas/primeras	1,99	1,97	-0,02	-1
I. Q. prog. con hosp.	61.507	60.475	-1.032	-1,68
I. Q. prog. amb. total	51.060	46.349	-4.711	-9,23
Demora media lista espera quirúrgica (días)	67	61	-6	-8,96
Demora prospectiva para una primera consulta (días)	34	30	-4	-11,76

Grupo IV

	1998	1999	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Ingresos	405.760	411.984	6.224	1,53
Estancia media	9,12	8,97	-0,15	-1,64
Urgencias totales	1.806.992	1.844.935	37.943	2,10
% Urgencias ingresadas	14,25	13,37	-0,88	-6,18
Ttos. hospital día	187.160	225.964	38.804	20,73
Consultas externas primeras	2.626.375	2.667.467	41.092	1,56
Relación sucesivas/primeras	2,19	2,19	0	0
I. Q. prog. con hosp.	126.893	125.021	-1.872	-1,48
I. Q. prog. amb. total	98.961	95.967	-2.994	-3,03
Demora media lista espera quirúrgica (días)	67	64	-3	-4,48
Demora prospectiva para una primera consulta (días)	25	26	1	4,00

Seguimiento de las Fundaciones Hospital Alcorcón y Hospital Manacor

Durante 1999 se ha realizado el seguimiento y evaluación de la Fundación Hospital Manacor y la Fundación Hospital Alcorcón (entraron en funcionamiento el 17 de marzo y el 12 de diciembre de 1997, respectivamente), que

continúan mostrando indicadores de actividad, eficiencia y calidad que mejoran en relación con los centros de gestión tradicional.

Las tablas siguientes recogen la evolución global de su actividad y un resumen de los principales indicadores de funcionamiento para el bienio 1998-1999.

Fundaciones Sanitarias INSALUD

Actividad por Centros 1998-1999

	Alcorcón		Manacor	
	1998	1999	1998	1999
Ingresos				
Programados (Externos)	1.339	3.745	2.051	2.061
Urgentes (Externos)	6.185	9.906	7.831	8.578
Totales (Externos)	7.524	13.651	9.882	10.639
Estancias totales	41.123	71.768	62.109	59.142
Intervenciones quirúrgicas				
Int. Qui. Prog. con hospitalización	1.386	3.091	1.981	1.933
Int. Qui. Urgentes con hospitalización.	1.373	1.981	1.344	1.342
Int. Qui. Prog. Ambu. (no especific.)	1.849	2.186	1.514	1.445
Int. Qui. Urgentes Ambu. (no especifi.)	6	17	15	34
Procesos C.A. especificados	1.189	2.411	891	1.343
Total Interv. Quirúrgicas	5.803	9.686	5.745	6.097
Consultas				
Primeras	80.233	97.726	42.005	49.357
Sucesivas	98.316	184.377	64.680	70.031
Total	178.549	282.103	106.685	119.388
Hospital de Día				
Oncohematológico	0	1.286	948	907
Medico-Quir.	1.656	11.356	175	1.731
Partos	852	1.557	911	931
Urgencias Totales	59.663	85.403	47.299	50.994
Diálisis				
Hemodiálisis Hospital: Pacientes	26,5	47,9	42,8	45,5
Diálisis Peritoneal: Pacientes	3,21	5,0	0,0	0,0
Actividades técnicas diagnósticas				
T.A.C.	3.806	6.624	5.688	5,821
R.N.M.	1.378	3.853	0,0	0,0
Ecografías (Servicios Radiodiagnóstico)	6.713	15.486	5.979	7.408
Mamografías	3.360	8.281	2.469	2.948



Comparativamente con otros hospitales de características similares (Hospitales Comarcales, Grupo 1), la Fundación Hospital Manacor presenta indicadores de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos (menor estancia media, menor índice de sucesivas/primeras

consultas, mayor índice de sustitución de Cirugía Mayor Ambulatoria, mayor complejidad de los procesos ingresados, y menor índice de estancia media ajustada), como se puede observar en el cuadro siguiente referido al año 1999:

	Fundación Hospital Manacor	Grupo I Hospitales de INSALUD
Estancia Media	5,56	6,06
Relación sucesivas/primera consultas	1,42	1,8
% de urgencias ingresadas	15,53	15,04
C. A. Proc. Ind./Interv. Prog. Hosp.+ C. A. Proc. Ind.	41	33
Complejidad (Peso medio)	1,29	1,21
Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)	0,89	–

El año 1999 puede considerarse el año de la consolidación de la Fundación Hospital Alcorcón. En cuanto a eficiencia, la Fundación Hospital Alcorcón ha mostrado un comportamiento, por encima de la media de los hospitales de su Grupo: menores índices de sucesivas/primeras

consultas y de estancia media ajustada, mayor índice de sustitución de Cirugía Mayor Ambulatoria, o mayor complejidad de los procesos ingresados, según los datos que se recogen en el cuadro siguiente:

	Fundación Hospital Alcorcón	Grupo II Hospitales de INSALUD
Estancia Media	5,26	7,26
Relación sucesivas/primera consultas	1,89	1,81
% de urgencias ingresadas	9,67	15,40
C. A. Proc. Ind./Interv. Prog. Hosp.+ C. A. Proc. Ind.	44	31
Complejidad (Peso medio)	1,40	1,33
Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)	0,74	–

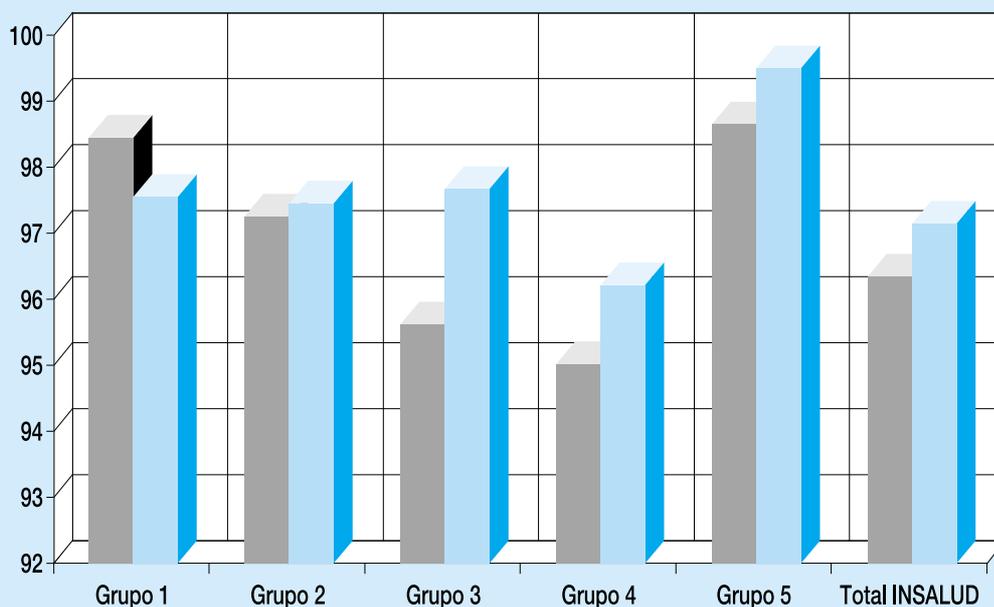
Análisis de la casuística

Actividad de hospitalización

El conocimiento de la casuística atendida en régimen de hospitalización continúa avanzando merced a la mejora en la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Así en 1999 se codificaron 1.143.165 altas, el 97%

del total de las habidas, lo que supone un ligero aumento respecto al año anterior, debido fundamentalmente a la mejora del porcentaje de codificación de los hospitales con mayor volumen de actividad, los denominados grupos 3 y 4 del INSALUD, que han equiparado sus porcentajes de altas codificadas con los hospitales de menor tamaño.

CMBD INSALUD 1998-1999
Porcentaje de codificación



1998 (*)	■	98,47	97,27	95,63	95,03	98,67	96,36
1999	■	97,57	97,48	97,69	96,23	99,52	97,16
Δ∇ 99/98		-0,9	0,2	2,06	1,2	0,85	0,8

Fuente: CMBD INSALUD 1999.

(*) Los datos de 1998 varían ligeramente respecto de los publicados en la anterior Memoria, tras efectuar el cierre definitivo del CMBD.



El aumento del porcentaje de altas codificadas en los Hospitales del INSALUD, se ha acompañado además de una mejora en la calidad de la

codificación, con un incremento en el promedio de diagnósticos y procedimientos codificados por alta.

Indicador	1998 (*)	1999	▲▼ 99/98
Porcentaje de codificación	96,36	97,16	0,8
Porcentaje diagnósticos inespecíficos	0,46	0,42	-0,04
Media diagnósticos	3,34	3,71	0,37
Media procedimientos	1,87	2,15	0,28

Fuente: CMBD INSALUD 1999.

(*) Los datos de 1998 corresponden al cierre definitivo del CMBD.

En la siguiente tabla aparecen recogidos los principales indicadores de los 25 procesos más frecuentes en el conjunto del INSALUD.

El agrupador utilizado es el de los Grupos de Diagnóstico Relacionados.

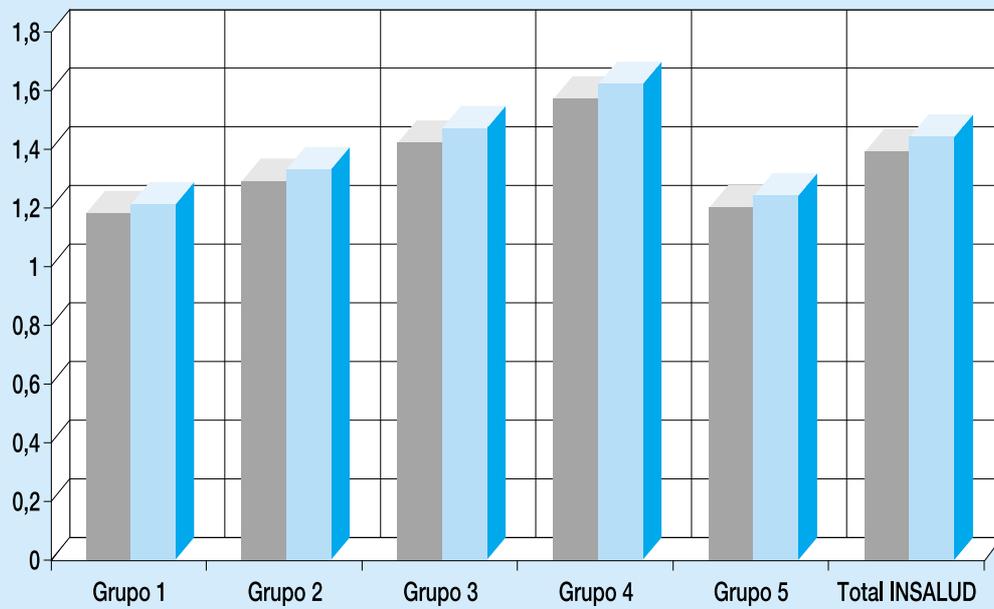
Análisis comparativo de la casuística						
GR	Descripción	Peso	1998		1999	
			N.º altas	E. media	N.º altas	E. media
373	Parto sin complicaciones	0,4842	58.489	3,1	60.387	2,98
541	Trast. respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	2,4647	21.881	11,78	30.028	11,27
372	Parto con complicaciones	0,588	19.703	3,72	22.358	3,54
39	Proced. sobre cristalino con o sin vitrectomía	0,8158	23.553*	2,15	20.790	2,09
127	Insuficiencia cardiaca & shock	1,524	17.455	9,81	18.187	9,35
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	15.411	11,85	16.027	11,53
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad >17 sin cc	0,6691	17.216*	3,33	15.825	2,99
209	Reimpl. mayor articulación & miembro extr. inferior sin infección	3,4898	14.062*	14,68	14.766	13,75
381	Aborto con dilatación & legrado, aspiración o histerotomía	0,4741	13.769	2,02	14.545	1,95
359	Proc. sobre útero & anejos por Ca. in situ & proceso no maligno sin CC	1,0667	14.591	6,96	13.938	6,37
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,2134	15.586	9,9	13.921	9,67
777	Esofagitis, gastroenteritis & trast. digestivos misceláneos edad < 18 sin CC	0,4346	13.880	3,42	13.779	3,28
629	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., diag. neonato normal	0,2387	12.807	2,93	13.099	2,73
371	Cesárea, sin complicaciones	0,8965	12.753	7,45	13.078	6,97
140	Angina de pecho	0,8999	12.194	7,51	12.791	7,14
410	Quimioterapia	1,0995	12.451	3,7	11.926	3,69
183	Esofagitis, gastroenteritis & trast. digest. misceláneos edad >17 sin cc	0,5754	11.783	6,31	11.911	6,19
175	Hemorragia gastrointestinal sin cc	0,8343	9.583	6,37	9.509	6,11
167	Apendicectomía sin diagnóstico ppal. complicado sin cc	0,8053	9.660	4,23	9.185	3,94
544	ICC & arritmia cardiaca con cc mayor	3,5415	6.133	11,92	8.320	11,43
55	Proc. misceláneos sobre oído, nariz, boca & garganta	0,6519	9.047*	2,95	8.140	2,77
15	Acc. isquémico trans. & oclusiones precerebrales	0,9255	7.358	8,62	8.071	7,98
379	Amenaza de aborto	0,4245	7.857	3,91	8.031	3,84
158	Procedimientos sobre ano & enterostomía sin cc	0,5935	7.907*	3,33	7.935	3,11
383	Otros diag. anteparto con complic. médicas	0,5872	7.238	3,80	7.848	3,71

Fuente: CMBD INSALUD.

(*) Los datos que difieren de los publicados anteriormente corresponden al cierre definitivo y están agrupados según la versión 14.1 de los GRD's.



Peso Medio de las Altas. INSALUD 1999



1998	■	1,18	1,29	1,42	1,57	1,20	1,39
1999	■	1,21	1,33	1,47	1,62	1,24	1,44
$\Delta \bar{v}$ 99/98		0,03	0,04	0,05	0,05	0,04	0,05
$\Delta \bar{v} \% 99/98$		2,54	3,10	3,52	3,18	3,33	3,60

Fuente: CMBD INSA 1999.

La complejidad de la casuística de hospitalización del conjunto del INSALUD, medida a través del Peso medio, ha aumentado. Así el Peso medio de las altas ha pasado de 1,39 al cierre de 1998, a 1,44 al cierre de 1999. Este incremento está indudablemente relacionado con la mejora en la calidad de la codificación, pero también con la mayor complejidad relativa de la casuística ingresada. Así, como ya antes se expuso, en 1999 ha aumentado el número de casos de varios GRD, de peso superior a la unidad, no sujetos a variaciones de la codificación, y sí debidos a una mayor actividad en las correspondientes líneas: GRD 541 (refleja el aumento de ingresos de patología respiratoria habido en los primeros meses del año), GRD 209 y GRD 127.

En la misma tabla puede observarse cómo, en general, también disminuye la actividad en GRD correspondientes a cirugía ambulatoria (39, 175) y procesos susceptibles de ser atendidos en hospital de día (GRD 410, quimioterapia).

Finalmente, en la tabla también se refleja la estancia media de cada proceso, lo que permite observar que, en general, se ha producido durante 1999 una reducción en la estancia media de todos los procesos, incluso de aquellos que siguen experimentando un incremento del porcentaje de los que se realizan ambulatoriamente (GRD 39, procedimientos sobre cristalino).



Cirugía Ambulatoria

En 1999, por primera vez y como consecuencia del cambio en el sistema de financiación de la cirugía mayor ambulatoria (de financiarse por tarifa fija pasa a financiarse por proceso), 72 de los 76 hospitales con actividad quirúrgica han cumplimentado el denominado fichero de Cirugía Ambulatoria. En total se codificaron 181.009

procesos. Utilizando el mismo agrupador que en el análisis de la casuística de hospitalización, un 3,3% de los procesos resultaron inagrupables.

En la tabla siguiente se reflejan el peso y el número de casos de los 25 procesos más frecuentes realizados bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, que representan casi el 80% del total de casos válidos codificados.

25 GRD más frecuentes de Cirugía Ambulatoria (total INSALUD) 1999

GRD	Descripción	Peso	Altas	% sobre total	% acumulado
270	Otros procedimientos sobre piel, t. subcutáneo & mama sin cc	0,9575	29.061	15,94	15,94
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	0,8158	28.680	15,73	31,66
40	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad > 17	0,6561	9.366	5,14	36,80
266	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis sin cc	1,3681	6.960	3,82	40,61
351	Esterilización, varón	0,2522	6.161	3,38	43,99
284	Trastornos menores de la piel sin cc	0,5863	5.680	3,11	47,11
342	Circuncisión edad > 17	0,6254	5.412	2,97	50,07
60	Amigdalectomía y/o adenoidectomía sólo, edad < 18	0,5031	4.201	2,30	52,38
364	Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia maligna	0,6057	3.919	2,15	54,53
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad > 17 sin cc	0,6691	3.860	2,12	56,64
229	Proc. sobre mano o muñeca, excepto proc. mayores s. articulación sin cc	0,8259	3.739	2,05	58,69
369	Trastornos menstruales y otros probl. de aparato genital femenino	0,3825	3.238	1,78	60,47
231	Excisión local y eliminación disp. fijación interna excepto cadera y fémur	1,3677	3.025	1,66	62,13
225	Procedimientos sobre el pie	1,1226	2.820	1,55	63,67
6	Liberación de túnel carpiano	0,6443	2.657	1,46	65,13
267	Procedimientos de región perianal y enfermedad pilonidal	0,5241	2.619	1,44	66,57
262	Biopsia de mama y excisión local por proceso no maligno	0,7095	2.379	1,30	67,87
343	Circuncisión edad < 18	0,3211	2.214	1,21	69,09
227	Procedimientos sobre tejidos blandos sin cc	0,9264	2.125	1,17	70,25
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin cc	0,5935	2.030	1,11	71,36
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	0,6519	1.970	1,08	72,44
319	Neoplasias de riñón y tracto urinario sin cc	0,7057	1.921	1,05	73,50
73	Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta edad > 17	0,707	1.816	1,00	74,49
187	Extracciones y reposiciones dentales	0,7456	1.476	0,81	75,30
256	Otros diagnósticos de sist. musculoesquelético y tejido conectivo	0,7288	1.437	0,9	76,09

Programa de reducción de las demoras

Demora quirúrgica

En 1999, el doble objetivo institucional de demora quirúrgica fue: a 31 de diciembre ningún paciente esperará más de seis meses y la demora media se situará en 60 días.

Los resultados alcanzados se resumen en:

- Los pacientes con espera superior a 6 meses a 31 de diciembre fueron 513.
- La demora media fue de 62 días.

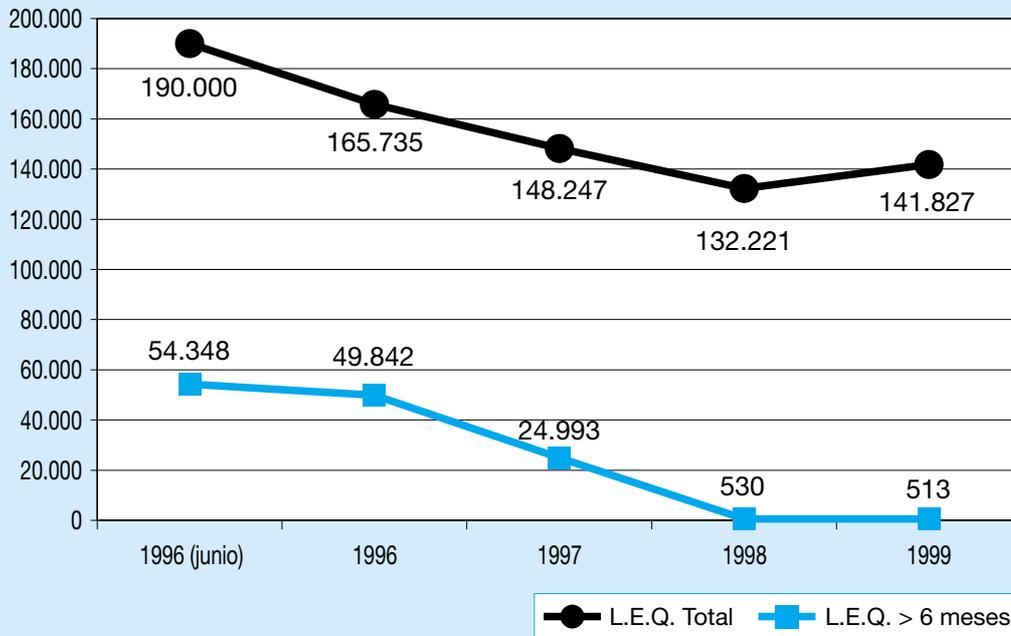
Frente al año anterior se produjo un ligero incremento de la lista de espera quirúrgica total atribuible a varios factores. De una parte la implantación efectiva de la Guía para la gestión

de la lista de espera quirúrgica que recoge la obligatoriedad de registrar todos los pacientes pendientes de cirugía programada. De otra, el incremento de actividad en consultas externas, y los menores tiempos de demora para cirugía programada han condicionado un aumento de la demanda como se evidencia por un aumento de las entradas en lista de espera (68.023 más que en 1998).

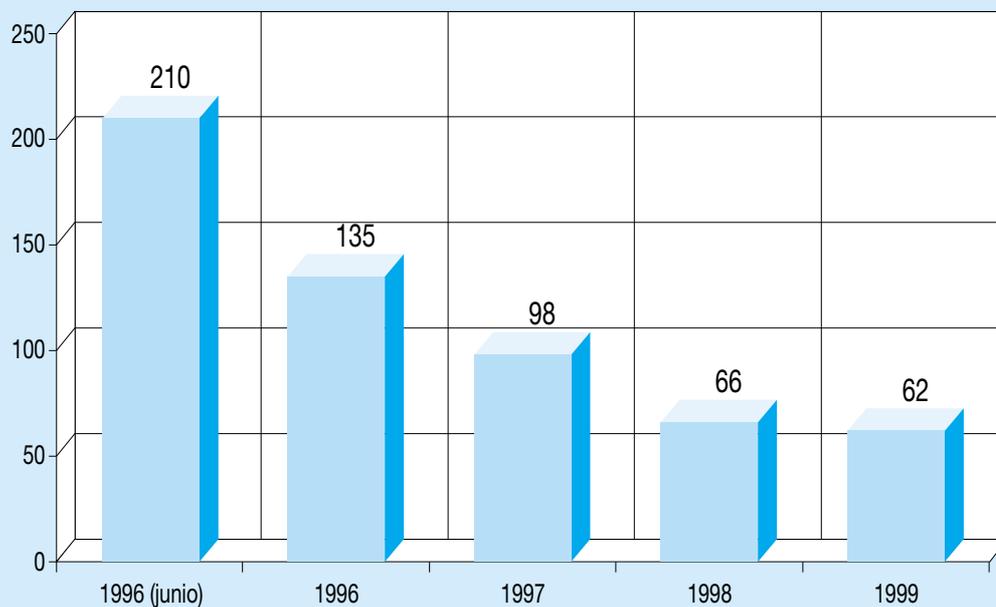
En los gráficos siguientes se refleja la evolución 1996-1999 de diversos indicadores relevantes en materia de gestión de lista de espera quirúrgica: lista de espera quirúrgica total, lista de espera superior a 6 meses, demora media y distribución porcentual del tipo de salidas por intervención de la lista de espera quirúrgica, que permite valorar en toda su amplitud los resultados del Plan de reducción de la demora quirúrgica implantado en 1996.



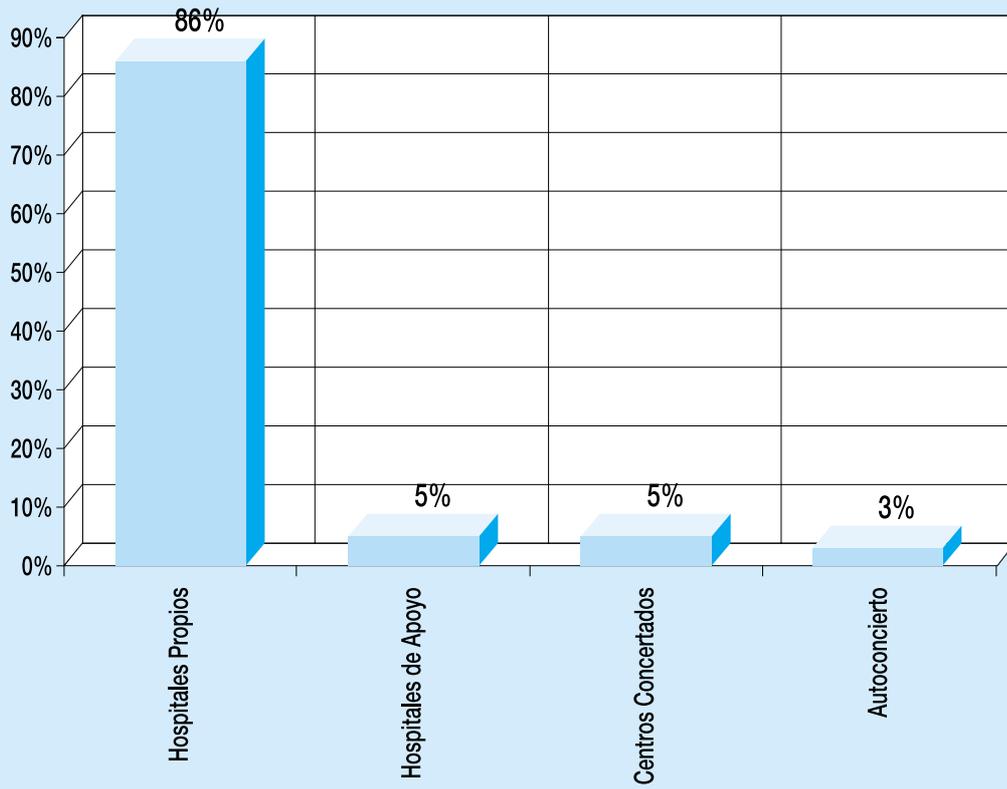
Evolución de la Lista de Espera Quirúrgica Datos a diciembre



Evolución de la Demora Media de la Lista de Espera Quirúrgica Datos a diciembre



Distribución de las Salidas por Intervención Quirúrgica año 1999





Demora en consultas

Durante 1999 se han sentado las bases de actuación de un programa cuatrienal orientado específicamente a reducir las demoras en consulta externa.

Las estrategias de actuación se han centrado en:

- Mejorar el sistema de información: Se ha diseñado un sistema de información, similar al previamente desarrollado para la lista de espera quirúrgica, que permitirá disponer de información ágil, completa y fiable de la demanda y actividad en el área de consultas externas. Este sistema de información se generalizará a todos los hospitales merced al Programa de Renovación de las Tecnologías (informatización de los hospitales y centros de salud).
- Elaborar una Guía de gestión de las consultas externas en colaboración con Direcciones Médicas, Servicios de Admisión y profesionales de los hospitales.
- Realizar auditorías de las consultas externas de los hospitales, mediante un protocolo diseñado conjuntamente por las Subdirecciones Generales de Atención Especializada y de Inspección Sanitaria, y ejecutado por esta última. El objetivo de estas auditorías, además de validar la información remitida por los hospitales,

es detectar problemas de organización y funcionamiento de las consultas que permitan la adopción de medidas correctoras eficaces.

- Aumentar la implicación de Atención Primaria en la consecución de los objetivos de demora, a través de la potenciación del pacto de derivación como indicador de resolución en Atención Primaria y coordinación entre niveles asistenciales.
- Aumentar la actividad en el área de consultas, como se expuso en el apartado de actividad asistencial.

Hasta el momento el indicador de demora utilizado, la clásicamente denominada demora media, y en la actualidad denominada demora prospectiva o capacidad de absorción expresada en días, se define como: pacientes pendientes de ser vistos dividido por el promedio de actividad mensual y multiplicado por 30. Este indicador es, en la actualidad, el único disponible en todos los hospitales y comparable con años anteriores.

Los resultados preliminares alcanzados indican que la demora media se ha situado en 25 días, frente a los 29 existentes al cierre de 1998. Por otra parte, los pacientes con espera superior a 90 días eran al cierre del ejercicio 34.163 (el 7,9% de los citados), lo que supone una reducción de un 5% frente al año 1998.

Plan Integral de Atención a la Mujer

El Plan Integral de Atención a la Mujer, que se inició en el año 98, ha tenido su desarrollo a lo largo del 1999, con los Convenios firmados con las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Extremadura, La

Rioja, Madrid, Murcia, Ceuta y Melilla, para la colaboración del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Castilla y León efectúan su propio programa independientemente del INSALUD. El grado de cobertura alcanzado en 1999 en los diferentes programas ha sido:

Plan Integral de Atención a la Mujer			
Programas	Coberturas		
	1998 Personas incluidas	1999 Personas incluidas	▲▼ 99/98
Diagnóstico precoz de cáncer de mama	437.789	497.288	59.499
Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	1.016.480	1.157.407	140.926
Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	628.519	701.362	72.843
Inf. y seg. de métodos anticonceptivos	930.010	1.042.680	112.670
Embarazo, parto y puerperio			
• Capt. y valoración de la mujer embarazada	83.466	92.864	9.398
• Seguimiento de la mujer embarazada	59.151	63.164	4.013
• Preparación al parto	68.005	71.661	3.656
• Analgesia epidural	12.380	25.629	12.799
• Visita en el primer mes de postparto	68.227	76.550	8.322
Atención al climaterio	142.410	229.556	87.145

Global del año. Con el desarrollo progresivo de la Analgesia Epidural, en diciembre de 1999 se ofertó la analgesia epidural a un 58% de las embarazadas y se realizó en un 42% de los partos vaginales. En los Hospitales del Grupo IV la oferta se realizó al 83% de las embarazadas y se materializó en un 62% de los casos.



Prestación farmacéutica

Datos generales de consumo

En 1999, el consumo farmacéutico a través de recetas médicas (dispensadas de enero a diciembre) ascendió a 400.738 millones de pesetas, de los que el beneficiario activo aportó un 7,62% y el INSALUD 370.219 millones, es decir, el 92,38% restante.

Los crecimientos respecto del año anterior son de un 9,55% en importe y un 10,01% en gasto. Estos incrementos muestran una modificación a la baja respecto de los correspondientes a 1998/1997, debido en gran parte a la bajada del margen de los almacenes de distribución de

especialidades farmacéuticas (Real Decreto-Ley 6/1999, de 16 de abril) y, en menor proporción, por la reducción el precio industrial máximo de las especialidades farmacéuticas, ya que entró en vigor a efectos de la facturación de noviembre de 1999 (Real Decreto-Ley 12/1999, de 31 de julio).

El número de recetas dispensadas en el ámbito INSALUD durante 1999 ha sido de 206 millones, con un incremento del 2,32% respecto del año anterior.

El gasto medio por receta del INSALUD se sitúa en 1.797 pesetas.

En la tabla siguiente se facilitan los datos mes a mes y el acumulado anual, observándose la irregular evolución a lo largo del año.

Gasto por receta

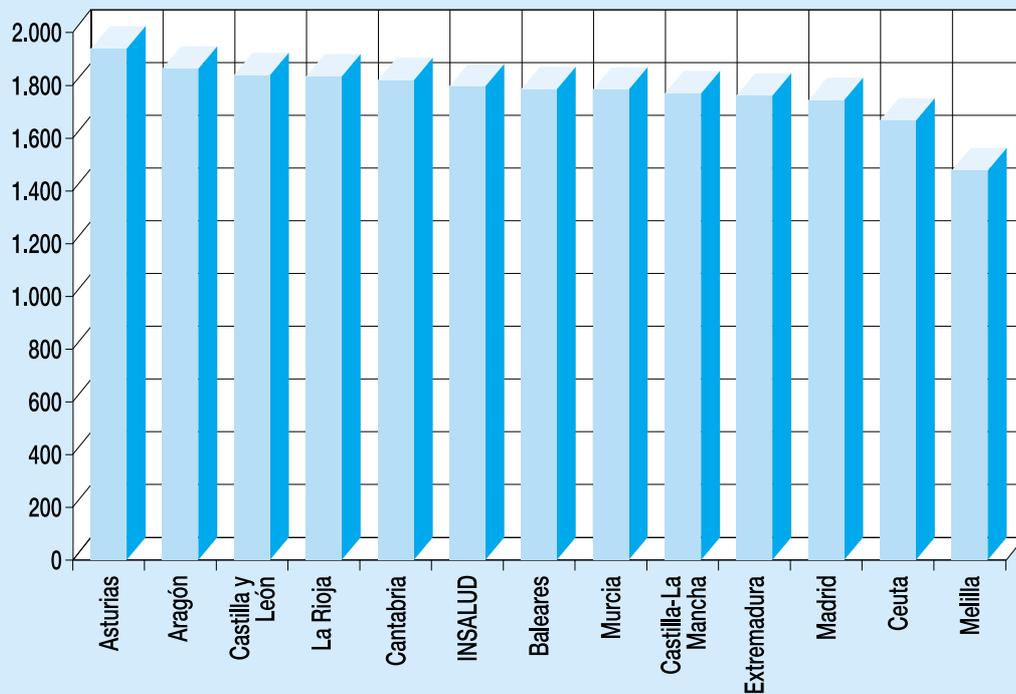
	Activos				Pensionistas				Total			
	1999	1998	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98	1999	1998	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98	1999	1998	▲▼ 99/98	% ▲▼ 99/98
Enero	1.223	1.140	83	7,32	1.944	1.750	194	11,08	1.693	1.541	152	9,83
Febrero	1.253	1.119	135	12,03	1.966	1.759	207	11,75	1.716	1.533	182	11,88
Marzo	1.372	1.195	177	14,77	2.012	1.797	216	12,00	1.802	1.591	211	13,25
Abril	1.402	1.254	148	11,81	2.028	1.826	202	11,09	1.828	1.638	190	11,61
Mayo	1.401	1.256	145	11,56	2.046	1.850	196	10,59	1.835	1.651	184	11,17
Junio	1.409	1.285	125	9,73	2.027	1.862	164	8,82	1.833	1.672	161	9,63
Julio	1.468	1.356	112	8,29	2.035	1.875	160	8,52	1.866	1.714	152	8,84
Agosto	1.401	1.285	115	8,98	2.014	1.844	170	9,23	1.836	1.678	158	9,43
Septiembre	1.417	1.377	40	2,91	2.019	1.941	79	4,05	1.839	1.768	71	4,03
Octubre	1.380	1.350	30	2,23	2.038	1.948	90	4,64	1.829	1.755	73	4,18
Noviembre	1.315	1.372	-57	-4,17	1.961	1.975	-15	-0,76	1.754	1.781	-27	-1,50
Diciembre	1.283	1.341	-58	-4,33	1.976	1.981	-5	-0,25	1.750	1.770	-20	-1,15
Acumulado	1.354	1.271	83	6,53	2.006	1.866	140	7,50	1.797	1.672	126	7,51

Existe una amplia variación en el gasto medio por receta entre las diferentes Comunidades Autónomas, tal y como queda reflejado en el

gráfico que se acompaña, correspondiendo el valor mínimo a Melilla con 1.478 pesetas, y el máximo a Asturias con 1.940 pesetas.

Gasto Medio por Receta

(Por Comunidades Autónomas)
Año 1999



Pesetas	1.940	1.863	1.839	1.834	1.820	1.797	1.785	1.784	1.770	1.761	1.744	1.667	1.478
---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fuente: Resumen mensual de los Partes Estadísticos de Facturación.



En los datos de consumo del INSALUD y los del conjunto restante del Sistema Nacional de Salud, se aprecian comportamientos similares.

Consumo farmacéutico en recetas médicas año 1999			
Consumo farmacéutico	INSALUD	Resto S.N.S.	S.N.S.
Importe PVP (millones)	400.738	722.983	1.123.722
% ▲▼ 99/98	9,55	9,50	9,51
Gasto Facturado (millones)	370.219	670.816	1.041.035
% ▲▼ 99/98	10,01	9,92	9,95
Recetas (miles)	206.002	363.473	569.475
% ▲▼ 99/98	2,32	0,86	1,38
Gasto medio receta	1.797	1.846	1.828
% ▲▼ 99/98	7,51	9,04	8,45
% Aportación s/total PVP	7,62	7,22	7,36

Fuente: Resumen mensual de los Partes Estadísticos de Facturación.

Datos de consumo de persona protegida

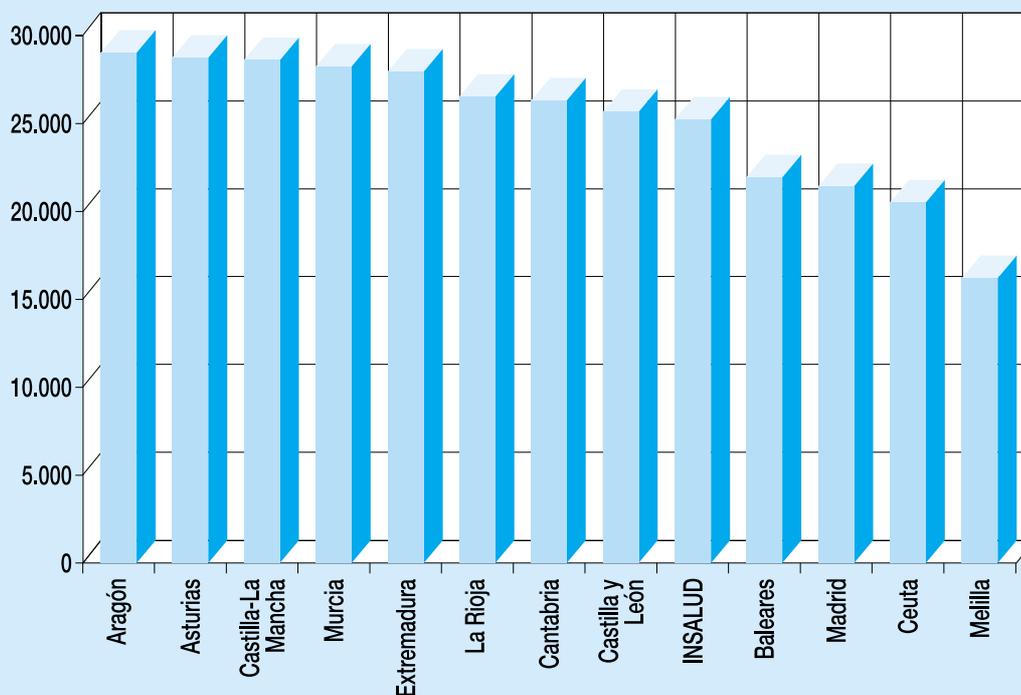
El Instituto Nacional de la Salud ha tenido en 1999 un gasto medio anual por persona protegida de 25.253 pesetas a través de recetas médicas. Este indicador presenta importantes

diferencias entre las Comunidades Autónomas en su ámbito de gestión, tal y como queda reflejado en el gráfico que a continuación se recoge. Aragón tiene un gasto por persona protegida muy elevado, 29.042 pesetas, mientras que Melilla desciende a 16.220 pesetas.

Gasto Farmacéutico / Persona protegida

(Por Comunidades Autónomas)

Año 1999



Pesetas	29.042	28.744	28.615	28.266	27.984	26.524	26.295	25.706	25.253	21.944	21.434	20.486	16.220
---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

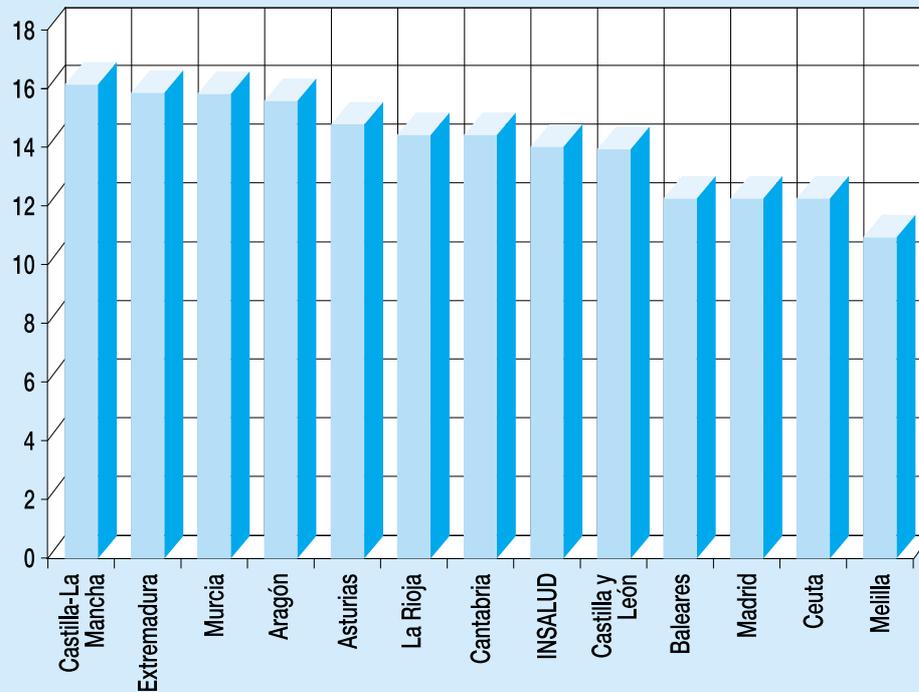
El número medio anual de recetas por persona protegida en 1999 en el ámbito del INSALUD ha sido de 14,05. Melilla y Castilla-La Mancha son

las Comunidades Autónomas con menor y mayor utilización de recetas por año y persona protegida, con un 10,97 y 16,17, respectivamente.



Número de Recetas / Persona Protegida

(Por Comunidades Autónomas)
Año 1999



Número de recetas / Persona Protegida	16,17	15,89	15,85	15,59	14,82	14,46	14,45	14,05	13,98	12,29	12,29	12,29	10,97
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Prestación ortoprotésica

Según la evaluación realizada en 1999, en el año 1998 la financiación de artículos contenidos en el

Catálogo de Material Ortoprotésico, en gasto real, ascendió a 2.784.903.996 pesetas que representa 194 pesetas por habitante y un incremento del 5,91% respecto del año anterior.

	Gasto real 1988 (ptas.)	% ▲▼ 99/98	Gasto real/ habitante (ptas.) (1)
Prótesis y órtesis	1.990.523.462	4,49	139
Sillas de ruedas	794.380.534	9,64	55

(1) Población Tarjeta Sanitaria 1998.

Gasto real por habitante en pesetas (1)

	Prótesis y órtesis	Sillas de ruedas	Total prestación
Aragón	157	76	233
Asturias	120	73	192
Baleares	90	44	134
Cantabria	170	79	250
Castilla-La Mancha	147	50	197
Castilla y León	158	65	223
Extremadura	154	70	224
Madrid	115	32	147
Murcia	201	76	277
La Rioja	134	102	236
Ceuta	100	59	159
Melilla	99	63	162

(1) Población Tarjeta Sanitaria 1998.

Actividades de gestión para mejorar los servicios y prestaciones



Actividades de gestión para mejorar los servicios y las prestaciones

Dirigidas a los usuarios

A fin de que el ciudadano perciba el sistema sanitario como un conjunto eficaz de niveles interrelacionados y coordinados, los Centros de Salud disponen de una Unidad Administrativa, concebida como una "oficina de usuarios". En estas unidades, además de realizarse las labores administrativas inherentes a la propia asistencia, se facilita información sobre el conjunto de los servicios sanitarios y se oferta al usuario la posibilidad de tramitar desde ellas la mayor parte de las solicitudes de prestaciones. A modo de resumen, las tareas fundamentales que desarrollan son:

- Información sobre el Sistema Sanitario y las condiciones de acceso y utilización de los servicios.
- Tramitación de la Tarjeta Sanitaria y adscripción de médico de familia y pediatra.
- Citación, tanto para los servicios de Atención Primaria como para los de Atención Especializada (interconsulta).
- Recepción y traslado a la unidad competente de la documentación precisa para cualquier trámite relacionado con la asistencia sanitaria y prestaciones complementarias.
- Recepción y curso de reclamaciones y sugerencias.

El volumen de actividad de 1999, en grandes cifras, se resume como sigue:

Prestaciones	Volumen de tramitación
Cita Atención Primaria	92,2 millones
Cita Atención Especializada	5 millones
TSI/Aseguramiento	1,4 millones
Elección de médico	986.704
Visado de recetas	1,7 millones
Reclamaciones	20.163
Otras prestaciones	247.540

La valoración de los usuarios sobre el personal que atiende las Unidades, recogida por encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas, es muy positiva, de tal modo que el 87% de los encuestados considera que el personal administrativo es eficaz en su trabajo y el 85% percibe un trato amable en su contacto con ellos.

Organización del acceso a los Servicios Sanitarios del INSALUD

Identificación de los usuarios y registro en la base de datos de usuarios del INSALUD

La Tarjeta Sanitaria Individual de la que se dota a cada persona protegida en el ámbito del INSALUD, constituye una garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones sanitarias a las que tengan derecho, independientemente del título por el que lo hayan adquirido. Además, identifica personalmente a cada usuario y aporta la información básica imprescindible para la ordenación y prestación de la asistencia; es decir, la relativa al Área Sanitaria, centro y facultativo de atención primaria que tienen asignada la atención sanitaria del titular de la tarjeta.

La TSI y la base de datos que la sustenta, proporcionan un sistema unívoco de identificación del usuario y de registro de las actuaciones sanitarias, indispensable para la coordinación entre niveles asistenciales, tanto en el manejo conjunto de los procesos clínicos como en cuantas transacciones clínicas se realicen.

En 1999 se ha incorporado una nueva aplicación informática que integra todo el proceso de gestión y explotación de la TSI y se han generalizado los mecanismos de lectura automatizada de la misma en los centros de Atención Primaria.

Las Unidades Administrativas de los centros de salud informan y tramitan la emisión de este documento, de uso obligatorio para el acceso a los servicios sanitarios a partir de la Resolución

de 23 de julio de 1998 de la Presidencia ejecutiva del INSALUD (BOE 187 de 6 de agosto).

Acceso a las consultas del Centro de Salud

La práctica totalidad de los Centros de Atención Primaria disponen del servicio de Cita Previa para el médico de familia y pediatra. El 86% de los usuarios acceden a las consultas tras tener concertada su cita. El 14% restante corresponde a usuarios del medio rural disperso, donde la consulta médica se realiza en el consultorio rural y la implantación de un sistema de citación previa no aporta realmente ninguna ventaja al ciudadano.

Un 60% de los usuarios solicitan hora a través del teléfono de forma habitual, mientras que el 17% acude previamente al mostrador de su Centro. Un 23% utiliza indistintamente cualquiera de los dos procedimientos mencionados.

El tiempo medio que los usuarios de INSALUD esperaron para entrar en una consulta previamente citada de Atención Primaria fue, en 1999, de 11,6 minutos (10,8 minutos en 1998). El 74,8% de los usuarios esperaron menos de 15 minutos para acceder a la consulta en la que estaban citados y solamente un 8,8% de los usuarios esperó más de 30 minutos. Sin embargo, sólo un 56% de los usuarios consideró, según resultados de la Encuesta de Satisfacción realizada por el CIS, haber esperado poco o muy poco tiempo, lo cual revela un elevado nivel de exigencia de los usuarios en este aspecto.

El objetivo del INSALUD es que el porcentaje de usuarios que esperan más de 30 minutos no supere, en ningún caso, el 5%.



El tiempo medio que duró la consulta, previamente citada con el médico en Atención Primaria, fue de 6,8 minutos en 1999 (6,6 minutos en 1998).

Acceso a las Consultas de Atención Especializada

Durante 1999 se tramitaron, a través de las Unidades Administrativas de Atención Primaria, alrededor de 5 millones de citas con facultativos de Atención Especializada, incluyendo tanto interconsultas solicitadas por el médico de Atención Primaria como revisiones ordenadas por los especialistas. Este servicio supone evitar desplazamientos a los Hospitales o Centros de Especialidades a los usuarios, con el consiguiente ahorro de molestias y tiempo.

Consulta a domicilio

La solicitud de atención domiciliar se realiza igualmente en las Unidades Administrativas de los centros. Un 20% de los usuarios demandaron en 1999 la asistencia del médico o la enfermera en su lugar de residencia. Esta demanda espontánea, junto con las actividades programadas por los profesionales para la atención domiciliar de los pacientes, supuso 7.685.851 consultas (2.407.045 consultas de facultativos y 5.278.806 consultas de enfermería) y constituye el máximo exponente de accesibilidad al sistema sanitario. El 95% de los usuarios atendidos a domicilio manifiestan estar satisfechos con este servicio, según la encuesta del CIS.

Libre elección de Médico General y Pediatra

Cada usuario tiene asignado un médico de familia o pediatra que asume la atención general

del paciente y determina el acceso del mismo a los servicios especializados. Los usuarios del INSALUD tienen la posibilidad de elegir al médico de familia y pediatra, en función de lo establecido en el Real Decreto 1575/93. A lo largo de 1999, el 6,7% de los usuarios (985.825 personas) eligieron nuevo médico. El principal motivo fue el cambio de domicilio del usuario (61% del total). Tan sólo 879 de las solicitudes que se presentaron fueron denegadas, bien porque el cupo del facultativo tenía ya asignado un número de usuarios por encima del límite óptimo o máximo, bien por estar situada la residencia del solicitante fuera de la Zona Básica de Salud en la que ejerce el facultativo elegido.

Sugerencias y reclamaciones en Atención Primaria

Durante 1999 se recibieron 20.163 reclamaciones de los usuarios sobre los centros y servicios de Atención Primaria (1,3/1.000 habitantes). En su mayor parte estuvieron relacionadas con aspectos normativos y organizativos, fundamentalmente relativos a asignación/cambio de médico (13%), demoras en la asistencia (11%), dificultades de contacto telefónico (7%) y trato personal (7%). El 78% fueron respondidas en un tiempo inferior a 30 días.

Dirigidas a los profesionales

Pactos con las Organizaciones Sindicales

A lo largo de 1999 se ha continuado la línea de trabajo de colaboración con las Organizaciones Sindicales, habiéndose mantenido múltiples reuniones, tanto de Mesa Sectorial como de

Grupo de Trabajo, suscribiéndose los siguientes Pactos:

- **Pacto de 17-06-99** entre la Administración —INSALUD— y las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, CC.OO., U.G.T., CSI-CSIF y S.A.E. sobre permisos, secciones sindicales y uso del crédito horario para la realización de funciones sindicales y de representación del personal al servicio de las instituciones sanitarias.
- **Acuerdo de 17-06-99** entre la Administración —INSALUD— y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre diversos asuntos relacionados con la mejora de prestaciones e implantación de nuevos servicios en Atención Primaria.
- **Pacto de 17-06-99** suscrito entre la Administración —INSALUD— y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre productividad fija de personal en Atención Primaria.
- **Pacto de 13-10-99** por el que se modifica el baremo de méritos que se venía aplicando en los concursos de traslado de personal estatutario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- **Pacto de 23-11-99** por el que se modifica el firmado el 17-6-99 sobre permisos, secciones sindicales y uso del crédito horario para la realización de funciones sindicales y de representación del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias del INSALUD.
- **Pacto de 23-11-99** sobre oferta y consolidación de empleo 2000-2002.

- **Pacto de 23-11-99** por el que se aprueban las bases de las convocatorias y los correspondientes baremos de méritos de los concursos-oposición de diferentes categorías de personal facultativo, sanitario no facultativo y no sanitario de las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD.

Procesos selectivos

El Real Decreto 521/1999, de 26 de marzo, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público para 1999, dispone en su artículo 11.3 la autorización al Instituto Nacional de la Salud para la convocatoria de pruebas selectivas para personal estatutario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social hasta un máximo de 1.271 plazas de personal facultativo, 3.800 de personal sanitario no facultativo y 2.500 de personal no sanitario, cubiertas actualmente con personal temporal.

En materia de Oferta de Empleo Público se puede hacer constar que por Orden de 3 de diciembre de 1999 se convocaron pruebas selectivas para ingreso en la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, incluyéndose un total de 52 plazas, 5 de ellas para el Instituto Nacional de la Salud.

Mediante Resoluciones de 15 de octubre de 1999, la Dirección General de Recursos Humanos convocó a concurso de traslados un total de 5.798 plazas, con la siguiente distribución:

- Personal facultativo: 1.110 plazas.
- Personal sanitario no facultativo: 2.791 plazas.
- Personal no sanitario: 1.895 plazas.



Con fecha de 9 de diciembre de 1999 (BOE del día 14) y mediante nuevas Resoluciones de la Dirección General de Recursos Humanos, se procedió a la publicación de las Bases Comunes que regirán las convocatorias de concursos oposiciones descentralizados de 1.500 plazas de Auxiliares Administrativos, 1.000 de Celadores, y 1.090 de Auxiliares de Enfermería.

Por otro lado, y con esta misma fecha, se publicaron convocatorias de concursos oposiciones para el acceso libre a 1.110 plazas de personal facultativo en Atención Primaria (750 de Médicos de Familia, 200 de Especialistas en Pediatría-Puericultura, 40 de Farmacéuticos y 120 de Odontólogos/Estomatólogos) y 2.710 plazas de personal sanitario no facultativo de Atención Primaria y Atención Especializada (1.800 de ATS/DUE, 160 de Fisioterapeutas, 400 de Técnicos Especialistas de Laboratorio, 250 de Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico y 100 de Higienistas Dentales).

De acuerdo con lo previsto en el Real Decreto de aprobación de la Oferta de Empleo Público para 1999, se ha incluido en la página web la información relativa a las convocatorias y los actos derivados de las mismas.

Durante el año 1999 se han venido desarrollando las pruebas selectivas correspondientes a la Oferta de Empleo Público del año 1997 de las categorías de Gestión de la Función Administrativa, Auxiliares Administrativos, Celadores, Calefactores, Electricistas y Pinches.

Prevención de Riesgos Laborales

El 18 de diciembre de 1998 se firma en la Mesa Sectorial de Sanidad el Pacto sobre la

constitución de los Servicios de Prevención en el ámbito del INSALUD, y el 28 de abril de 1999, por Resolución de la Presidencia Ejecutiva, se dictan Instrucciones para la constitución de estos Servicios. Durante todo el año 1999 se han llevado a cabo una serie de actuaciones tendentes a implantarlos en todos los Centros, objetivo que se ha conseguido en muy diferentes grados en los Hospitales donde han de ubicarse.

El número de Servicios a constituir es de 56, lo que supone unos efectivos de 111 facultativos, 111 ATS/DUE, 76 Técnicos con funciones de nivel superior y 56 Técnicos con funciones de nivel intermedio.

Los Servicios de Prevención con carácter general tienen ámbito de Área de Salud y en su actuación deben incluirse tanto los profesionales de Atención Primaria como los de Especializada. Se ha optado por facilitar y potenciar la incorporación a los mismos del personal de las plantillas de las Áreas y solamente en un segundo momento se recurrirá a la incorporación de personal ajeno.

Participación e incentivación

Atención Primaria

Durante 1999 formalizaron Contrato de Gestión Clínico el 91% de los Equipos de Atención Primaria, lo que supuso la implicación en la asunción de objetivos de 28.558 profesionales de Atención Primaria.

La evaluación del cumplimiento del Contrato de Gestión Clínico se basa en aspectos de coberturas de servicios, calidad científico-técnica, calidad percibida y utilización de recursos.

El 40% de los EAP firmantes alcanzan los pactos de cobertura de servicios y presupuestarios, lo que permitirá la percepción de incentivos a unos 13.000 profesionales aproximadamente.

Atención Especializada

Este aspecto se ha desarrollado a través de los proyectos de descentralización de la gestión, mediante la acreditación de Unidades de Gestión Clínica e Institutos, uno de cuyos principales objetivos es promover la implicación de los profesionales en la gestión y la descentralización en la toma de decisiones, y, por otra parte, en la línea de participación de los profesionales, a través de líderes de opinión de los propios hospitales del INSALUD y de representantes de las Sociedades Científicas, se han constituido varios grupos de trabajo, con la finalidad de elaborar Guías de organización y funcionamiento de diversos servicios. Así a lo largo del año se ha trabajado en las siguientes Guías:

- Ordenación de recursos en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (en fase de publicación).
- Guía de gestión de las consultas externas (en fase de publicación).
- Guía de organización y funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social (en desarrollo).
- Guía de organización y funcionamiento de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (en fase de publicación).
- Elaboración de una nueva encuesta de posthospitalización basada en las preferencias de los pacientes (en desarrollo).

- Guía de organización y funcionamiento de los servicios de Anatomía Patológica (en desarrollo).
- Criterios para el cálculo del coste de los productos del Servicio de Farmacia Hospitalaria (en desarrollo).
- Recomendaciones para la vigilancia de la infección hospitalaria (en fase de publicación).

Procedimientos

Desarrollo de herramientas de gestión

Reforma del Fondo de Maniobra

Como consecuencia de una propuesta normativa del INSALUD, la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, autorizó a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social a establecer el Sistema de Anticipos de Caja Fija, en los términos previstos en el artículo 79 del Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria, aprobado por Real Decreto Legislativo 1091/1988, de 23 de septiembre.

La solicitud de implantación del Sistema de Anticipos de Caja Fija en el INSALUD surgía de la necesidad de homologar a la Seguridad Social con la Administración del Estado, agilizar el actual mecanismo existente a través del Fondo de Maniobra y agilizar el pago a proveedores de pequeña cuantía, cuya excesiva demora se debe sobre todo a los diversos trámites de tipo administrativo y de control existentes.



Tras diversas reuniones con el resto de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, coordinados por la Intervención General de la Seguridad Social, se acordó como alternativa a la implantación del Sistema de Anticipos de Caja fija en el Sistema de la Seguridad Social, la reforma del actual Fondo de Maniobra, lo que supondría las siguientes ventajas:

- Utilización de la actual infraestructura física y de organización existente.
- Experiencia de trabajo acumulada.
- Su extensión a todos los gastos de Capítulo II y su posible extensión al resto de los Capítulos de gasto.

Actualmente los centros sanitarios y las Direcciones Provinciales disponen de un Fondo de Maniobra para pago de contratos menores, con las siguientes características: máximo disponible distinto para cada centro; los conceptos que pueden ser satisfechos a través del Fondo de Maniobra son muy limitados; los pagos están sometidos a intervención previa; estos Fondos tienen carácter anual y deben ser liquidados al final del ejercicio, constituyéndose un nuevo Fondo a comienzo del ejercicio.

La actual configuración del Fondo de Maniobra, por una parte, dificulta una gestión de gastos y pagos acorde a las necesidades actuales derivadas de la asunción de una mayor autonomía por los centros de gestión. Por otra parte, las necesidades de gestión demandan una mayor agilización en la adquisición de bienes corrientes y servicios, así como la introducción de mecanismos que aporten mejoras en los procesos de relación con proveedores.

Los gastos y pagos que se tramitan a través del Sistema de Fondo de Maniobra están sujetos a función interventora, a excepción, en su caso, de la fase de fiscalización previa (menores de 500.000 pesetas), lo que le hace perder agilidad en comparación con el procedimiento de anticipos de Caja Fija en el que dichos gastos y pagos están sometidos a un control más acorde con su regulación sustantiva.

A estos efectos, y tras los trabajos de reforma del marco jurídico vigente en la materia, se ha aprobado el Real Decreto 1891/1999, de 10 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento General de la Gestión Financiera de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1391/1995, de 4 de agosto.

Este Real Decreto configura un Fondo de Maniobra con estas características:

- Provisión de Fondos de carácter extrapresupuestario y permanente.
- Para la atención inmediata y posterior aplicación contable de los gastos de:
 - Capítulo II “Gastos Corrientes en Bienes y Servicios”.
 - Otros gastos que determine el Ordenador General de Pagos a propuesta del INSALUD.
- Su cuantía global para la totalidad de los centros del INSALUD no podrá exceder del 3% del total del presupuesto actual del Capítulo II. No obstante, el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales podrá elevar dicho porcentaje por razones fundadas o para situaciones imprevistas hasta el 7%.

- Con cargo al Fondo de Maniobra no podrán realizarse pagos individualizados superiores a 2 millones de pesetas, excepto teléfono, energía eléctrica, combustibles, dietas, comunicaciones postales y otros gastos que excepcionalmente autorice el Ordenador General de Pagos.
- Las unidades administrativas responsables de los Fondos de Maniobra rendirán cuentas justificativas de los gastos atendidos a medida que sus necesidades de tesorería aconsejen la reposición de los fondos utilizados y, necesariamente, en el mes de diciembre de cada año.

Mejoras en la organización y gestión de los Centros de Atención Primaria y Especializada

Unidad Central de Información

Siguiendo las líneas de actuación marcadas en el Plan Estratégico del INSALUD, en relación con los sistemas de información, a lo largo de los últimos años se han consolidado como herramientas eficaces de gestión de la información diferentes subsistemas de información asistencial, tales como el CMBD o la cartera de servicios; el objetivo que se persigue es el de conseguir un Sistema de Información Integrado, más eficiente y flexible.

En la actualidad, hay tres importantes proyectos en desarrollo con cuya implantación se puede considerar finalizada la integración de la totalidad de la información sobre Asistencia Especializada, tanto de los hospitales propios como concertados.

Dichos proyectos son:

Sistema de información de asistencia concertada

A lo largo de 1999 se ha desarrollado y puesto en funcionamiento un nuevo sistema de información para asistencia concertada con medios ajenos, implementándose una herramienta que gestionara, a partir del año 2000, de forma integral, todo el proceso de concertación conectando *on line* los Servicios Centrales del INSALUD (Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria y Subdirección General de Conciertos) con las Direcciones Territoriales/Provinciales.

El objetivo es el de mejorar la organización, gestión y evaluación de este tipo de asistencia, y las premisas de base para el trabajo han sido:

- Establecimiento de comunicación *on line* de los Servicios Centrales del INSALUD (Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria y Subdirección General de Conciertos) con las Direcciones Provinciales/Territoriales, permitiendo disponer en tiempo real de la información que se genera en los 70 puestos clientes con los que cuenta el sistema.
- Definición e inclusión en el sistema de la totalidad de las prestaciones contratadas bajo las distintas modalidades de conciertos, con un total de 2.053 prestaciones.
- Elaboración del censo de empresas concertadas, contando con 272 empresas, a parte de los hospitales concertados.
- Incorporación tanto de los contratos realizados por la Subdirección General de Conciertos (99 contratos) como los realizados por las



Direcciones Provinciales/Territoriales (203 contratos). En estos contratos están definidas las prestaciones y las distintas tarifas que se aplican.

- Asimismo, el aplicativo receptiona la facturación en las Direcciones Provinciales / Territoriales y realiza la gestión de pago previa validación de los parámetros definidos, disponiendo un módulo de seguimiento presupuestario.

En términos de información el sistema permite conocer en tiempo real los siguientes datos:

- Relación de censos concertados.
- Centros en los que se concierta una prestación.
- Tarifas a la que se contrata una misma prestación.
- Actividad facturada.
- Facturación por centro / prestación.
- Facturas rechazadas, etc.

Finalmente, en términos de gestión se consigue unificar todo el procedimiento de concertación, agiliza los diferentes procesos y facilita la comunicación entre los diferentes agentes implicados en dicha gestión.

Cartera de Servicios de Asistencia Especializada

Este sistema de información tiene como objetivos fundamentales disponer de un catálogo corporativo de técnicas y procedimientos de cada uno de los hospitales, conocer el equipamiento que requieren dichas

técnicas, así como los flujos establecidos de derivación a otros centros.

El número de técnicas definidas hasta el momento es de 14.000, agrupadas en 51 carteras, de las que 36 ya han sido enviadas a los hospitales y devueltas por éstos con un nivel de cumplimentación del 78% y otras 15 carteras están en fase previa de definición para el envío a los hospitales.

En la definición de cada una de las carteras han participado grupos de profesionales expertos vinculados al consejo de especialidades médicas y sociedades científicas, responsables de servicios clínicos y asistenciales de reconocido prestigio de cada una de las especialidades, reuniendo hasta el momento actual a más de 300 expertos.

Sistema de Información de Pacientes Ambulatorios en Asistencia Especializada (SIPAE)

En los últimos años, la Asistencia Especializada ha experimentado un cambio de notables consecuencias, viviéndose un gran incremento en el volumen de actividad que se realiza de forma ambulatoria. Ante dicha realidad, se hace necesario impulsar un nuevo sistema de información que permita conocer de forma precisa dicha actividad. El INSALUD, desde el año 1998, impulsa dicho sistema para la actividad quirúrgica sin ingreso que se realiza en sus centros, y así, en 1999 se logra que 72 de los 78 hospitales de la red que realizan este tipo de actividad, remitan el fichero al cierre del ejercicio. Sus principales resultados se incorporan en el apartado de actividad y análisis de la casuística de Atención Especializada.

En el año 1999, el SIPAE traspasa los límites de la cirugía sin ingreso, extendiéndose a toda la

actividad asistencial ambulatoria de los hospitales: consultas externas, hospital de día, urgencias, etc.

Las principales acciones llevadas a cabo en esa dirección han sido:

- La definición de un Modelo de Datos manteniendo la integridad con el modelo definido en el área de hospitalización, así como el mismo sistema de clasificación de enfermedades (CIE-9-MC).
- Definición de la Unidad de Información.
- Elección de un Modelo de Organización integrado en el sistema de información hospitalario.
- Pilotaje del sistema en cinco hospitales del INSALUD.

Es de destacar la firme apuesta de la organización por este nuevo sistema de información, manifestada por el hecho de su reconocimiento e inclusión en la Circular de Sistemas de información para el año 2000, donde se establece la remisión por parte de los hospitales, de un CMBD que engloba toda la actividad ambulatoria; el modelo de datos para su remisión es el establecido en el sistema SIPAE. En su inicio, se registrará, además de la actividad quirúrgica ambulatoria, determinadas técnicas especiales y procedimientos no quirúrgicos para, en un futuro, ir incorporando progresivamente el resto de la actividad ambulatoria.

Ampliación y actualización del Catálogo General de Material Sanitario del INSALUD

Continuando con las actuaciones iniciadas en años anteriores, se ha procedido a la ampliación y actualización del Catálogo General de Material Sanitario del INSALUD en tres grupos:

- Implantes Activos: Marcapasos y Desfibriladores (actualización).
- Prótesis de Digestivo (ampliación del Catálogo).
- Prótesis Vásculares (ampliación del Catálogo).

Prospecciones sobre consumo de recursos

A lo largo de 1999 se han realizado 3 prospecciones sobre consumo, precios de compra y gasto de productos de alto coste y especial relevancia asistencial, el objetivo es que cada hospital evalúe su nivel de compra y tenga todas las referencias precisas para comprar mejor.

Las prospecciones finalizadas han sido: *antirretrovirales* (grupo de productos farmacéuticos que comporta un elevado gasto sobre el conjunto del consumo farmacéutico de nuestros hospitales); los *Implantes Cocleares*, producto utilizado en algunos de nuestros hospitales de referencia, y que tiene un coste unitario muy elevado; y finalmente los *Contrastes Radiológicos*, que también supone un volumen de gasto muy importante, siendo utilizado a su vez en la totalidad de los hospitales de la red.

Gestión analítica

En el año 1998 se puso en marcha en el INSALUD el proyecto GECLIF (Gestión Clínico-



Financiera), que toma el testigo del proyecto SIGNO en una nueva concepción de la Gestión Analítica hospitalaria.

Este proyecto, tras una fase piloto, se consolida en el año 1999. GECLIF permite que la información clínica se combine con la económica y del conjunto resultante surge la medición y valoración del producto hospitalario. Así GECLIF permite obtener tanto el coste por servicio, como el coste por paciente y proceso hospitalario, calcular presupuestos por servicio, por Grupo Funcional Homogéneo (GFH) y proceso, medir eficiencia y calidad (utilización adecuada de recursos).

El objetivo general del proyecto GECLIF es mejorar la contabilidad analítica en los hospitales del INSALUD y su adaptación hasta llegar al coste por paciente, por ello los siguientes objetivos específicos son:

- Normalizar e integrar la información clínico-financiera hospitalaria.
- Disponer de bases de datos útiles para la gestión y presupuestación clínica.
- Determinar costes por actividad asistencial: paciente, proceso, consulta por especialidad, urgencias, exploraciones radiológicas, etc.
- Utilizar indicadores de eficiencia y que permitan la comparación entre hospitales.
- Crear grupos de trabajo con Sociedades Científicas para normalizar procedimientos.
- Impulsar la competencia regulada.

- Posibilitar en un futuro la facturación a costes reales de producción.

Las líneas de actuación del año 1999 se han basado fundamentalmente en:

- Cambios en la estructura de la contabilidad analítica: Con el fin de conocer el coste de los productos en las distintas áreas de producción hospitalaria, se han diferenciado los GFH, dentro de cada servicio clínico, en los siguientes: de consultas, hospitalización, docencia e investigación (estos dos últimos se abren si su coste tiene relevancia). De esta forma se conoce separadamente el coste de una consulta primera, consulta sucesiva, coste por alta, por UCH, por intervención quirúrgica ambulante, etc.
- Normalización de los criterios de imputación: Se han normalizado los criterios de asignación (incluyendo el coste de las amortizaciones) y homogeneizado la codificación y descripción de los distintos conceptos de costes propios, repercutidos y estructurales.
- Extensión del proyecto: Al finalizar el año, GECLIF estaba implantando en un total de 36 hospitales, representando una proporción del 45% del total de hospitales. De éstos, seis hospitales llevan los costes directamente al paciente, calculando el coste de los distintos procesos mediante la agregación del coste todos los pacientes dados de alta en cada proceso.
- Mejoras en la explotación de datos que permitan la comparación entre centros.
- Coordinación con el Plan de Renovación

Tecnológica: Durante el año 1999 se formó un grupo de trabajo entre miembros de la Subdirección General de Atención Especializada y responsables del Plan de Renovación Tecnológica, a fin de integrar los nuevos sistemas de información en los hospitales con los requerimientos del aplicativo de GECLIF, de manera que se establecieran las salidas necesarias para la descarga automática de datos.

- Homologación: El desarrollo de la Gestión Analítica en los distintos hospitales se mide a partir de tres niveles de homologación: Nivel I (máxima homologación), Nivel II (homologación media) y Nivel III (homologación mínima). Los hospitales están en uno de los tres niveles en función de su organización y gestión, criterios de imputación y estructura de la contabilidad analítica. De esta forma se puede medir el nivel de desarrollo de la contabilidad analítica en los hospitales.

Los resultados de homologación durante el año 1999 han sido los siguientes:

Nivel de homologación (N.º Hospitales)				
	I	II	III	No homologados
Grupo 1	0	14	8	0
Grupo 2	1	19	8	0
Grupo 3	0	5	3	1
Grupo 4	0	5	6	1
Grupo 5	0	5	3	0
INSALUD	1	48	28	2

Nueva política de compras del INSALUD

La compra de bienes y servicios se ha convertido en un elemento de gran importancia en la gestión sanitaria, no sólo por la necesidad de controlar y coordinar el gasto público, sino por la importancia que una buena gestión de compras tiene para la calidad del producto final, la eficacia del proceso asistencial y la situación financiera de los Centros del INSALUD.

Por ello, el INSALUD ha elaborado y aprobado durante 1998 una Política de Compras (de bienes y servicios) que, a través de directrices permanentemente actualizadas, se ha convertido en referencia obligada, integradora de los intereses solidarios de todos los Centros del INSALUD, de forma global y también pragmática.

La política natural de compras del INSALUD es promover y facilitar las actitudes corporativas, utilizando mecanismos de agrupación de compras para bienes y servicios comunes o de uso común y mecanismos integradores y solidarios en las compras individuales.

Para la definición de esta Política de Compras ha sido preciso:

- Por un lado, hacer una reflexión previa sobre el Marco Legal que define y regula el funcionamiento de la Corporación y sobre el Marco Institucional que define el escenario actual de la Corporación para esta materia: las propuestas del Plan Estratégico, la normativa sobre compras existente en el INSALUD y las características de la Red (Recursos Físicos y Económicos).



- Por otro, fijar los Principios Generales a los que debe someterse la actividad compradora del INSALUD, esto es:

- Los de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- La Autonomía de Gestión de los Centros.
- La Planificación.
- El Funcionamiento como Corporación.

- Finalmente, definir los objetivos que se pretenden alcanzar con una política de compras común. Objetivos que, bien pueden ser ventajas que se esperan obtener de su aplicación (Racionalización del gasto, Cohesión de los Centros, Agilización...) o bien puede ser, además de ventajas, necesidades de funcionamiento propios a una política común de compras (Catálogo de Productos, Profesionalización, Implicación del personal sanitario...).

A partir de ahí se han propuesto medidas concretas que definan esta Política de Compras y que se diferencian en tres etapas:

- *Previas a la contratación:* Medidas para la definición de los bienes y servicios, Planificación y Programación de las Compras de la Corporación.
- *En la Contratación:* Definición de procedimientos de adquisición de bienes y servicios con el criterio básico de primar la actitud corporativa en las compras del INSALUD, distinguiendo: las Compras Corporativas (Común, por Adopción de Tipo o por Acuerdos o Convenios) y la Compra Individual.

- *Posteriores a la Contratación:* Mecanismos para el control y seguimiento de las compras.

Durante el año 1999 se han desarrollado las siguientes acciones:

Contratación común (Millones de pesetas)	
1. Por ordenación de Recursos	
Equipos de Electromedicina	4.965
Informática	6.272
2. Por uso generalizado	
Gasóleo	2.200
3. Por equidad o seguridad corporativas	
Seguro de Responsabilidad Civil	1.793
Talonarios de Recetas	412
Gestión de Residuos	615
Total	16.257

Contratación por adopción de tipo (en millones de pesetas)	
Tiras reactivas	2.000
Bolsas colectoras de orina	310
Películas radiográficas	700
Dializadores	900
Guantes de cirugía y curas	1.000
Tarjeta sanitaria	350
Jeringuillas y agujas	250
Artículos de lencería	1.000
Carga viral	500
Gases medicinales	2.500
Total	9.010

En preparación:

- Acuerdo Marco de Medicamentos.
- Fluidoterapia.

- Reactivos de Laboratorio (Prescripciones Técnicas).
- Implantes (Contrato/Acuerdo Marco).

Gestión de la prestación farmacéutica

La gestión de la prestación farmacéutica en 1999 ha tenido como objetivo principal continuar incidiendo en una prescripción farmacológica basada en criterios de adecuación, efectividad, seguridad y economía.

Una de las principales herramientas con las que se ha contado ha sido la implicación de los profesionales sanitarios en este objetivo, a través de los contratos de gestión asistencial firmados entre los Equipos de Atención Primaria y las Gerencias de Atención Primaria.

Además, cabe citar las medidas estructurales adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre las que se encuentran:

- Real Decreto-Ley 6/1999, de 16 de abril, de Medidas Urgentes de Liberalización e incremento de la competencia, que reduce el margen de los almacenes de distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano de un 11% al 9,6% del precio de venta del almacén sin impuestos. Su entrada en vigor correspondió a la facturación del mes de junio de 1999.
- Real Decreto 1035/1999, de 10 de junio, por el que se establece el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. Se encuentra pendiente de su desarrollo.
- Real Decreto-Ley 12/1999, de 31 de julio, sobre Medidas Urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, que establece una reducción del precio industrial máximo de las especialidades farmacéuticas, entrando en vigor a efectos de facturación en el Sistema Nacional de Salud el 1 de noviembre de 1999.

Las principales líneas desarrolladas en el año 1999 se han centrado en determinados aspectos de mejora de la prescripción que se exponen en el apartado de uso racional del medicamento, así como en otros que a continuación se resumen:

- *Genéricos*: el Instituto Nacional de la Salud sigue estableciendo su línea directa de contacto entre la industria farmacéutica y los gestores sanitarios, con el fin de mantener actualizada la información de estos medicamentos y fomentar su prescripción.
- *Tiras reactivas para la determinación de glucosa*: durante 1999 se continúa con la adquisición por los centros dependientes del INSALUD de estas tiras para consumo interno y entrega a los pacientes. Esta adquisición se ha realizado mediante contratos de suministros derivados del Concurso de Determinación de Tipo 1/98, lo que supone un importante ahorro en la factura de estos productos.
- *Grabación de recetas médicas*: en 1998 fue convocado un concurso público para la contratación del servicio de grabación de recetas médicas facturadas al INSALUD por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Durante el mes de febrero de 1999 se comenzó a grabar por parte de esta empresa. Para validar esta información, se desarrolló un programa informático que



permitirá realizar la comprobación de la facturación que actualmente realizan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de cada provincia.

- *Comisión Central de Farmacia:* se reunió el 6 de julio de 1999. Se analizaron los aspectos más destacados sobre la calidad de la información derivada del proceso de facturación de recetas médicas en aplicación del nuevo concierto suscrito con las oficinas de farmacia en noviembre de 1998. En esta reunión, se alcanzó el acuerdo de remitir a las Comisiones Provinciales de Farmacia aquellos casos que estaban pendientes de resolución, aplicando los criterios de causas de devolución que se contemplan como novedosos en el vigente Concierto, y que son diferentes a los que en su momento motivaron su envío a la Comisión Central de Farmacia.
- *Facturación:* desde el comienzo del año 1999, el control y seguimiento de la información agregada de la facturación de recetas en el Sistema Nacional de Salud, se transfirió desde el INSALUD a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sin embargo, desde esta Subdirección General de Atención Primaria, se continúa realizando el proceso de control y validación de la facturación de recetas oficiales, para las provincias gestionadas por el INSALUD.
- *Absorbentes de incontinencia de orina:* el Instituto Nacional de la Salud ha seguido con las actuaciones específicas sobre estos productos, continuando con los descuentos aplicados sobre el PVP en la dispensación en oficinas de farmacia. Además, se ha seguido

con el suministro directo a residencias de tercera edad.

- *Productos dietoterápicos:* se continúan facturando a través de receta médica con visado previo de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- *Investigación sobre medicamentos:* durante 1999 se ha profundizado en esta línea de trabajo elaborándose proyectos normativos relativos a los ensayos clínicos y estudios postcomercialización en Atención Primaria.

Otras medidas de relevada importancia a nivel de la gestión provincial que se han mantenido en 1999 son: la coordinación de los dos ámbitos asistenciales; la normalización de la utilización de receta de atención especializada; el uso adecuado de los medicamentos en residencias de tercera edad y el seguimiento de los rechaces de facturación.

- Como publicaciones de soporte a la Gestión de la Prestación Farmacéutica, se ha elaborado el *Boletín de Indicadores de la Prestación Farmacéutica* en el Sistema Nacional de Salud y en el INSALUD y el folleto sobre *Prescripción de Fórmulas Magistrales*, en el INSALUD.

Durante todo el año se ha continuado con el desarrollo de la aplicación Digitalis, destinada a gestionar todos los aspectos relacionados con el consumo de medicamentos a través de receta en el ámbito del INSALUD. En este período las principales actuaciones se han centrado en adaptar el diseño a las novedades de gestión previstas para el año 2000 y en configurar un modelo de seguridad de esta información adaptado a los requisitos de la normativa vigente.

Por otro lado, se constituyó un grupo de expertos para establecer la DDD y la clasificación ATC en todas las especialidades farmacéuticas facturables con cargo al INSALUD. El fichero resultante de esta labor se incorporará al Nomenclátor de facturación de Digitalis y permitirá optimizar el análisis de la información sobre consumo farmacéutico que proporcionará esta aplicación.

Coordinación entre Atención Primaria y Especializada

En el ámbito de gestión del INSALUD se han puesto en marcha, en los últimos años, una serie de iniciativas orientadas a revisar y mejorar el sistema de coordinación entre primaria y especializada. Una de las medidas adoptadas es el establecimiento de un pacto de oferta-demanda de servicios entre los dos niveles asistenciales, que permita un ajuste entre la capacidad de respuesta del nivel especializado y los requerimientos de servicios que se generan en el primario.

De este modo, se suscribieron 86 pactos entre las gerencias de ambos niveles asistenciales que afectan, fundamentalmente, al número de Interconsultas a realizar por los médicos especialistas, a instancias de los facultativos de Atención Primaria.

En el año 1999, en este ámbito, se abordaron los objetivos y actuaciones expuestos a continuación:

1.º Mejorar los sistemas de información a través de:

- La integración en las bases de datos hospitalarios del código de identificación personal de tarjeta sanitaria.
- La revisión conjunta de los datos de

información asistencial, buscando la concordancia entre los dos niveles.

- La sistematización del contenido y circuitos de información que debe existir entre Primaria y Especializada.

2.º Mejorar la accesibilidad, con la puesta en marcha de la gestión de la cita con el especialista en el centro de salud. Este aspecto se desarrolla más adelante en el apartado relativo a la gestión de las agendas de consultas externas.

3.º Mejorar el proceso asistencial:

- Acordando conjuntamente la oferta de consultas por parte del hospital necesaria para cubrir la demanda de Atención Primaria.
- Estableciendo compromisos de tiempos máximos para la atención de determinados procesos.
- Potenciando la interconsulta docente entre especialistas y médicos de los centros de salud.
- Implantando de forma generalizada un catálogo de pruebas diagnósticas a las que tienen acceso libre los facultativos de Atención Primaria y que faciliten la capacidad de resolución de procesos en este nivel.
- Determinando los mecanismos de comunicación entre profesionales de enfermería para garantizar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.



- Mejorando la prescripción farmacéutica a través del uso de la Guía de Antimicrobianos en la Comunidad.

Así, se ha proseguido con el fomento de la capacidad de diagnóstico y control evolutivo de los pacientes en Atención Primaria. La aprobación de un amplio Catálogo Básico de Pruebas Diagnósticas, ofertadas por atención especializada para todos los médicos del primer nivel, dota de una gran homogeneidad en el

apoyo diagnóstico a los centros de salud, incrementando significativamente, en la mayoría de las Áreas, el repertorio de pruebas de acceso directo desde Atención Primaria.

Todo ello parece contribuir al cambio de tendencia en el crecimiento de la demanda de interconsulta especializada, que, como puede observarse en la tabla siguiente, ha contenido su avance incrementándose solamente en un 0,05% las solicitudes de 1999 respecto a la de 1998.

	1997		1998		1999	
	Derivaciones	Tasa/1.000 h.	Derivaciones	Tasa/1.000 h.	Derivaciones	Tasa/1.000 h.
Interconsultas	4.320.615	283	4.503.524	296	4.506.099	293
Laboratorio	5.021.737	329	5.387.194	354	5.618.326	365
Radiodiagnóstico	1.311.513	86	1.420.411	93	1.357.541	88

En cuanto a las Tasas de Pruebas de Laboratorio y Radiodiagnóstico, solicitadas por Atención Primaria, el incremento experimentado en el pasado año, probablemente como consecuencia de la progresiva implantación del Catálogo de Pruebas Diagnósticas, parece mantenerse, aunque con un crecimiento algo inferior (4%) con respecto al pasado año. No obstante, la demanda final desde atención primaria ha sido un 6% por debajo del volumen de pruebas de laboratorio pactado para este año. Asimismo, el consumo de estudios radiológicos ha sido un 18% inferior al volumen pactado.

Comisión Paritaria de Área de Atención Primaria y Especializada

Como elemento sustentador de la coordinación entre niveles, se creó, mediante la Circular 4/97 de 10 de abril, de la Dirección General de

Atención Primaria y Especializada, la Comisión Paritaria de Área entre cada Hospital y la Gerencia de Atención Primaria correspondiente, la cual, presidida por el Director Provincial del INSALUD, reúne a directivos y profesionales de uno y otro nivel y supone un foro importante de participación y toma de decisiones acordadas por consenso.

Existen 73 Comisiones Paritarias constituidas (100% de Hospitales y Gerencias de Atención Primaria del INSALUD) que, en conjunto, han celebrado 252 reuniones a lo largo de 1999 (38 sesiones más que en 1998). Además de los dos Grupos de Trabajo, constituidos en cada Comisión en cumplimiento de la Circular 4/97, han continuado reuniéndose otros Grupos que, por decisión de las diferentes Comisiones, han considerado preciso constituir para acometer el estudio de problemas de especial relevancia en

cada Área Sanitaria concreta. Además de ello, la elaboración por consenso entre profesionales de ambos niveles en cada Área de un importante número de protocolos para el manejo conjunto, de aquellos problemas clínicos, que suscitaron especial preocupación, supone una aportación notable a la mejor coordinación entre niveles, con impacto directo sobre la calidad asistencial recibida por el usuario.

Como sistemática de trabajo, estas Comisiones se abren a la participación de los distintos profesionales a través de la formación de grupos de trabajo para temas concretos, en los cuales durante el año 1999 han participado más de 2.000 profesionales de ambos niveles, destacando entre sus actuaciones:

- Puesta en marcha de protocolos para la atención de procesos frecuentes en el área.
- Seguimiento de los tiempos de demora en consultas externas y propuesta de medidas.
- Evaluación de los circuitos de información clínica entre Primaria y Especializada.
- Programas de seguimiento de las altas hospitalarias.
- La realización de informes sobre prescripción farmacéutica.
- La elaboración de Guías de uso de Antimicrobianos en la Comunidad.
- Evaluación del Plan Integral de Atención a la Mujer.
- Realización de las interconsultas y talleres docentes.
- Estudios de utilización de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

En la siguiente tabla se ve en qué medida las distintas Comisiones se han ocupado de los asuntos principales en materia de coordinación.

Comisiones paritarias que han abordado los principales temas de coordinación	%
Compromiso conjunto de oferta por parte del hospital y demanda de consultas desde Atención Primaria	100
Seguimiento y control del gasto farmacéutico en recetas en los dos niveles asistenciales	77
Puesta en marcha en el área de una Guía de uso de antimicrobianos	48
Establecimiento de mecanismos para garantizar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria	35
Valoración de la hoja interconsulta como mecanismo de transmisión de información clínica	48
Planificación y realización de actividades conjuntas de formación y coordinación para los profesionales de ambos niveles	48
Elaboración de protocolos clínicos consensuados para la atención de procesos frecuentes	60
Acuerdo de un catálogo de pruebas diagnósticas accesibles para Atención Primaria	85
Citación con el especialista a tiempo real desde el centro de salud	44
Incorporación del código de identificación personal de la tarjeta sanitaria a la base de datos de los hospitales	9
Puesta en marcha y seguimiento del Plan Integral de Atención a la Mujer	46
Preparación del protocolo para la atención a los pacientes de Alzheimer	12



Gestión de las Agendas de primeras consultas externas de especialidades desde Atención Primaria

Desde 1998, se ha iniciado la implantación progresiva de un programa dirigido a descentralizar la gestión del consumo de aquella parte de la actividad realizada por los médicos especialistas en primeras consultas, en respuesta a la demanda generada por los médicos de Atención Primaria, (que viene representando el 65% de la actividad de primeras consultas de los especialistas del INSALUD y alrededor del 22% de toda la actividad realizada en las consultas externas de este nivel)

Acordado, entre equipos directivos de ambos niveles, el Pacto oferta-demanda en cada especialidad, éste debe fraccionarse en pactos parciales acordados entre el equipo directivo de Atención Primaria y cada uno de los Equipos, con compromiso de cumplimiento asumido por los integrantes de los mismos.

Respetando este acuerdo, las agendas han de ser estructuradas por Atención Especializada, definiendo la oferta de actividad en tramos horarios y días, quedando transferida a Primaria la capacidad para tomar todas las decisiones relativas a la asignación de fecha de cita, en función de la prioridad clínica que cada paciente requiera, en función de la valoración realizada por el médico que genere la interconsulta. Igualmente las decisiones acerca de la proporción de huecos reservados para citas preferentes y ordinarias.

Al final del ejercicio 1999, aproximadamente un 30% de las áreas, han iniciado ya la gestión de, al menos 5 agendas de especialidades. Uno de

los obstáculos más importantes que, en el momento actual, condiciona el desarrollo de este programa es la necesidad de disponer de conexión informática *on line* entre cada Centro de Atención Primaria y el Servicio de Admisión de su hospital (y Centros de Especialidades), a través de la red corporativa del INSALUD (actualmente en fase de implantación).

Programas de mejora de la calidad/actividades de garantía de calidad de los servicios

Colaboración de las sociedades científicas en Atención Primaria

En 1999 las Sociedades Científicas de Atención Primaria han continuado colaborando con la Subdirección General de Atención Primaria. El grupo constituido en 1997, para el asesoramiento y desarrollo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y en el que se integraron la Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP, se ha visto reforzado con la incorporación del estamento de Enfermería representado por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Durante 1999 ha trabajado en la definición de criterios de calidad de la Historia Clínica y en la aproximación a la evaluación de grado de control de algunas patologías crónicas.

Asimismo, las Sociedades Científicas colaboraron con la Subdirección General de Atención Primaria en el proceso de Verificación, tal como se refiere en el apartado de Cartera de Servicios.

Normas Técnicas (NT)

Las Normas Técnicas (NT) son los criterios de correcta atención, específicamente definidos para cada uno de los Servicios de la Cartera, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico. Su cumplimiento, a través del análisis de los resultados, permite garantizar la calidad de la asistencia prestada, estableciendo medidas correctoras con el fin de cerrar el ciclo evaluativo.

En el año 99, la evaluación del cumplimiento de NT se ha realizado sobre los Servicios de Atención a la Mujer en el Climaterio y Atención

Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, seleccionados por la Subdirección General de Atención Primaria para todas las Áreas.

La evaluación del Servicio Atención a la Mujer en el Climaterio se ha llevado a cabo en 1.149 Unidades de Provisión, evaluándose 24.490 Historias Clínicas. El cumplimiento global alcanzado es del 68,56%.

La evaluación de las NT de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados se ha efectuado sobre 1.177 Unidades de Provisión, evaluándose 21.045 Historias Clínicas y el cumplimiento medio alcanzado es de 74,24%.

Evaluación de Normas Técnicas

Servicios evaluados	Resultado final (%)	N.º de Hist. clínicas evaluadas	N.º U.P. evaluados
Atención a la mujer en el climaterio	68,56	24.490	1.149
Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	74,24	21.045	1.177



Programas de Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria

Los Programas de Mejora de la Calidad iniciados en 1998, han tenido continuidad en las 57 Áreas. Todas ellas cuentan con un Responsable de Calidad de Área y se está potenciando la constitución de Comisiones de Calidad.

En el año 1999, hay 111 programas de mejora de la calidad en desarrollo, que supone un incremento de 14 programas nuevos respecto a 1998.

En el 100% de los programas se ha abordado la evaluación inicial y, en 79 de ellos (71,2%) ya se ha realizado la primera reevaluación tras la puesta en marcha de medidas correctoras.

Satisfacción de usuarios con los Servicios de Atención Primaria

La encuesta que, anualmente venía realizándose entre los usuarios de Atención Primaria, ofrece en 1999, algunas diferencias de diseño, con respecto a ediciones previas, dignas de ser resaltadas:

- Realizada por una organización externa a nuestra propia organización (Centro de Investigaciones Sociológicas).
- Datos recogidos a través de una entrevista personal con el usuario.
- Cuestionario más extenso que permite la valoración más completa de los diferentes aspectos del servicio recibido.
- Los resultados globales han sido obtenidos ponderando, los de cada área del INSALUD

por su población de usuarios asignada (según la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual).

Se destacan a continuación, como más relevantes, los siguientes resultados en 1999, además de aquellos otros ya expuestos en apartados anteriores:

- *En cuanto a la valoración del personal médico*, el 97% de los usuarios se manifiesta de acuerdo en que el médico es amable, el 97% en que es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud, el 96% en que le dedica todo el tiempo necesario, el 97% en que le deja hablar y escucha todo lo que quiere decirle, el 96% en que le explica todo lo que quiere saber sobre su salud y el 93% en que le proporciona todo tipo de explicaciones sobre los medicamentos.
- *En cuanto a la valoración de personal de enfermería*, el 93% de los usuarios se manifiesta de acuerdo en que la enfermera es amable y el 94% en que es eficaz y resuelve sus problemas de salud.
- *En lo relativo a la valoración del espacio físico del Centro*, un 98% estuvo de acuerdo en que éste se mantiene limpio y un 89% en que el lugar de espera es cómodo y confortable.
- *En cuanto a la atención urgente en Atención Primaria*, el 96% de los usuarios la califica como buena o muy buena frente a un 4% mala o muy mala.
- *En cuanto al Centro de Salud en su conjunto*, un 96% manifestó estar satisfecho.

Ficha técnica de la encuesta

Tipo de estudio	Observacional transversal
Ámbito del estudio	57 Gerencias de Atención Primaria.
Población:	Usuarios de Atención Primaria del INSALUD con acceso al Servicio de Cita Previa.
Tamaño de la muestra:	Calculado para poder estimar los resultados del estudio en cada Área Sanitaria. Para un nivel de confianza de 95,5 % y un error alfa de $\pm 0,05$ para cada Gerencia. En total, el tamaño diseñado es de 19.836 entrevistas y el realizado fue de 19.829 entrevistas.
Afijación:	<i>Uniforme.</i> Se estableció un tamaño de 348 entrevistas en cada una de las 57 Gerencias de Atención Primaria. <i>Proporcional.</i> Dentro de cada Gerencia se realizó una distribución proporcional al número de usuarios según su núcleo de población de residencia (capital de provincia, urbano o rural) y dentro de cada uno según sea la consulta donde son atendidos (Medicina General o Pediatría).
Técnica de muestreo:	De base institucional multietápico: estratificado por conglomerados con selección de las unidades primarias de muestreo (Centros de Atención Primaria) de forma aleatoria proporcional y de las unidades secundarias (individuos) de forma aleatoria en los centros seleccionados.
Puntos de muestreo:	541 Centros de Atención Primaria.
Cuestionarios:	Elaborados mediante análisis de la bibliografía por expertos de CIS e INSALUD y estudio piloto en una muestra de 100 usuarios con validación del contenido, construcción y consistencia interna del cuestionario. Administrados por el CIS, mediante entrevista personal a la salida de los usuarios de los Centros de Atención Primaria seleccionados entre los días 13 de septiembre y 8 de octubre de 1999.
Estimación de resultados:	Con nivel de confianza del 95,5%, el error alfa es $\pm 0,0536$ para cada Gerencia y $\pm 0,0071$ para el conjunto de la muestra.
Análisis de resultados:	La media INSALUD ha sido ponderada con la población asignada a cada Área (según base de datos de TSI).

Programa de Uso Racional del Medicamento

El Programa de Uso Racional del Medicamento ha mantenido una importante actividad en este año 1999. Se han realizado 2.248 sesiones farmacoterapéuticas con el objetivo de potenciar la formación continuada de los médicos. Asimismo, se han celebrado 253 reuniones de las 57 Comisiones de Uso Racional del Medicamento y se han editado 218 revisiones y 185 hojas de evaluación farmacoterapéuticas. Todos los centros de Atención Primaria reciben sus Perfiles de prescripción. Se ha seguido con la actualización de las Guías Farmacoterapéuticas y se han elaborado 40 Protocolos

Farmacoterapéuticos, consensuados en algunos casos con Atención Especializada. La Guía de Antimicrobianos se ha elaborado en casi todas las Gerencias de Atención Primaria (51).

Los Servicios Centrales del INSALUD, y en concreto la Subdirección General de Atención Primaria, ha coordinado a lo largo de 1999 un grupo de mejora de la calidad en la información escrita a los profesionales sanitarios que ha elaborado un documento relativo a la calidad en los Boletines Farmacoterapéuticos.

Se ha continuado trabajando de forma pormenorizada en los indicadores de calidad de

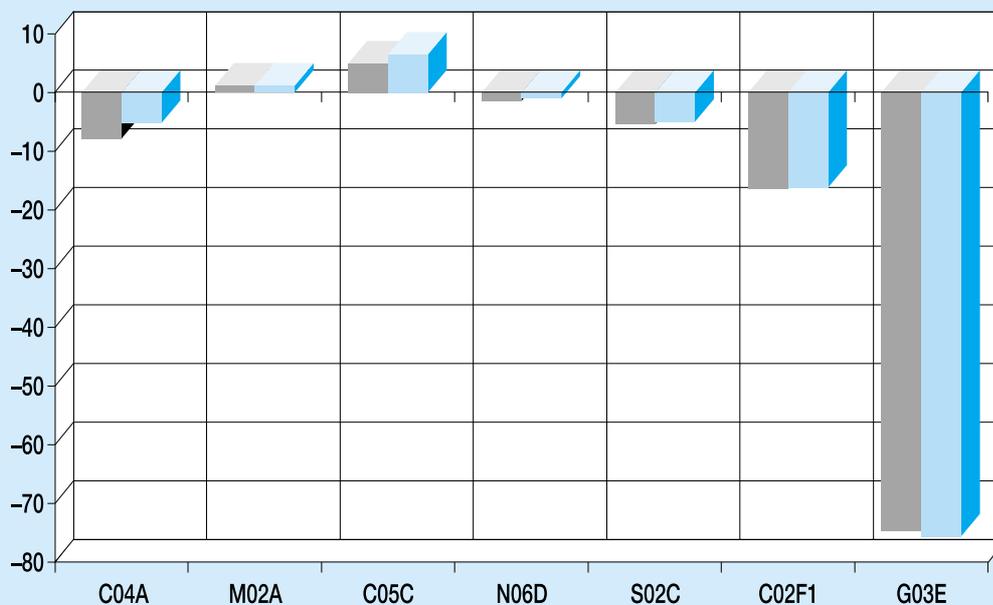


la prescripción, tanto en lo relativo a los subgrupos terapéuticos considerados por el INSALUD como de Utilidad Terapéutica Baja (UTB), como en indicadores de Utilidad Terapéutica Alta (UTA). Respecto a los UTB se han obtenido los resultados que se reflejan en los gráficos donde, comparando los resultados del INSALUD con los del conjunto restante del Sistema Nacional de Salud, se observan

diferencias en envases, que pueden suponer una prescripción de más calidad en el INSALUD. Traducidas a importe (véase gráfico), estas diferencias definen una significativa contención del gasto. De entre los grupos de UTB más utilizados, es destacable el descenso en el consumo de los Vasodilatadores periféricos, en tanto que destaca negativamente el aumento de los Protectores capilares.

Evolución del número de envases de los Subgrupos Químico Terapéuticos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB)

Ordenados según su consumo en 1999
(% variación 99/98)



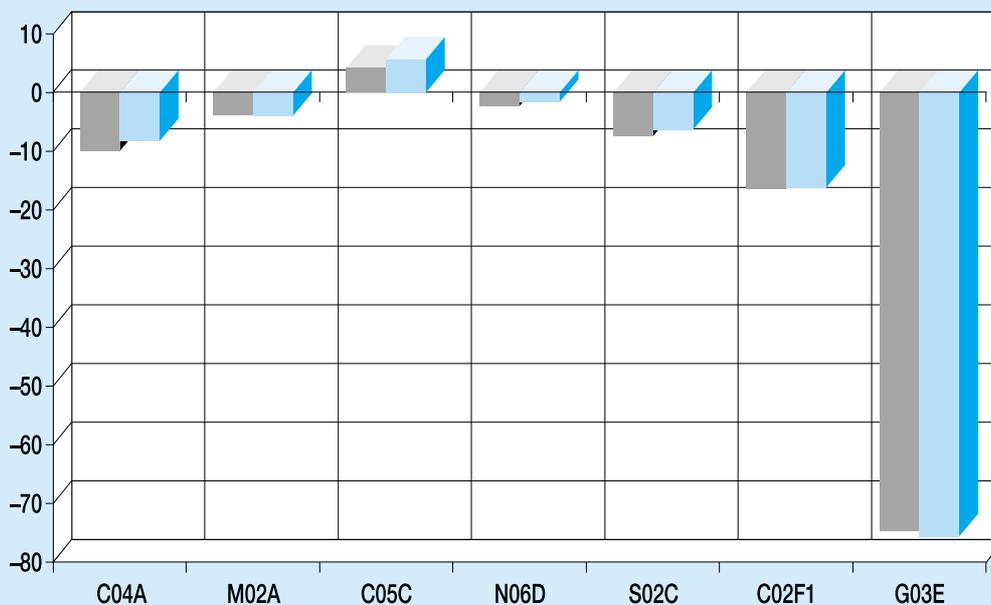
INSA LUD	-7,99	0,93	4,81	-1,68	-5,67	-16,62	-75,06
Resto SNS	-5,4	0,93	6,17	-1,21	-5,18	-16,25	-76,01

- (C04A) Vasodilatadores periféricos.
- (M02A) Antiinflamatorios y antirreumáticos tópicos.
- (C05C) Protectores capilares.
- (N06D) Otros psicoanalépticos excluidos preparados antiobesidad.
- (S02C) Corticosteroides asociados con antiinfecciosos para administración ótica.
- (C02F1) Alcaloides de la rauwolfia asociados con diuréticos.
- (G03E) Andrógenos, asociados con hormonas femeninas.



Evolución del importe de los Subgrupos Químico-Terapéuticos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB)

Ordenados según su consumo en 1999
(% variación 99/98)



	C04A	M02A	C05C	N06D	S02C	C02F1	G03E
INSALUD	-10,23	-3,92	4,04	-2,38	-7,55	-16,67	-75,12
Resto SNS	-8,36	-4,18	5,63	-1,72	-6,46	-16,35	-76,05

(C04A) Vasodilatadores periféricos.

(M02A) Antiinflamatorios y antirreumáticos tópicos.

(C05C) Protectores capilares.

(N06D) Otros psicoanalépticos excluidos preparados antiobesidad.

(S02C) Corticosteroides asociados con antiinfecciosos para administración ótica.

(C02F1) Alcaloides de la rauwolfia asociados con diuréticos.

(G03E) Andrógenos, asociados con hormonas femeninas.

Programa de seguimiento de la prescripción y gasto farmacéutico a través de receta médica en Atención Especializada

A lo largo del año 1999, se ha diseñado y puesto en marcha un Programa de Seguimiento de la Prescripción y Gasto farmacéutico a través de Receta Médica en Atención Especializada, cuyos objetivos prioritarios son: obtener un adecuado grado de implantación de la primera receta en los hospitales y conocer si las prescripciones a través de receta, se realizan con una relación coste-eficacia favorable.

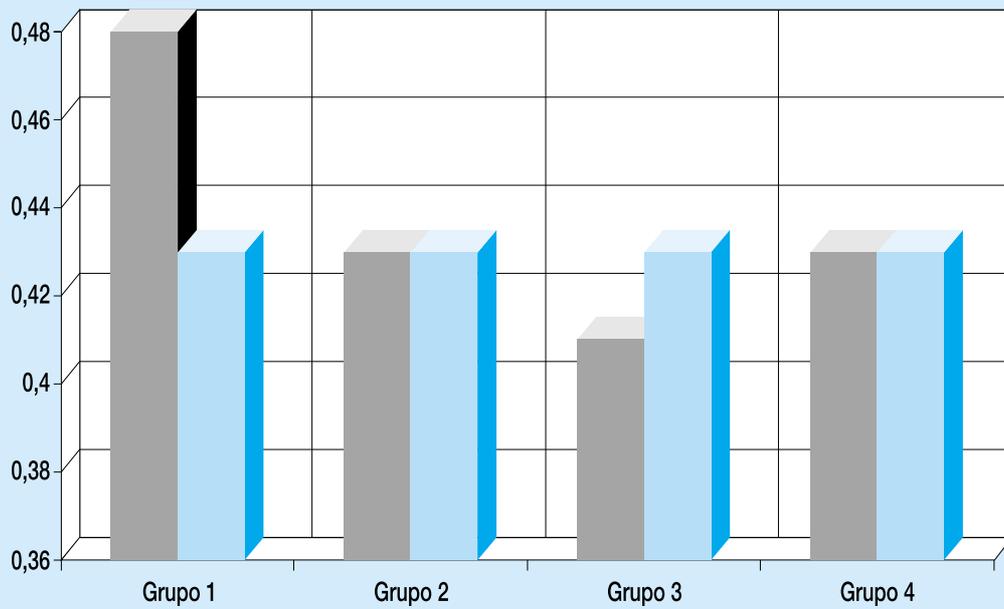
El programa consiste en la monitorización mensual de un número reducido de indicadores de prescripción y de datos globales de cada hospital.

- Información cuantitativa: N.º de recetas (total, de activos y de pensionistas) e Importe (total, en activos y en pensionistas) de la prescripción en recetas realizada por Atención Especializada.
- Información cualitativa: 20 subgrupos terapéuticos de mayor importe.
- Indicadores: Recetas/consulta (como indicador de la implantación de la primera receta), e Importe Medio por Receta.

Los resultados alcanzados en los dos indicadores cuantitativos se exponen en los siguientes gráficos.

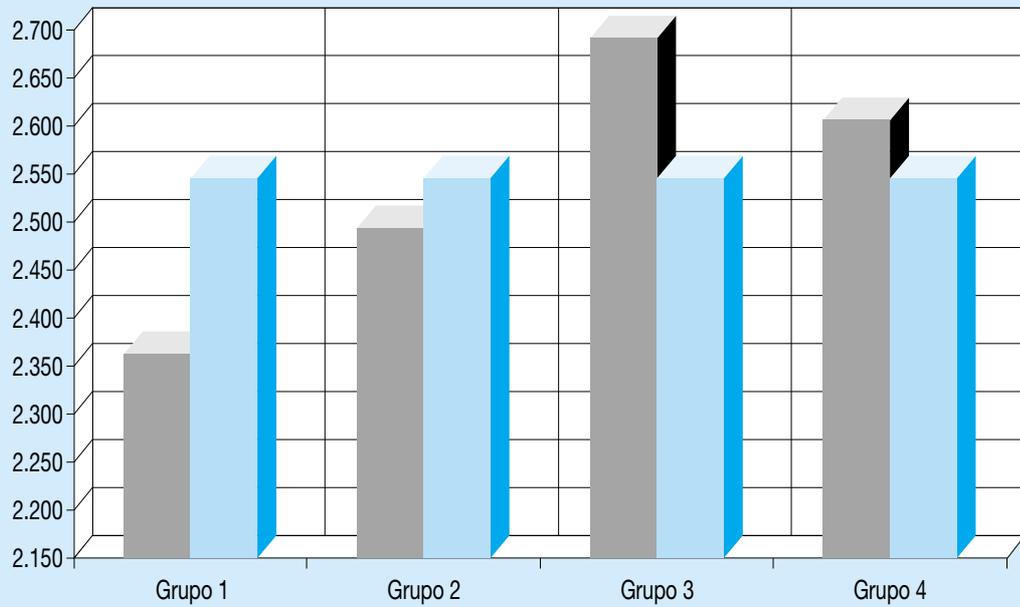


Recetas/Consulta



Grupo	0,48	0,43	0,41	0,43
INSALUD	0,43	0,43	0,43	0,43

Importe Medio por Receta



IMR	2.363	2.494	2.692	2.606
INSALUD	2.546	2.546	2.546	2.546



Programa de Calidad en Atención Especializada

El plan de calidad de 1999 incluía una serie de objetivos, encuadrados en el denominado *Programa de Mejora de Calidad Común a todos los hospitales*, relativos a las siguientes líneas estratégicas: orientar los servicios al ciudadano, mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales, mejorar los sistemas de información e implicar a los profesionales en la gestión de la calidad.

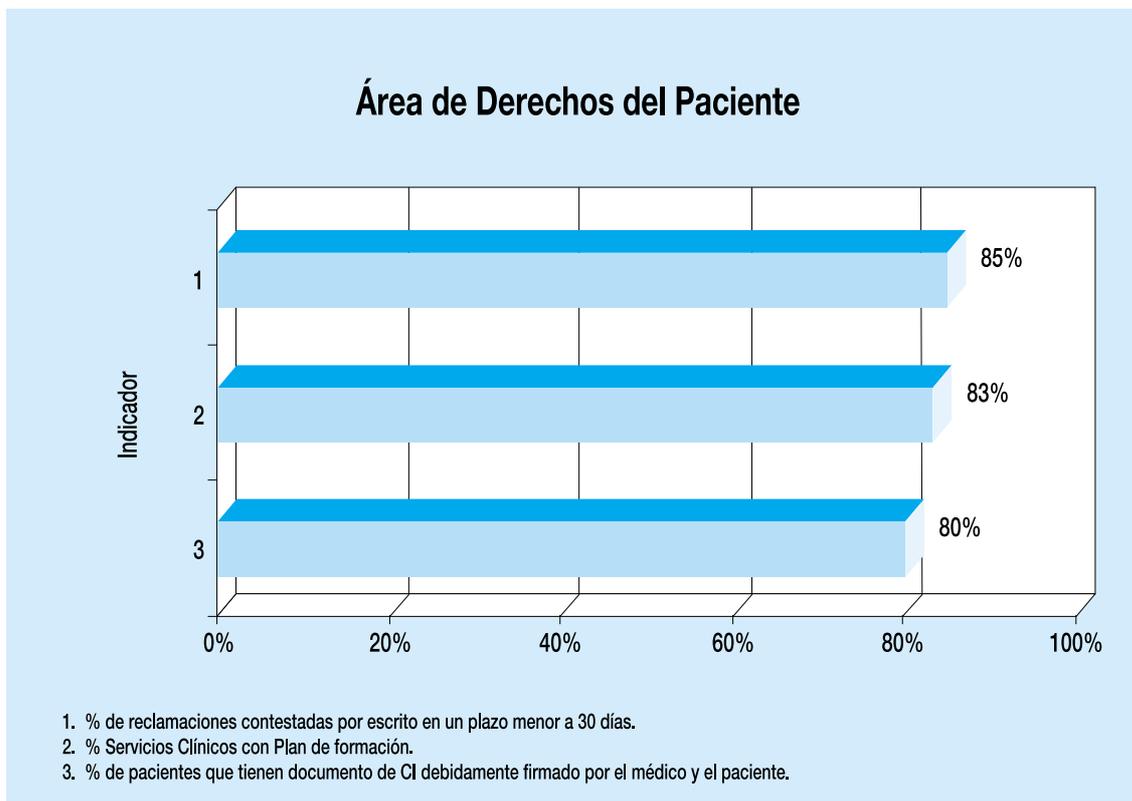
El Plan de Calidad incluye además otros dos apartados: la monitorización de indicadores y el establecimiento de estándares de la organización.

Se exponen a continuación los resultados alcanzados en los objetivos más significativos de

los tres apartados en que está dividido el plan de calidad. Una exposición más pormenorizada de los resultados del programa de calidad puede encontrarse en la Memoria de Calidad 1999 de Atención Especializada.

Objetivos relacionados con el área de derecho de los pacientes

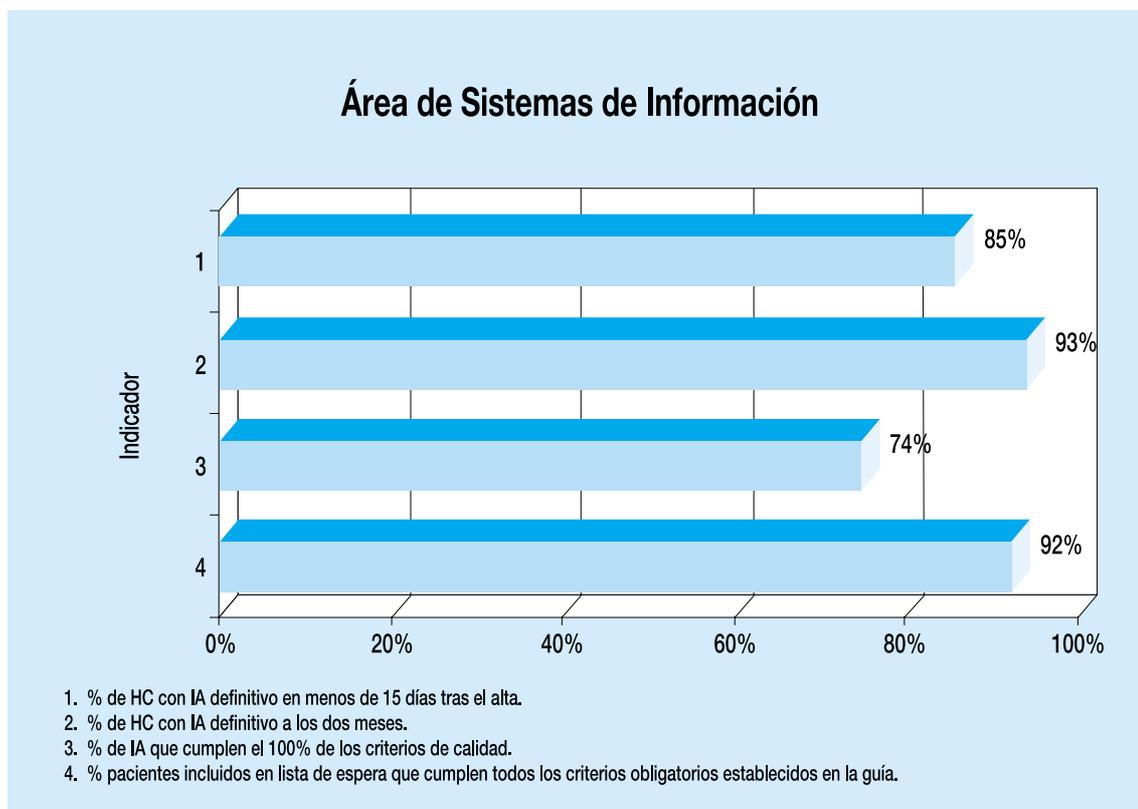
Los resultados alcanzados por el conjunto del INSALUD en los indicadores de evaluación de estos objetivos (% de reclamaciones contestadas por escrito que cumplen criterios de calidad en el plazo de 30 días, % de servicios con plan de información y % de pacientes que tienen documento de consentimiento informado debidamente firmado por el médico y el paciente) se reflejan en el siguiente gráfico.



Objetivos relacionados con la mejora en los sistemas de información

La mejora de calidad de los sistemas de información sanitaria pasa ineludiblemente por una mejora de la calidad de los informes de alta. El informe de alta debe contener como requisito

imprescindible los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del CMBD. Además, el informe se debe realizar dentro de un plazo determinado. En el gráfico se resumen los resultados alcanzados por el conjunto del INSALUD en los indicadores de medida de los objetivos incluidos en este apartado.



Objetivos relativos a implantación de Protocolos/Guías de práctica/Vías Clínicas

Como consecuencia de la variabilidad mostrada en la práctica clínica, la medicina moderna trata de que la toma de decisiones clínicas se fundamente en la mejor evidencia científica disponible. Las instituciones responsables de la asistencia sanitaria deben promover que la práctica clínica esté basada en dicha evidencia y

los profesionales sanitarios deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales de la práctica clínica basada en esta evidencia.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta basada en esta evidencia, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su



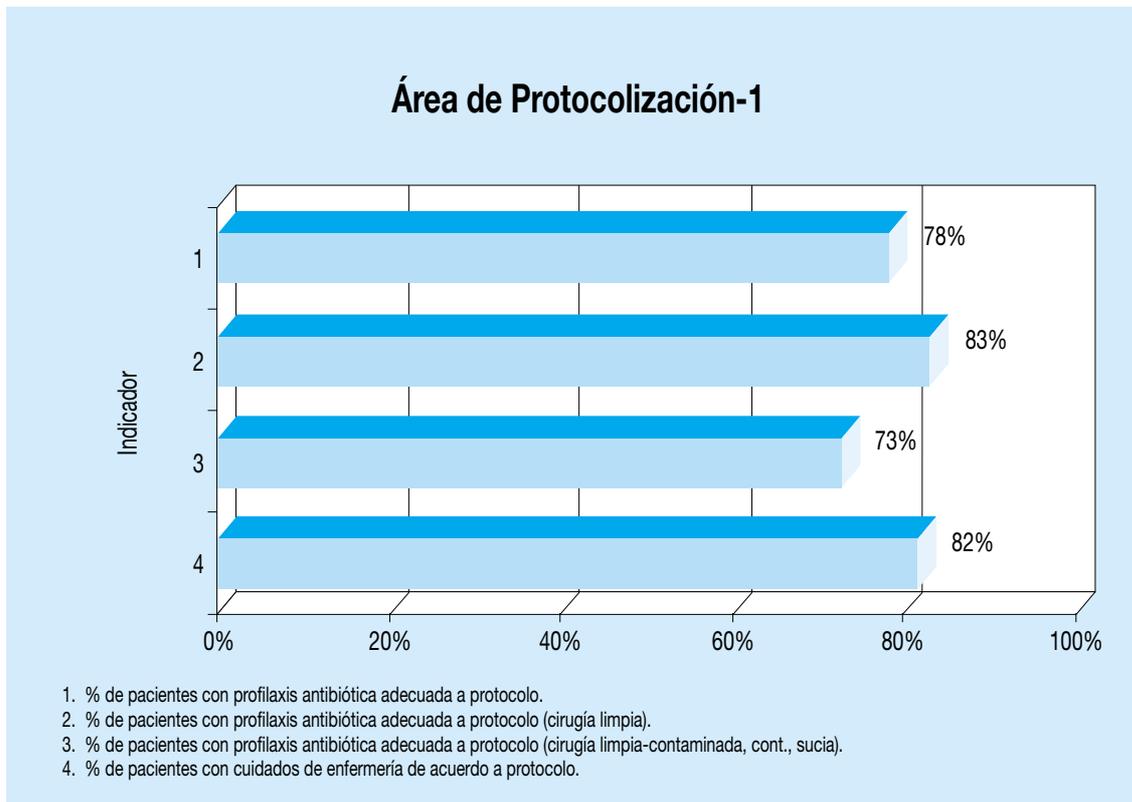
aplicación y resultados. Los beneficios esperados son: un aumento de la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario.

Se presentan los resultados de la adecuación a protocolo en una serie de procesos, en los que destaca los de procedimientos quirúrgicos frecuentes realizados con la participación de las Sociedades Científicas con el propósito de establecer en patologías prevalentes unos criterios clínicos homogéneos para la inclusión de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica. Estas Guías han facilitado o han sido la base para el desarrollo de protocolos hospitalarios.

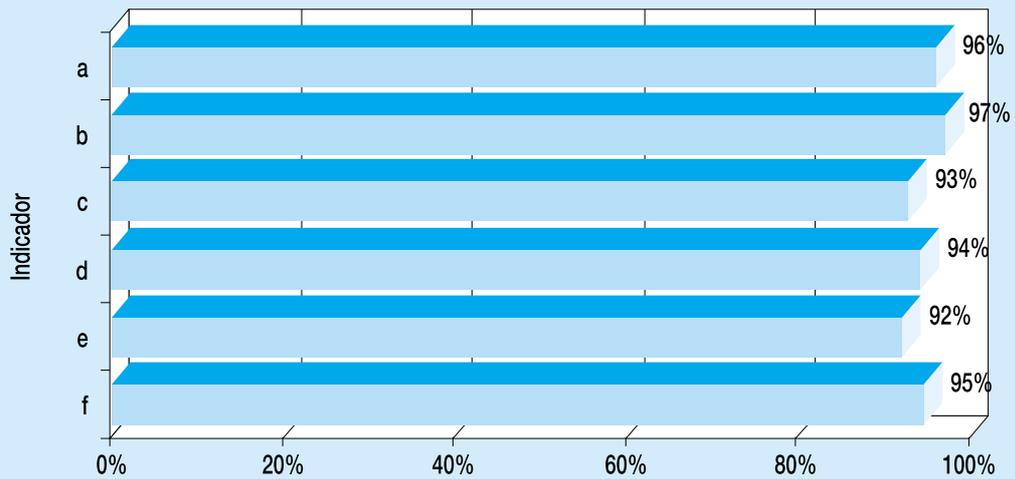
También, los hospitales que con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC, Oxigenoterapia y Litotricia, han trabajado en la realización de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación.

Además, para seguir avanzando en la mejora de los procesos y en la integración de los cuidados de enfermería en los objetivos de mejora de los Servicios, en 1999 se propuso que los hospitales comenzaran a trabajar en el desarrollo de la herramienta de mejora de procesos denominada Vía Clínica, en un proceso frecuente.

Los resultados alcanzados en los indicadores de evaluación de estos objetivos se exponen en los siguientes gráficos:

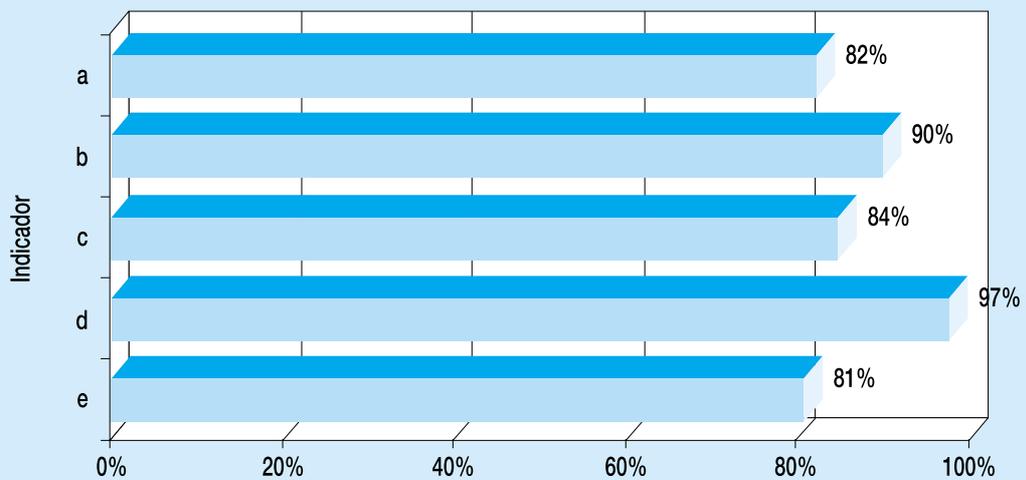


Área de Protocolización-2



% de pacientes tratados de acuerdo al protocolo:
 a) Cataratas
 b) Amigdalectomía
 c) Hiperplasia próstata
 d) Prótesis rodilla
 e) Prótesis cadera
 f) Hallux valgus

Área de Protocolización-3

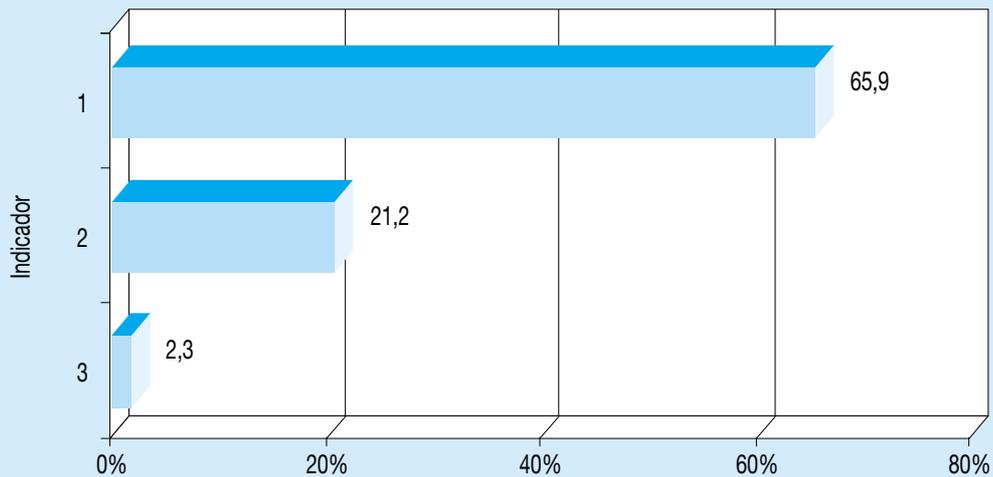


% de pacientes a los que se les ha realizado una prueba diagnóstica o un tratamiento de acuerdo al protocolo:
 a) RMN
 b) TAC
 c) Oxigenoterapia
 d) Litotricia

% de Servicios/Unidades que tienen implantado al menos un protocolo/guía.



Varios

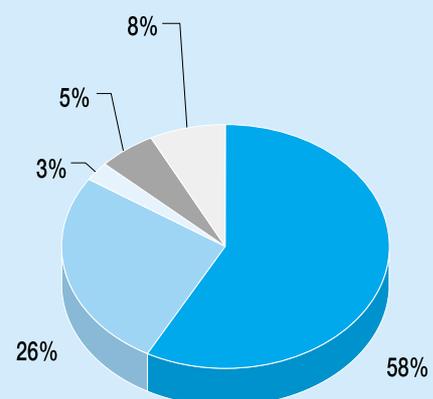


1. N.º de documentos de Consentimiento Informado implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos.
2. Número de protocolos/guías implantados en el hospital.
3. N.º de vías clínicas implantadas.

Objetivos relacionados con la monitorización de la infección hospitalaria

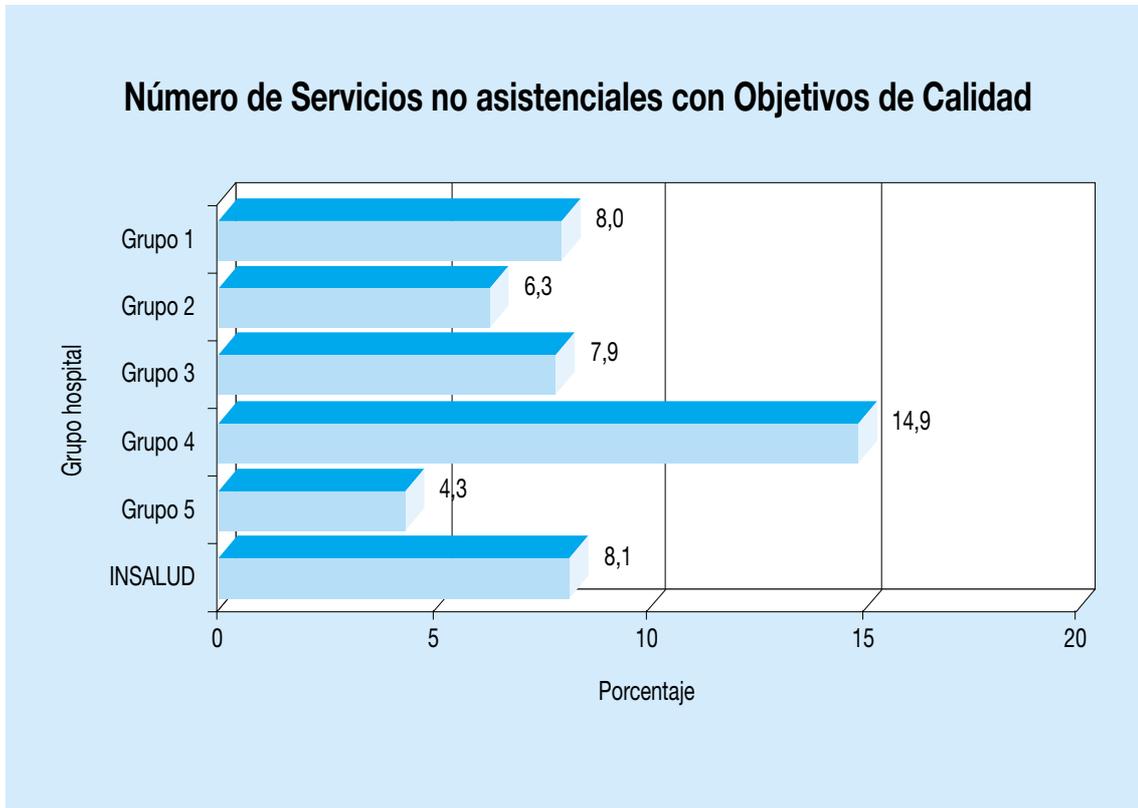
La infección hospitalaria se considera desde hace tiempo una variable capaz de medir la calidad de un hospital. La calidad y la efectividad de las estrategias de mejora aplicadas sólo pueden ser evaluadas correctamente si se dispone de un sistema de vigilancia adecuado.

Nivel de vigilancia de la infección nosocomial



- Incidencia > 80% Servicios
- Incidencia 50-80% Servicios Qx.
- Incidencia 25-50% Servicios Qx.
- Incidencia en < 25% Servicios
- No existe sistema de vigilancia

Objetivos de calidad en Servicios Hospitalarios no asistenciales



Monitorización de indicadores

En este ámbito la finalidad ha sido implantar un sistema de medida de resultados a través de la medición de una serie de indicadores comunes a todos los hospitales y que se han mostrado válidos para la mejora de la calidad de la asistencia.

En 1998 se puso en marcha la monitorización de una serie de indicadores de proceso y resultado. Algunos de ellos pueden ser obtenidos del CMBD, pero otros requieren estudios específicos por parte de los hospitales. El pacto con los hospitales contempla la medición de aquellos que requieren estudios específicos en el propio

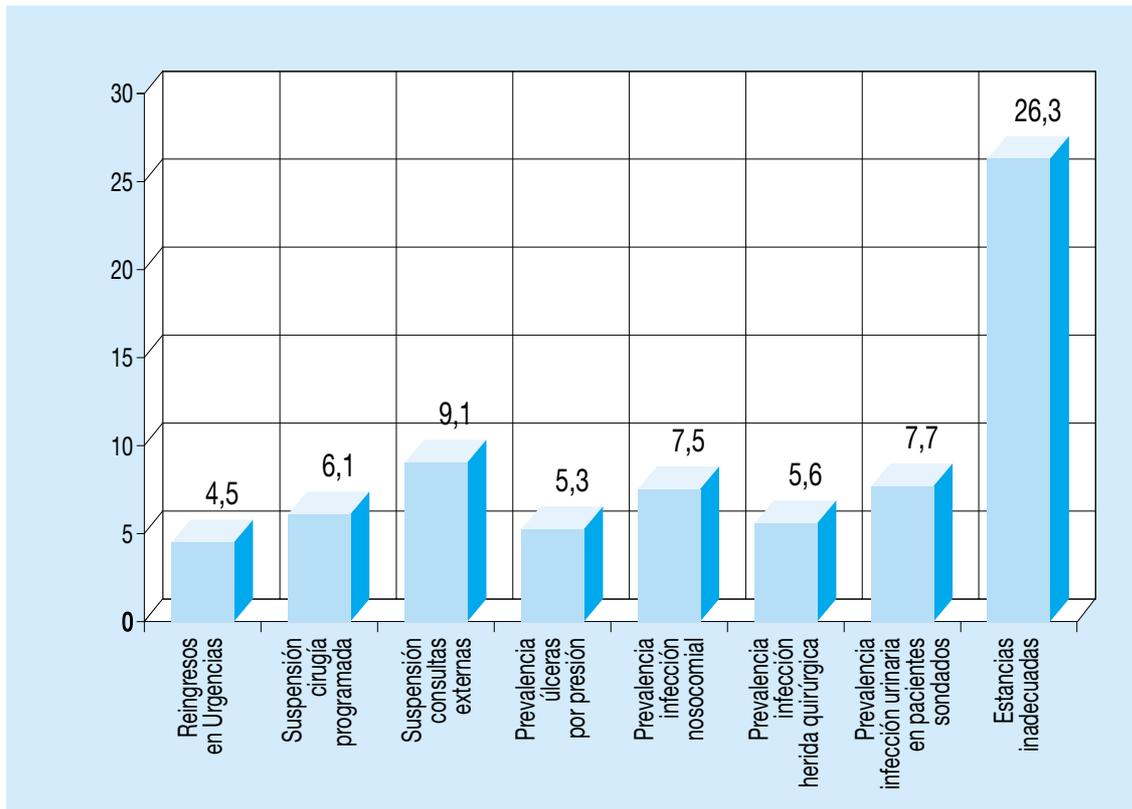
hospital y el análisis de los resultados de todos ellos, los obtenidos a partir del CMBD y los estudiados en cada hospital, con análisis de las causas y propuestas de mejora cuando se considere necesario.

Se han eliminado este año los indicadores de calidad percibida, relacionados con satisfacción con la información dada, las disparidades y deficiencias metodológicas encontradas. Para solucionarlo, se está llevando a cabo actualmente un proyecto de diseño de una nueva encuesta de posthospitalización en la que participan los pacientes y que se implantará de forma homogénea en todos los hospitales en el año 2000.



En el gráfico se expresa, en porcentaje, el valor medio para el conjunto de los hospitales del

INSALUD de los indicadores monitorizados más relevantes.



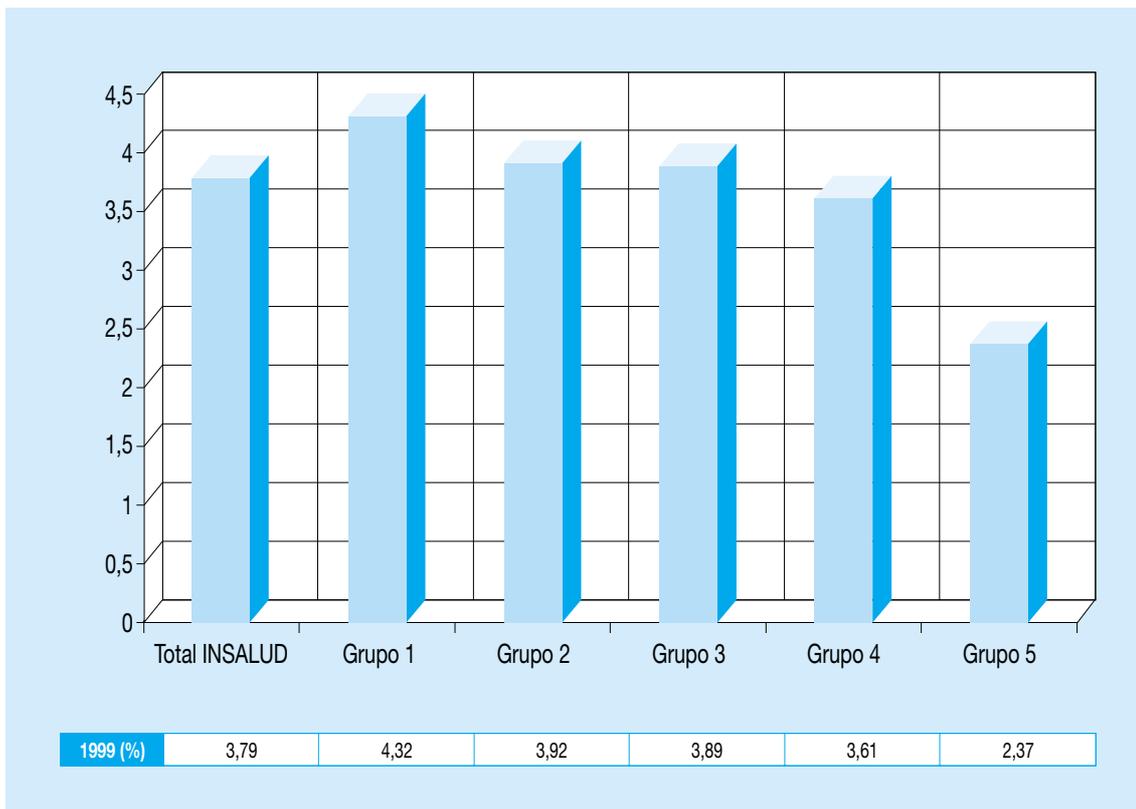
La monitorización de las tasas de reingresos es un indicador clásico de calidad. En el conjunto de los hospitales del INSALUD, la monitorización básica de este indicador se realiza a través del CMBD. Los reingresos urgentes por la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) en un

período limitado de tiempo ayudan a detectar posibles problemas de no calidad en la asistencia hospitalaria previa. Para su monitorización se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

- Que el período de tiempo transcurrido entre cada uno de los reingresos y el episodio previo sea inferior a 30 días.
- Que la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) del Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) del reingreso sea igual a la del episodio previo. Es decir, que el reingreso se corresponda con la afectación de un sistema orgánico o con una etiología similar a la del episodio previo.

- Que el tipo de ingreso del episodio del reingreso sea urgente.

De acuerdo con estos criterios, la tasa de reingresos habida en el conjunto del INSALUD y en los diferentes grupos de hospitales es la reflejada en el gráfico.





Trimestralmente se envía a cada hospital su propia tasa de reingresos, junto con la media de su grupo de hospitales y la del conjunto del INSALUD, y periódicamente se solicita a los hospitales, con una mayor desviación con respecto a la media, que analicen las causas de dicha desviación, y adopten, en su caso, medidas de mejora.

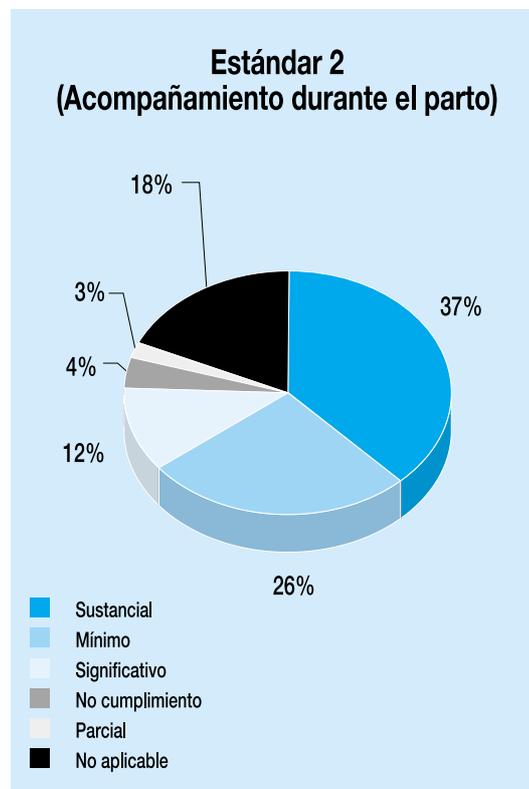
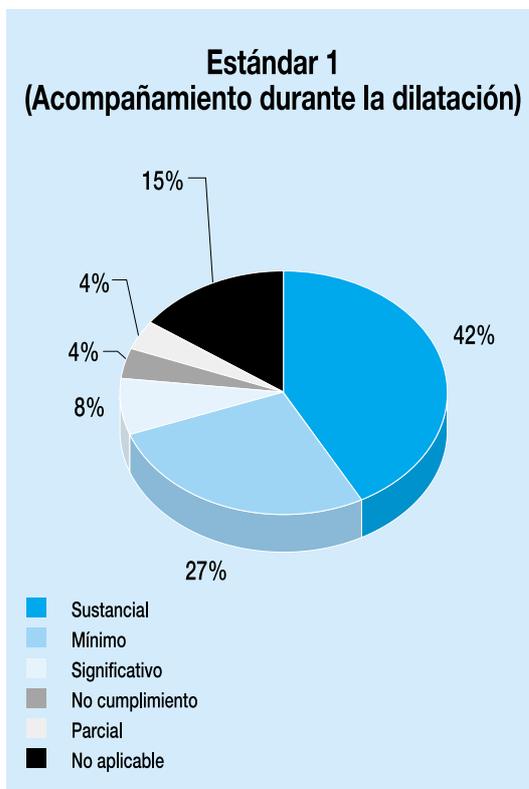
Estándares de la Organización

Son aspectos tanto de calidad técnica, como percibida por los pacientes, que debían mejorarse y, por tanto, estuvieron incluidos durante varios años como objetivos de mejora del

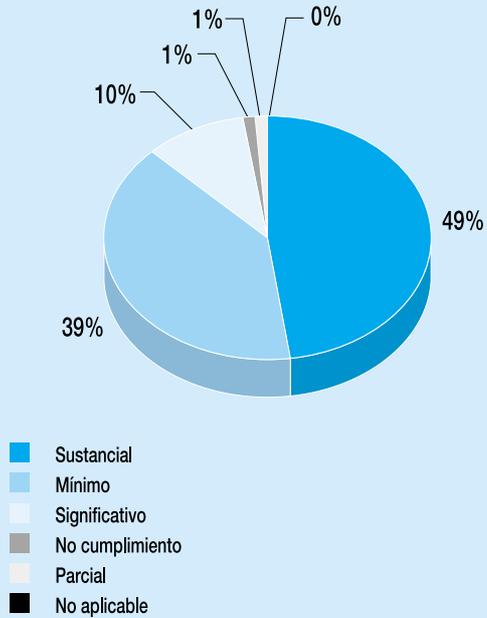
Plan de Calidad. La evaluación anual mostró una mejoría mantenida de sus resultados, por lo que se consideran estándares de calidad propios de la Organización, que se deben mantener, y cumplir por todos los centros.

Cada uno de los estándares lleva definidos una serie de criterios y los hospitales han realizado una evaluación para determinar el grado de cumplimiento de esos criterios.

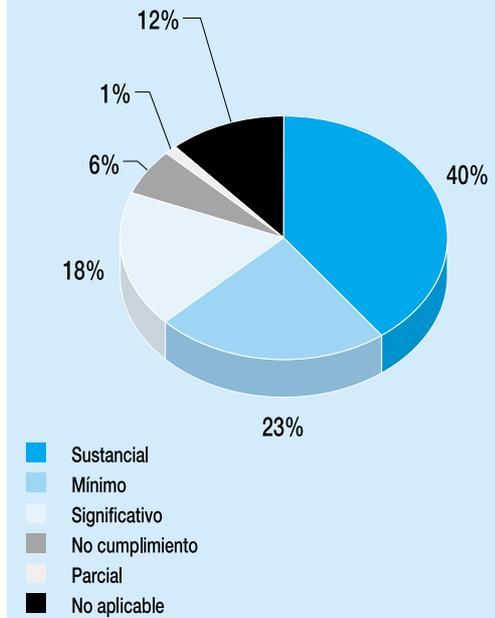
En los siguientes gráficos se reflejan los resultados de la evaluación del grado de cumplimiento de los diferentes estándares.



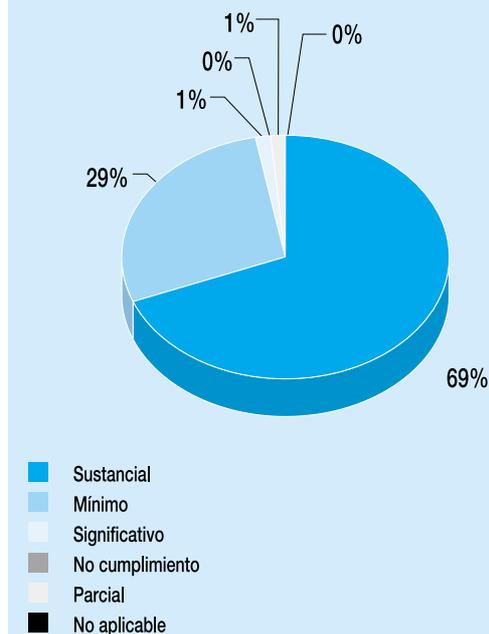
**Estándar 3
(Plan de acogida al paciente)**



**Estándar 4
(Hospitalización padres-hijos)**



**Estándar 5
(Protocolo de sondaje)**





Control e inspección sobre procedimientos, prestaciones y servicios

Evaluación en Atención Primaria

La evaluación se realiza, anualmente, en colaboración con la Subdirección General de Atención Primaria que cada año selecciona una muestra de sus Gerencias para realizar una verificación de los resultados de su cartera de servicios.

En 1999 se han evaluado tres gerencias del 061 (Madrid, Baleares y Murcia) y se ha verificado la cartera de servicios en veinte gerencias, de acuerdo a los criterios de selección establecidos por la Subdirección General de Atención Primaria.

Los equipos de verificación estaban compuestos por representantes de las Sociedades Científicas y por miembros de la Inspección Sanitaria. Las Gerencias verificadas han sido las siguientes: Albacete, Avilés, Badajoz, Ibiza, La Rioja, León, Madrid (Áreas I, VI y VII), Mallorca, Mieres, Murcia, Plasencia, Puertollano, Salamanca, Sama de Langreo, Santander, Talavera de la Reina, Valladolid Este, y Zaragoza.

Evaluación en Atención Especializada

El objetivo genérico de este programa era la evaluación de las áreas de interés prioritario para 1999 en los Hospitales de la red del INSALUD.

En 1999 se han seleccionado las siguientes áreas y objetivos de evaluación en los centros hospitalarios del INSALUD, llevándose a cabo distintos programas de auditorías:

- Consultas externas:
 - Evaluar el sistema de organización de la gestión de consultas externas
- Cirugía Mayor Ambulatoria. Bloque quirúrgico. Gestión de lista espera quirúrgica:
 - Conocer el sistema organizativo de la CMA.
 - Evaluar la organización y funcionamiento del bloque quirúrgico.
 - Evaluar la gestión y los datos de la lista de espera.
- Evaluación del Tratamiento con Antirretrovirales:
 - Realizado inicialmente en 25 hospitales y repetido al cabo de un tiempo en 12 de ellos para verificar que se habían adoptado medidas de mejora.
- Evaluación de la adecuación en la prescripción y control de las terapias respiratorias domiciliarias:
 - Establecer una nueva circular par definir los nuevos criterios de evaluación.
- Servicio de Radioterapia:
 - Auditar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad.
- Anestesia epidural en el parto:
 - Evaluar la oferta de anestesia epidural a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre del embarazo.

El resumen de las actuaciones se presenta en la siguiente tabla:

Atención Especializada

Área	Programados	Terminados	Fase informe	Total	%	Pendientes	%
Anestesia	26	26	0	26	100	0	0
Radioterapia	16	16	0	16	100	0	0
HIV	14	10	3	13	93	1	7
Consultas	9	9	0	9	100	0	0
Bloque Q.	15	11	3	14	93	1	7
Oxígeno-Rx	2	1	1	2	100	0	0
SIAE	1	1	0	1	100	0	0
Total	83	74	7	81	98	2	2
Porcentaje	100	89	8		98		2

Consentimiento informado

La evaluación de la implantación del Consentimiento Informado en los Centros Sanitarios del INSALUD es un programa que se realiza de forma sistemática por equipos de Médicos Inspectores y/o Enfermeros

Subinspectores, que analizan, de forma retrospectiva, los documentos contenidos en las historias clínicas del mes de noviembre de 1998.

A continuación presentamos, de forma resumida, sus resultados:

Datos Cuantitativos

	CIE	%	CIG	%	Total	%
N.º historias total	21.546	85,88	3.542	14,12	25.088	100,00
N.º historias evaluadas	16.040	74,45	2.192	61,89	18.232	72,67
N.º historias con C.I.	13.120	81,80	1.786	81,48	14.906	81,76
N.º historias sin C.I.	2.920	18,20	406	18,52	3.326	18,24



Reclamaciones

En este año se ha elaborado el informe de situación correspondiente a reclamaciones presentadas en 1998 en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del INSALUD.

El número de reclamaciones presentadas ha sido de 53.218 que equivale a 37,68 reclamaciones/10.000 habitantes (población tarjeta sanitaria 1998), siendo el tiempo medio de contestación de 24,6 días.

Las reclamaciones han sido formuladas por los usuarios de asistencia sanitaria del INSALUD

durante el año 1998. Su gestión se realiza en los Servicios de Atención al Paciente (SAP) o de Atención al Usuario (SAU), encuadrados en las Gerencias de los centros sanitarios, de acuerdo con las instrucciones contenidas en la Resolución del Secretario General para el Sistema Nacional de Salud de 12 de junio de 1992 y la clasificación contenida en la misma.

No están contempladas en este apartado, como tales, las reclamaciones formuladas por Responsabilidad civil y patrimonial, sujetas a un procedimiento específico.

Datos globales

	1997	1998	▲▼ 97/98	%▲▼ 97/98
Reclamaciones presentadas	49.835	53.218	3.383	6,79
Reclamaciones clasificadas	48.934	50.181	1.247	2,55
Reclamaciones contestadas	46.922	50.115	3.193	6,80
Reclamaciones pendientes	2.843	3.103	260	9,15

- Reclamaciones presentadas: son aquellas que han sido presentadas de forma escrita en los SAP/SAU por los usuarios de asistencia sanitaria durante el año 1998.
- Reclamaciones contestadas: son aquellas reclamaciones presentadas durante 1998 y que han sido resueltas y contestadas por escrito a los usuarios por los SAP/SAU durante el mismo período de tiempo.
- Reclamaciones pendientes: son aquellas reclamaciones presentadas durante el año 1998 y que no han sido contestadas por escrito por los SAP/SAU durante el mismo período.
- Reclamaciones clasificadas: son aquellas reclamaciones presentadas durante 1998 y que han sido clasificadas por los SAP/SAU conforme a la clasificación de quejas y reclamaciones en la Resolución del Secretario General para el Sistema Nacional de Salud de 12 de junio de 1992.

Reclamaciones presentadas por modalidad de asistencia

	1997	1998	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
Atención Primaria	18.041 (36,2%)	19.351 (36,4%)	1.310	7,26
Atención Especializada	30.323 (60,8%)	32.220 (60,5%)	1.897	6,26
Otros centros	1.471 (3,0%)	1.657 (3,1%)	186	12,64

El número de reclamaciones/10.000 habitantes en Atención Primaria ha sido de 13,70, en Atención Especializada 22,81 y en otros centros 1,17.

Clasificación de reclamaciones

Siguiendo la clasificación de motivos de reclamación contenida en la Resolución de 10-6-92, el mayor peso de los mismos es atribuible al proceso asistencial, donde se concentran el 88,71% del total.

Los principales motivos de reclamación durante 1998 fueron los siguientes:

- Organización y normas (16,67%).

- Lista de espera (15,01%).

Demora en la asistencia (12,90%).

Disconformidad con la asistencia y/o tratamiento recibidos (12,65%).

Trato personal (7,08%).

Cita previa (6,31%).



Seguro de responsabilidad civil

El resumen cuantitativo de gestión de expedientes durante el año 1999 correspondiente a las pólizas suscritas es el siguiente:

N.º de expedientes de indemnización económica	720
N.º de expedientes completados	523
N.º de reuniones Comisión de Seguimiento	41
N.º de expedientes valorados por la Comisión	497
— Finalizados por no cobertura	20
— Rehusados por no apreciar responsabilidad	284
— Aceptados para negociación	96
— Pendientes de procedimiento judicial	70
— Pendientes de información	5
— Finalizado (pendiente reclamación)	22

El importe de las indemnizaciones liquidadas en 1999 (siniestros de 1995-1999) es de 485.605.103 pesetas.

Desde el inicio de la vigencia de la póliza, hasta el 31-12-99, se han efectuado pagos por un importe de 1.659.585.568 pesetas.

Prescripción, dispensación y facturación de medicamentos

La Inspección Farmacéutica del INSALUD ha desarrollado la evaluación de la prescripción, dispensación y facturación de los medicamentos, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución de la Presidencia Ejecutiva de 29 de marzo de 1999, que aprobó el Plan Anual de Inspección de Farmacia.

Atendiendo a los criterios generales establecidos en dicha resolución se han desarrollado los siguientes Programas de Inspección de Farmacia:

Programas desarrollados por la Inspección Farmacéutica Provincial

Los programas que el Plan Anual de Inspección de Farmacia atribuye a la Inspección Farmacéutica provincial son los siguientes:

- Inspección y control de la prescripción de recetas médicas por los médicos “hiperprescriptores”: se ha procedido a evaluar las prescripciones en recetas médicas de aquellos médicos que en cada provincia del INSALUD son seleccionados por superar los indicadores de prescripción del Área Sanitaria, en gasto y/o número de recetas, por persona protegida. El número de médicos evaluados ha ascendido a 1.074, pertenecientes a 21 provincias.
- Control de calidad de la facturación de recetas médicas y seguimiento del Concierto con las Oficinas de Farmacia: se ha procedido a verificar la calidad del proceso de facturación que

mensualmente realizan las Oficinas de Farmacia a las Direcciones Territoriales y Provinciales del INSALUD, mediante las comprobaciones del proceso informático de recetas médicas (FAR-90) descontando las recetas rechazadas por errores de facturación y detectando, asimismo, los posibles incumplimientos del Concierto suscrito entre el INSALUD y las Oficinas de Farmacia. Ello ha supuesto rechazar un total de 181.426 envases facturados a distinto precio del oficialmente aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y de 8.589 envases por tratarse de medicamentos excluidos de financiación. Se ha procedido al descuento de estos envases y a la tramitación de los procedimientos disciplinarios correspondientes.

Evaluación del consumo de productos dietoterápicos: se ha analizado, sobre un total

de 5.878 pacientes con informe clínico evaluado pertenecientes a 22 provincias, la prescripción en recetas médicas con visado de Inspección y la dispensación a través de Oficinas de Farmacia de productos dietoterápicos complejos y de nutrición enteral, verificando el cumplimiento de las Resoluciones de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD de 30-9-98, así como las Órdenes Ministeriales de 30-4-97 y 2-6-98.

- Evaluación del consumo de absorbentes de incontinencia de orina: se analiza la prescripción en receta médica, el visado de inspección y la dispensación en Oficina de Farmacia de los absorbentes de incontinencia urinaria, evaluando su incidencia en el gasto farmacéutico así como la utilización racional de los diferentes tipos según tamaños y capacidad de absorción.

	Envases	Importe
Absorbentes facturados en receta (datos 1998)	1.015.816	8.791,6 mill. de ptas.

- Seguimiento de control de la Prestación Farmacéutica en el ámbito provincial: este programa de carácter "abierto" se planteó para posibilitar a la Subdirección General de Inspección Sanitaria el seguimiento de otras actividades llevadas a cabo por las Inspecciones Farmacéuticas Provinciales, que han sido programadas en el ámbito provincial, para evaluar diversos aspectos de la prestación farmacéutica. Los programas desarrollados se han centrado en la evaluación de:
 - Utilización de estupefacientes y psicótopos en el ámbito hospitalario.
 - Dispensación a pacientes externos de medicamentos de uso hospitalario.
 - Prescripción primera receta en Atención Especializada.
 - Utilización de Especialidades Farmacéuticas Genéricas.
 - Prescripción de hormona de crecimiento.
 - Prescripción de fármacos para reproducción asistida.
 - Utilización medicamentos en Centros de 3.^a edad.
 - Utilización de medicamentos por especialistas de aparato digestivo.



- Utilización de medicamentos en botiquines de urgencia.
- Consumo de determinados subgrupos terapéuticos.

Actuaciones específicas de la Inspección Farmacéutica de los Equipos Territoriales

- Evaluación de los Ensayos Clínicos de Medicamentos: Se ha verificado que los Ensayos Clínicos y estudios de postcomercialización de especialidades farmacéuticas, que se realizaron durante 1999 en el ámbito de la Atención Primaria, se adecuan a los procedimientos establecidos en la normativa vigente para los mismos. Durante 1999 se han evaluado 63 ensayos clínicos y cuatro estudios de postcomercialización.
- Evaluación del sistema de prescripción de recetas en consultas médicas y de la utilización del Terminal autónomo de identificación de recetas (TAIR): este programa, iniciado en 1998, analiza los métodos de prescripción de recetas médicas y en especial la utilización del TAIR obteniendo etiquetas que identifican al paciente y al médico prescriptor y posibilitan un mayor grado de fiabilidad en la informatización de recetas médicas. Se han evaluado un total de 711 médicos de 110 centros dentro de 32 de las Gerencias de Atención Primaria.
- Evaluación de la gestión de los Servicios Farmacéuticos de Hospitales: se ha procedido a comprobar diferentes áreas de actividad de 26 Servicios, con especial referencia a los aspectos asistenciales y

económicos de la adquisición, dispensación y consumo de medicamentos, estas últimas tanto en pacientes ingresados como externos, obteniendo los correspondientes indicadores de actividad y económicos. La evaluación se ha llevado a cabo en los siguientes Hospitales: Hospital General de Teruel, Hospital Miguel Servet (Zaragoza), Hospital Valle del Nalón (Riaño-Langreo), Hospital San Agustín (Avilés), Hospital de Jarrio (Coaña), Hospital Can Misses (Ibiza), Hospital Verge del Toro (Mahón), Hospital de Laredo, Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina), Complejo Hospitalario de León, Hospital Clínico (Salamanca), Hospital Virgen de la Vega (Salamanca), Complejo Hospitalario de Segovia, Hospital General de Soria, Hospital Clínico (Valladolid), Hospital Río Hortega (Valladolid), Hospital de Medina del Campo, Hospital Infanta Cristina (Badajoz), Hospital San Sebastián (Badajoz), Hospital Don Benito-Villanueva (Don Benito), Hospital de Mérida y Hospital de Llerena.

- Evaluación de las actividades de promoción del uso racional del medicamento: se han analizado, en 10 Gerencias de Atención Primaria, las actividades del uso racional del medicamento, así como la utilización de los medicamentos en la Atención Primaria y su repercusión en el gasto farmacéutico del INSALUD.

Actuaciones específicas del Área de Inspección de Farmacia

En cumplimiento de la mencionada Resolución de la Presidencia Ejecutiva, el Área de Inspección de Farmacia ha coordinado el

desarrollo de todas las actividades inspectoras en materia farmacéutica, en el ámbito del INSALUD, realizando, asimismo, con carácter específico, los siguientes programas:

- Tramitación de procedimientos disciplinarios y sancionadores en materia farmacéutica:

— Tramitación de actas de inspección e incoación de expedientes disciplinarios a las Oficinas de Farmacia.

— Tramitación de información previa e incoación de expedientes sancionadores a dos Laboratorios Farmacéuticos en virtud del R.D. 946/87 de 24 de abril.

	Ley del Medicamento	R.D. 141/77
Actas	38	13
Expedientes iniciados	38 (enviados a las CC.AA.)	9
Expedientes resueltos		18
Recursos de alzada informados		18

- Evaluación de la utilización de la Hormona de Crecimiento y del Interferón Beta. El Área de Inspección de Farmacia coordina desde 1989 el Comité Asesor del INSALUD para la Hormona de Crecimiento y desde 1996 el Comité Asesor del INSALUD para el Interferón Beta. Las solicitudes de tratamiento enviadas

por los especialistas hospitalarios, han sido evaluadas por dichos Comités, concediendo el tratamiento exclusivamente a los pacientes que reúnen los criterios de las indicaciones terapéuticas aprobadas oficialmente. Los resultados de su acción de evaluación han sido los siguientes:

	Hormona del crecimiento			Interferón Beta (uso hospitalario) (sólo adultos)	
	Niños	Adultos	Total		
Protocolos evaluados	INSALUD	1.070	206	1.276	1.572
	MUFACE (*)	44	5	49	34
Censo de pacientes en tratamiento en INSALUD (31/12/99)	995	174	1.169	1.538	
Tratamientos por 100.000 habitantes (INSALUD)	6,6	1,1	7,7	10,1	
Importe anual del consumo (INSALUD) en millones de Ptas.				2.589 (*)	4.152,6
% ▲▼ 99/98				8,1	27

(*) En virtud del convenio suscrito entre INSALUD y Muface, ambos Comités han evaluado los protocolos de pacientes procedentes de dicha Entidad.

(*) Una vez analizado todo el proceso de facturación de recetas en 1998 al INSALUD, los datos correctos correspondientes a 1998, fueron:

Importe anual consumo en millones de ptas.	2.394
▲ 98/97	2,04 %

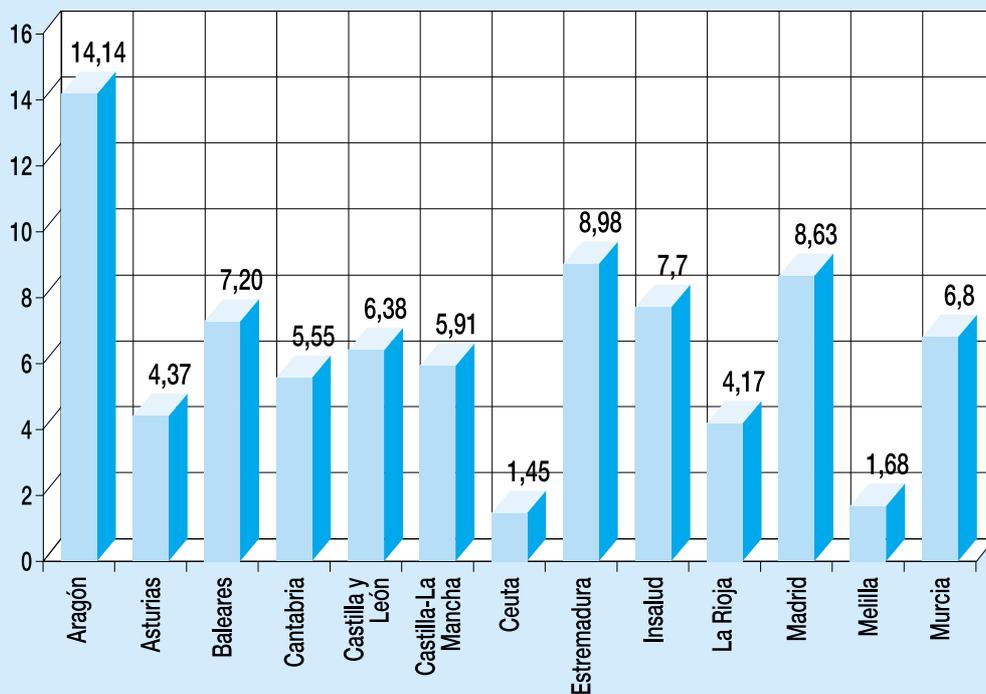


El índice de tratamientos globalmente considerado (adultos y niños) en 1999 con hormona de crecimiento es de 7,7 pacientes por

cada 100.000 habitantes, destacando la Comunidad Autónoma de Aragón, cuyo índice duplica el índice medio del INSALUD.

Hormona del Crecimiento

Índice de tratamientos por 100.000 habitantes
Año 1999

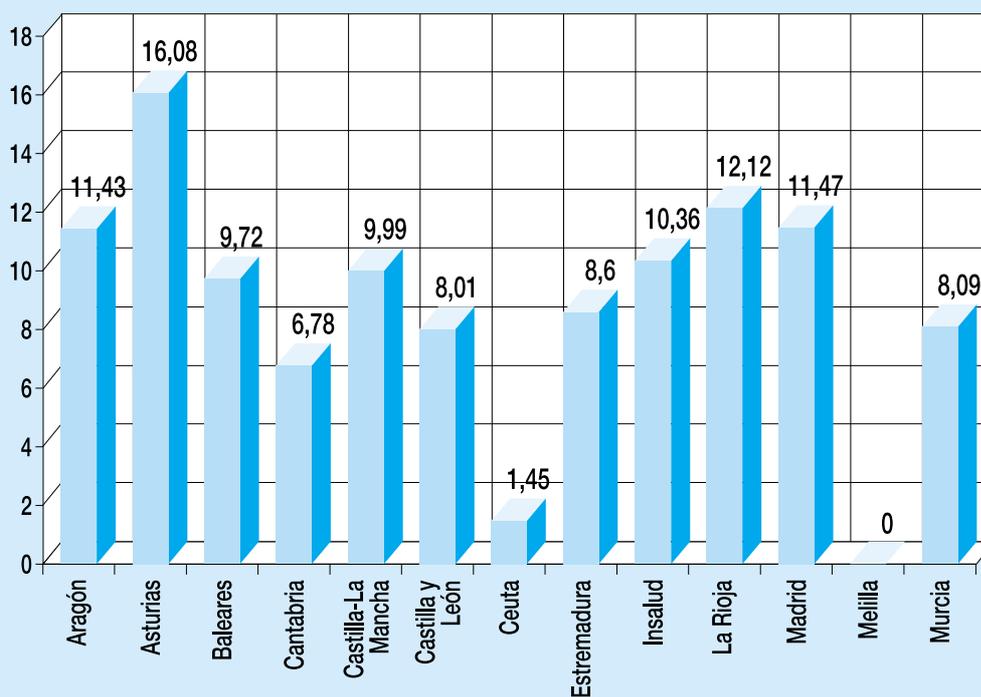


En relación con los tratamientos de Interferón Beta en 1999 el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó una nueva indicación terapéutica para el tratamiento de las formas progresivas de la esclerosis múltiple, que con anterioridad estaban excluidas de los criterios

terapéuticos de utilización de dicho medicamento. En 1999 el censo, de tratamientos a 31-12-99 es de 1.538 pacientes siendo, por tanto, el índice de tratamientos en el ámbito del INSALUD de 10,1 por 100.000 habitantes.

Interferón Beta

Índice de tratamientos por 100.000 habitantes
Año 1999



La aprobación de este Real Decreto 1891/1999, junto a la modificación de la normativa que regula actualmente el sistema de fiscalización de gastos y pagos que se tramitan por Fondo de Maniobra y que se encuentra en estos momentos en fase

de informe, va a permitir instrumentar un sistema de Fondo de Maniobra ágil y acorde a las necesidades actuales de los Centros de Gestión en su gestión de gastos y pagos y en su relación con proveedores.



Inspección en colaboración con el Grupo de Investigación de la Seguridad Social (GISS) de delitos y fraudes en materia farmacéutica y asistencia sanitaria

Actividades del GISS en 1999:

Asuntos estudiados	18
Asuntos tramitados a distintos Juzgados	17
Atestados instruidos	17
Personas detenidas o denunciadas a los distintos Juzgados	59
• Médicos	20
• Farmacéuticos	8
• Otros sanitarios (ATS/enfermeros)	2
• Funcionarios	4
• Particulares	25
Servicios particulares denunciados	
• Empresas particulares	10
Cuantía defraudada	734.756.596 ptas.

Incapacidad temporal y salud laboral

Incapacidad temporal

Durante el año 1999 las medidas llevadas a cabo en materia de gestión y control de la incapacidad temporal han seguido la línea de actuación iniciada el año anterior, encaminada a conseguir el cumplimiento de los compromisos contraídos en el Acuerdo de Financiación Sanitaria 1998/2001 que establece para el INSALUD una reducción acumulada del 9,40% para el año 1999 en el coste afiliado/mes por esta prestación. Dicho objetivo económico, al igual que el pasado año, ha tenido que ser aplicado a la duración de los procesos de baja por incapacidad temporal y convertido en porcentajes de reducción de los indicadores seleccionados para el seguimiento del Acuerdo (PB, Prevalencia de Bajas y DMA, Duración Media por Asegurado).

Gracias a la continuación del esfuerzo realizado en mejorar la IT, a 31 de diciembre de 1999 se había reducido en 3.110.321 días los 52.158.183 en los que se inició el Acuerdo de Financiación en 1997, lo que supone una reducción del 5,96%. No obstante, no se han podido alcanzar los buenos resultados obtenidos el año pasado, debido al acusado incremento registrado en el primer trimestre de patologías estacionales que elevaron la incidencia de procesos, comenzando en el mes de abril una paulatina recuperación, que con pequeñas variaciones se mantuvo a lo largo del año. A pesar de lo cual se disminuyó la duración media de los procesos en 6,17 días lo que supone una disminución del 13,5%

Actuaciones

Las actuaciones más relevantes llevadas a cabo por el INSALUD a lo largo del año, para mejorar la gestión y el control de la IT han sido las siguientes:

- Seguimiento del cumplimiento de los objetivos provinciales de control de IT, fijados para 1999 según lo establecido en el Acuerdo de Financiación Sanitaria.
- Se ha mantenido la colaboración entre Atención Primaria y la Inspección Sanitaria, lo que ha posibilitado la inclusión de objetivos en materia de incapacidad temporal en los contratos de gestión de Atención Primaria.
- Pilotaje de un nuevo sistema de información para la gestión de la incapacidad temporal con modificaciones en la aplicación informática.
- Diseño y realización en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo de un programa de formación sobre la gestión de la IT para médicos de Atención Primaria del ámbito INSALUD.
- Edición del tomo V de la Guía de Valoración del Menoscabo Permanente, y Reedición de los tomos III y IV.
- Ampliación del estudio de intervención sobre las patologías músculo-esqueléticas más prevalentes en incapacidad temporal a tres

áreas sanitarias de Madrid durante el año 1999. A los 6 meses de su puesta en práctica en cada una de las áreas, ha conseguido una disminución de días en IT del 28,31%, 28,20% y 27,01% respectivamente.

- Planificación de Jornadas de coordinación a nivel autonómico con las direcciones provinciales del INSS.

Evaluación y control de los indicadores

Programa de Control Genérico

Se centra en el seguimiento de los cuatro indicadores más significativos en el control de la prestación:

- Incidencia Mensual de Bajas (IMB).
- Prevalencia de Bajas (PB).
- Duración Media de Bajas (DMB).
- Duración Media por asegurado (DMA).

Los resultados registrados en 1999 han sido los siguientes:



	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
PAR	5.571.287	5.818.691	247.404	4,4
BT	1.018.653	1.231.207	212.553	20,9
AT	1.011.288	1.237.293	226.005	22,3
DBA	46.329.943	49.047.862	2.717.919	5,9
ABFM	128.246	138.021	9.775	7,6
IMB	1,52	1,77	0,25	16,4
PB	2,33	2,37	0,04	1,7
DMB	45,81	39,64	-6,17	-13,5
DMA	0,69	0,7	0,01	1,4

* Los datos básicos del año 1998 han sido modificados debido a una depuración de ficheros remitida por la Dirección Provincial de Cáceres, con posterioridad al cierre del año.

- Población Asegurada de Referencia (PAR).
- Bajas tramitadas (BT): Número de bajas laborales expedidas durante el año.
- Altas tramitadas (AT): Número de altas expedidas durante el año.
- Días en baja en las altas (DBA): Días en baja de las altas tramitadas durante el año.
- Asegurados en baja a fin de mes (ABFM): Número de asegurados que se hallaban en situación de baja laboral (media mensual).
- Incidencia mensual de bajas (IMB): Resultado de dividir el número de bajas tramitadas entre el número de asegurados. El resultado se multiplica por cien para referirlo a la población de referencia.
- Porcentaje/prevalencia de bajas (PB): Resultado de dividir el número de bajas que se mantienen al final de mes entre el número de asegurados de referencia, multiplicado por cien (media mensual).
- Duración media de las bajas (DMB): Resultado de dividir el total de días que estuvieron en baja las altas tramitadas entre el número total de las altas.
- Duración media por asegurado (DMA): Resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas entre el número de asegurados de referencia.

Programa de Control de Actividad de la Inspección

Programa de control de actividad de la Inspección				
	1998	1999	▲▼ 99/98	%▲▼ 99/98
N.º revisiones	258.740	258.076	-664	0,25
N.º altas	48.171	48.662	491	1,01
% altas revisiones	18,62	18,86	0,24	1,28

La mayor selectividad en las citaciones mejora la eficiencia.

Salud laboral

Las actuaciones llevadas a cabo en esta materia son las siguientes:

- Apoyo técnico en la constitución y desarrollo de los Servicios de Prevención del INSALUD y diseño y programación del Curso de Prevención de Riesgos Laborales dirigido al personal que va a estar incluido en los Servicios de Prevención.
- Colaboración con el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollando las siguientes actuaciones:
 - Actualización de los criterios básicos sobre organización de Recursos para la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención.
 - Revisión del conjunto mínimo básico de datos que los Servicios de Prevención deberán remitir a las Administraciones Sanitarias.
 - Estudio y elaboración de Protocolos de Vigilancia de la Salud con: entrega del Protocolo coordinado por el INSALUD de Riesgos Biológicos; edición de los protocolos del amianto, plaguicidas y cloruro de vinilo monómero; y elaboración de nuevos protocolos (movimientos repetidos, posturas forzadas, neuropatías por presión, ruido, enfermedades respiratorias de mecanismo alérgico, otras enfermedades respiratorias, neurotoxicidad...).
- Participación en el grupo de trabajo creado en el seno de la Comisión Nacional de Sanidad y

Seguridad en el Trabajo, sobre dotación e integración de profesionales sanitarios en los Servicios de Prevención:

— Realización de un estudio sobre Enfermedades Profesionales.

- Actualización y edición de las Notas explicativas de ayuda al diagnóstico de las Enfermedades Profesionales.
- Elaboración en colaboración con la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del primer curso de actualización en Salud Laboral para Médicos de Atención Primaria, con la edición de un libro y la organización y planificación de 20 cursos para 600 médicos en 10 Comunidades Autónomas, cuya finalización está prevista para mayo del año 2000.

Entidades colaboradoras

Visitas de inspección a Entidades Colaboradoras y realización de informes sobre:

- Creación y remodelación de centros asistenciales (23).
- Suficiencia centros asistenciales (21).
- Establecimiento de conciertos con entidades privadas (98).

Emisión de informes por parte de las Direcciones Provinciales del INSALUD sobre la Entidad Colaboradora Telefónica.



Puesta al día de todos los centros y recursos que ponen a disposición de la asistencia las Entidades Gestoras de la Seguridad Social en el ámbito INSALUD. Estudio realizado por los Coordinadores de IT de las 27 Direcciones

Provinciales del INSALUD, según lo establecido en el Plan de Inspección 1999. En relación con el seguimiento de la acreditación y adecuación de los centros asistenciales dependientes de las entidades colaboradoras a la normativa vigente.

Planificación y cambios en la organización



Planificación y cambios en la organización

Plan estratégico

En 1998 se hizo público el Plan Estratégico de INSALUD, primer documento de planificación integral del INSALUD, cuyas referencias básicas se encontraban en la Ley 15/1997, de 25 de abril y en las conclusiones y recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria para la Mejora y Modernización del Sistema Nacional de Salud que debía enmarcar la gestión de la asistencia sanitaria del INSALUD en los siguientes cuatro años.

Las líneas estratégicas del Plan presentan, para cada uno de los escenarios o áreas comunes, los objetivos globales sobre los que se basa la determinación de las líneas de actuación específica de cada una de ellas y cuyos resultados, en 1999, han quedado reflejados en los diferentes apartados de esta Memoria.

Objetivo institucional prioritario del Plan es la orientación de los servicios a los ciudadanos, para avanzar en unos servicios y prestaciones de calidad, que den respuesta a sus necesidades y expectativas así como a las de sus profesionales. La sistematización y ordenación de estos objetivos se ha realizado en 1999 con el *Plan de Calidad Total* que permite un desarrollo integral y coordinado de la calidad en el INSALUD.

Planes Estratégicos de los hospitales del INSALUD

Como continuación del desarrollo de esta línea estratégica del INSALUD, durante 1999 ha continuado y finalizado el proceso de elaboración de los Planes Estratégicos de los hospitales y complejos hospitalarios del INSALUD. Es el primer proceso de planificación global en todos los hospitales de la red del INSALUD.

Este proceso se ha realizado, en todos los casos, con la activa participación de los profesionales en el diseño de las actuaciones de futuro para sus hospitales.

Paralelamente, se ha trabajado en el análisis de las líneas estratégicas de desarrollo definidas en los diferentes planes, para facilitar el seguimiento de cada uno de ellos y el estudio comparado de los Planes de Centros.

Planes estratégicos de Atención Primaria

En la misma línea, se ha iniciado, en el último trimestre del año, la elaboración de los planes estratégicos de las Gerencias de Atención Primaria y de los Centros Coordinadores de Urgencias 061.

Con el fin de facilitar el desarrollo metodológico del proceso de planificación estratégica a las Gerencias, se ha elaborado una guía operativa.

Durante 1999 se han iniciado 15 planes estratégicos, y el resto lo serán en el año 2000, contándose, en todos los casos, con la implicación activa de los profesionales en el proceso de planificación.

Nuevas formas de gestión y organización

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud establecía el marco que posibilita nuevas fórmulas organizativas más flexibles para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos. En desarrollo de lo previsto en la Ley el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, establecía la posibilidad de crear Fundaciones Públicas Sanitarias en el ámbito del INSALUD, como forma organizativa sin ánimo de lucro de los centros sanitarios que permitiendo la descentralización de la gestión, deja intacta la titularidad pública de los centros y respeta el régimen estatutario de todo el personal.

Resultaba obligado el desarrollo reglamentario de ambas normas, cuya elaboración se ha realizado en 1999. El Proyecto de Reglamento sobre nuevas formas de gestión en el Instituto Nacional de la Salud, que será publicado en el mes de enero de 2000, consagra la autonomía de gestión con que se dota a las entidades reguladas, fundaciones de la Ley 30/1994, consorcios y sociedades estatales, todas ellas recogidas en la Ley 15/1997, así como las fundaciones públicas sanitarias reguladas en la Ley 50/1998, manteniendo el carácter de servicio público que se preserva y garantiza a lo largo de todo el articulado. Se potencia la participación

institucional y ciudadana, se garantiza el régimen estatutario del personal que presta servicios en los centros del INSALUD, se refuerza el papel de los profesionales y se consagra la gestión clínica.

Puesta en marcha de la Fundación Hospital Calahorra

Avanzando en el desarrollo del nuevo modelo organizativo, se ha elaborado el plan de empresa y el de puesta en marcha del nuevo Hospital de Calahorra, que funcionará bajo la forma jurídica de Fundación, en paralelo al avance del proceso de construcción del edificio. Se espera que la entrega de la obra se realice en marzo del 2000, iniciándose la actividad asistencial a lo largo de dicho año.

Realización de planes de empresa

Además del correspondiente al Hospital de Calahorra, se encuentra en elaboración el plan de empresa del futuro Hospital Palma II, que iniciará su actividad durante el año 2000.

Fundaciones de Investigación

El documento de referencia para la constitución de Fundaciones de Investigación ha sido aprobado en 1999, esperándose su publicación en el primer semestre del año 2000.

Las Fundaciones de Investigación son organizaciones promovidas por INSALUD, que sirven fines de interés general, dotadas de personalidad jurídica propia y que se rigen por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre. Se dirigen a proporcionar a los Centros Sanitarios del INSALUD una herramienta para el desarrollo de la investigación científica y la gestión del



conocimiento. Su objeto es el de estimular, impulsar, promover y facilitar la investigación científica y la gestión del conocimiento. Las Fundaciones de Investigación permitirán la dirección estratégica de la investigación y su priorización, en términos de coste-utilidad.

Áreas Clínicas e Institutos de Hospitales del INSALUD

En el año 1999 se elaboró el documento que define el marco de referencia para la constitución de Áreas Clínicas o Institutos en los Hospitales del INSALUD, una nueva experiencia organizativa que pretende ser la base de un nuevo concepto de organización hospitalaria, el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación, que ya contaba con antecedentes en el propio INSALUD.

Se trata de una fórmula organizativa intermedia entre el servicio clínico y las organizaciones con autonomía de gestión; se enmarcan en el ámbito

de un hospital, estructuradas en base a los procesos clínicos, con participación, implicación, capacidad de decisión en su ámbito de competencias, ejercicio de responsabilidad y utilización de sistemas de información como elemento de evaluación de coste-efectividad y de calidad.

A pesar de las referencias a esta cuestión en los sucesivos Contratos Programa y luego de Gestión, hasta 1998 no se llevaron a la práctica las actuaciones relevantes en este sentido destinadas a potenciar la autonomía de gestión de los hospitales tradicionales: negociación del Contrato de Gestión a nivel de las Direcciones Territoriales, implantación de seis proyectos piloto de Áreas Clínico-Funcionales o Institutos.

Las actuaciones en este ámbito durante el año 1999 han sido la consolidación y desarrollo de los proyectos de 6 Áreas Clínico-Funcionales o Institutos implantados en los siguientes Hospitales:

Hospitales	Institutos
Clínico San Carlos (Madrid)	Instituto Cardiovascular
Ramón y Cajal (Madrid)	Instituto del Corazón
Clínico Universitario Valladolid	Instituto Cardiovascular
Complejo Hospitalario Toledo	Instituto Ciencias Cardiovasculares
Marqués de Valdecilla (Santander)	Instituto de Patología Digestiva
Virgen Arrixaca (Murcia)	Instituto de Oncología

Asimismo se han sentado las bases para extender los proyectos de gestión clínica a un mayor número de hospitales.

Telemedicina

En la línea estratégica de profundización en una nueva orientación de la prestación de servicios sanitarios, INSALUD ha apostado por la introducción de la Telemedicina en sus centros.

Tras iniciar en 1998 el proyecto de comunicación entre la Fundación Hospital Alcorcón y el Área 8 de Atención Primaria de Madrid, y recogiendo otras experiencias previas, se ha elaborado durante el cuarto trimestre de 1999, el "PLAN DE TELEMEDICINA DEL INSALUD" que será editado y presentado en el comienzo del año 2000, y cuyo objetivo es facilitar la introducción planificada, ordenada y evaluada de las aplicaciones de Telemedicina en los Centros.

Dicho plan propone objetivos concretos ajustados a las siguientes líneas prioritarias de desarrollo:

- Comunicación Atención Primaria–Atención Especializada.
- Atención a zonas aisladas.
- Comunicación entre Centros Sanitarios.
- Soporte de la asistencia domiciliaria.
- Desarrollo de sistemas de apoyo a la toma de decisiones para profesionales y gestores.
- Información para usuarios y profesionales.

El proyecto de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada pretende asegurar la continuidad en la asistencia, aportando agilidad, calidad y eficiencia al proceso asistencial, con mayor comodidad y satisfacción

para el paciente; además debe mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y la comunicación interprofesional. Este proyecto se está materializando, desde 1998, con la comunicación entre la Fundación Hospital Alcorcón y el Área 8 de Atención Primaria de Madrid, estando ya operativas las siguientes funcionalidades:

- Cita bidireccional en tiempo real.
- Intercambio de información electrónica (Parte de interconsulta, informes de alta, informes radiológicos, resultados de laboratorio...).
- Petición de estudios de laboratorio.
- Petición de estudios radiológicos.

A 31 de diciembre de 1999, están en fase de planificación las aplicaciones de Telerradiología, Telediagnóstico y Teleconsulta para completar el proyecto, de forma que durante el año 2000, este modelo de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada pueda ser de aplicación al resto de áreas sanitarias, en la medida que avance el Proyecto de renovación tecnológica de Hospitales y el de informatización integral de Centros de Salud. Los primeros centros en los que se materializará este modelo serán:

- Hospital Príncipe de Asturias AP Área 3 de Madrid.
- Hospital de Calahorra, AP Rioja Baja.
- Hospital Can Misses, CS Formentera.

También en el último trimestre de 1999 se ha iniciado el proyecto de conexión entre el Hospital



Príncipe de Asturias y el Centro Penitenciario Madrid II, como materialización de un convenio establecido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio del Interior.

En 1999 se ha consolidado la Intranet del INSALUD, como herramienta de comunicación interna y como vehículo de servicios, tales como el correo electrónico y el acceso a bases de datos y bibliografía, disponibles para los profesionales a través de la red corporativa.

Plan de calidad total

Durante 1999 se ha trabajado en el diseño y elaboración del Plan de Calidad Total del INSALUD, continuando la labor iniciada en 1998. El documento final se encuentra finalizado y será publicado en enero del año 2000.

El Plan de Calidad Total del INSALUD:

- toma como eje el establecimiento de un sistema que permita gestionar la mejora continua de la organización con la finalidad de que los

servicios de asistencia satisfagan las necesidades de los ciudadanos, sean más eficientes y efectivos y los profesionales se sientan satisfechos con su trabajo en la organización,

- fija las directrices generales para que todos los servicios que se ofertan a los ciudadanos tengan unos estándares de calidad homogéneos y busquen la excelencia.

Para garantizar el cumplimiento de los compromisos concretos con los ciudadanos, el Plan de Calidad implica el impulso para la elaboración de la Carta General de Derechos de los Pacientes del INSALUD que informa a los ciudadanos sobre los derechos y expectativas que les asisten y pueden esperar del servicio prestado por INSALUD. En relación con estos derechos y expectativas, se generarán estándares de calidad del servicio que INSALUD se propone alcanzar, que en las Cartas de Área se adaptarán a la posición, posibilidades y objetivos de cada Centro, y cuyo seguimiento será la base de la puesta en marcha del Plan de Calidad Total del INSALUD.

Otras actividades



Otras actividades

Participación

Las actividades más significativas de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión del INSALUD durante 1999 fueron las siguientes:

Consejo General

Sesiones	Temas tratados
24-03-99	Cierre del Contrato de Gestión 1998 y presentación del Contrato de Gestión 1999.
	Cierre provisional del Ejercicio 1998.
30-06-99	Memoria INSALUD 1998.
	Acciones encaminadas para el desarrollo de la Gestión Clínica en el INSALUD.
22-09-99	Anteproyecto de Presupuestos del INSALUD para el año 2000: Objetivos asistenciales.
	Anteproyecto de Presupuesto del INSALUD para el año 2000: Dotaciones económicas.
	Informe sobre la tramitación del Proyecto de Real Decreto de Nuevas Formas de Gestión
22-12-99	Políticas de consolidación de empleo en el ámbito del INSALUD.
	Valdecilla: Informe sobre el incidente y medios adoptados en otros hospitales.

Como punto fijo del Orden del día, se incluyó el Informe de la Presidencia al Consejo con datos básicos de actividad y otros aspectos significativos. De los temas tratados en este apartado merecen especial atención:

- Realizaciones INSALUD 98, INFORME que versó sobre las actuaciones desarrolladas por esta Entidad durante 1998.
- Cierre del Contrato Gestión.
- Informe del Defensor del Pueblo.
- Nuevas Formas de Gestión. Proyecto de Reglamento.
- Efecto 2000.

Comisión Ejecutiva del Consejo General

La Comisión Ejecutiva del Consejo General del Instituto Nacional de la Salud, celebró, en cumplimiento de sus atribuciones durante el año 1999, las siguientes sesiones:

Sesiones	Temas tratados
27-01-99	Informe sobre evolución de las Listas de Espera.
	Informe del estudio general de las causas de fondo de la Incapacidad Transitoria en el campo concreto de las alteraciones músculo-esqueléticas.
	Áreas clínicas.
24-02-99	Informe sobre la situación en los Hospitales del INSALUD de la detección del "Aspergillus".
	Evaluación y seguimiento del Capítulo I (Gastos de personal).
18-03-99	Cierre provisional del Ejercicio 1998.
	Servicios de prevención de riesgos laborales en el INSALUD.
28-04-99	Responsabilidad de la prescripción farmacéutica en el INSALUD.
	Confidencialidad del proyecto TAIR: "Valoración técnica del INSALUD".
26-05-99	Actuaciones en materia de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.
	Evaluación asistencial en Atención Primaria: cartera de servicios, programas de calidad asistencial.
	Memoria 1998.
23-06-99	Sistema de Información de Cartera de Servicios.
	Memoria 1998.
28-07-99	Seguimiento del Presupuesto del INSALUD.
	Criterios de asignación de recursos a los Centros.
15-09-99	Anteproyecto del Presupuesto del INSALUD para el año 2000: Objetivos Asistenciales.
	Anteproyecto de Presupuesto del INSALUD para el año 2000: Dotaciones Económicas.
27-10-99	Desarrollos telemáticos del INSALUD.
	Información de las actuaciones del INSALUD en la subcontratación de los archivos de Historias Clínicas.
24-11-99	Efecto 2000. Planes de contingencias.
	Información sobre el accidente acaecido el 2 de noviembre en el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".
15-12-99	Nueva estrategia de gestión de terapias respiratorias domiciliarias. EOLO 99.
	Calendario de sesiones del Consejo General y Comisión Ejecutiva. Año 2000.



Comisiones Ejecutivas Provinciales

Durante el año 1999 se han celebrado un total de 259 sesiones. Agrupadas por Comunidades Autónomas, el número de sesiones celebradas en cada provincia es el siguiente:

CC.AA.	Provincia	Sesiones
Aragón	Huesca	11
	Teruel	10
	Zaragoza	8
Asturias	Asturias	9
Baleares	Baleares	11
Cantabria	Cantabria	11
Castilla-La Mancha	Albacete	9
	Ciudad Real	7
	Cuenca	10
	Guadalajara	8
	Toledo	11
Castilla y León	Ávila	10
	Burgos	11
	León	8
	Palencia	10
	Salamanca	9
	Segovia	11
	Soria	10
	Valladolid	11
	Zamora	9
Extremadura	Badajoz	5
	Cáceres	7
Madrid	Madrid	11
Murcia	Murcia	7
La Rioja	La Rioja	10
Ceuta	Ceuta	11
Melilla	Melilla	11
Total		256

Los asuntos de carácter general que fueron tratados por las Comisiones Ejecutivas Provinciales, han sido los siguientes:

- Gestión Atención Primaria y Atención Especializada.
- Lista de Espera.
- Gasto Farmacéutico.
- Atención domiciliaria.
- Incapacidad Temporal.
- Obras.
- Presupuesto 2000.
- 061.
- Conciertos.
- Planes Estratégicos.
- Inversiones.

Además de los temas comunes tratados que afectan a la globalidad del INSALUD, se han visto otros específicos de la organización de cada una de las Provincias o del ámbito competencial de cada una de ellas.

Tanto el Consejo General como la Comisión Ejecutiva Central fueron informados sobre los acuerdos, peticiones y solicitud de información llevados a cabo en las distintas Comisiones Ejecutivas Provinciales.

Formación

Las acciones en materia de formación del personal más destacables durante 1999 son las siguientes:

Actividades de formación incluidas en el convenio suscrito con la Escuela Nacional de Sanidad en el anexo para 1999:

- *Master y diplomaturas.* Por un importe de 29,459 millones de pesetas, se imparten a 173 alumnos, con un total de 2.040 horas lectivas.
- *Seminarios aplicados.* Con un total de 54 horas lectivas, se imparten a 59 alumnos con un coste total de 1,080 millones de pesetas.
- *Cursos específicos.* Para estos cursos se destinaron 36,28 millones de pesetas, en los que participaron un total de alumnos de 1.358 que asistieron a 1.632 horas lectivas.

Actividades formativas impartidas de forma descentralizada

Las Gerencias de Atención Primaria y Especializada promovieron la realización de cursos de formación de forma descentralizada con un presupuesto de 408.978.000 pesetas, de los que 272.986.000 correspondieron a Atención Especializada y 135.992.000 a Atención Primaria.

Actividades formativas con cargo a los créditos para formación continua gestionados por el Ministerio para las Administraciones Públicas en 1999

Con un presupuesto de 210 millones de pesetas se impartieron diversos cursos de forma

descentralizada, promovidos por las gerencias de atención primaria y especializada, en los que participaron aproximadamente 19.258 alumnos, que asistieron a 19.318 horas lectivas a través de 1.110 acciones formativas. Estos datos no pueden considerarse totalmente definitivos, están sujetos a las posibles modificaciones que sea preciso cuando se complete la depuración de la abundante información recibida de todos los centros.

Actividades de formación realizadas en 1999 por las Organizaciones Sindicales, a través de los conciertos firmados con la Presidencia Ejecutiva:

- CCOO: se impartieron 39 cursos, con una asistencia de 985 alumnos, por un importe de 19,868 millones de pesetas y un total de 985 horas lectivas.
- CEMSATSE (sector Enfermería): se impartieron 12 cursos, con un coste de 13,08 millones de pesetas, participando 487 alumnos en 470 horas lectivas.
- CEMSATSE (sector Médico): se celebraron 10 cursos con una asistencia de 240 alumnos en 320 horas, por un importe de 13,08 millones de pesetas.
- SAE: se impartieron 58 cursos, con una participación de 2.400 alumnos y un coste de 11,633 millones de pesetas. (s.e.u.o; en revisión).
- CSIF: se celebraron 37 cursos, con un coste de 10,543 millones de pesetas, para 1.074 alumnos durante 1.245 horas lectivas.



UGT: se impartieron 50 cursos formativos por un total de 1.918 horas lectivas, para 1.258 alumnos con un coste total de 16,79 millones de pesetas.

Actividades formativas en los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales/ Provinciales del INSALUD- 1999

En los Servicios Centrales del INSALUD y dirigidos al personal que presta servicios en los mismos, se realizaron un total de 84 cursos, con una asistencia de 1.431 alumnos, un número de horas lectivas de 1.333 y un coste de 23 millones de pesetas.

Asimismo se descentralizaron 81,635 millones de pesetas para el desarrollo de estas actividades en las Direcciones Territoriales/Provinciales.

Coordinación con las Comunidades Autónomas

Durante 1999 el INSALUD ha continuado potenciando, en su ámbito territorial, la colaboración con las Comunidades Autónomas, que se ha traducido en la suscripción de numerosos convenios y acuerdos de colaboración en materia de asistencia sanitaria, que se relacionan en el siguiente epígrafe de la presente Memoria.

En esta línea de normalización, coordinación y colaboración con las diferentes Administraciones Territoriales, han continuado celebrándose las reuniones de las Comisiones de Coordinación de Asistencia Sanitaria con las Comunidades Autónomas, en el ámbito territorial del Insalud, y se ha impulsado y consolidado un marco de

relaciones permanentes entre las Direcciones Territoriales del INSALUD y las Consejerías de Sanidad de las respectivas Comunidades Autónomas.

Convenios y acuerdos de colaboración en materia de asistencia sanitaria

- Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Murcia y el INSALUD para la realización de un programa de detección precoz de cáncer de mama, de 19 de enero de 1999.
- Convenio de Encomienda Mutua de Gestión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD en materia de donación, trasplantes e implantes de órganos, de 1 de febrero de 1999.
- Protocolo de colaboración entre el INSALUD y la Diputación General de Aragón para el desarrollo de la cartera de servicios del Hospital Royo Villanova como Hospital General del Área V de Zaragoza, de 4 de febrero de 1999.
- Convenio de colaboración entre el Gobierno de Melilla y el INSALUD para la realización de un programa de detección precoz del cáncer de mama en la Ciudad Autónoma de Melilla, de 10 de abril de 1999.
- Convenio entre el Servicio Murciano de Salud y el Instituto Nacional de la Salud para la coordinación funcional de los recursos de asistencia sanitaria especializada en la Comunidad de Murcia, de 16 de abril de 1999.
- Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Justicia, el INSALUD y la Excma. Diputación

- Provincial de Ciudad Real, para la instalación de las dependencias del futuro Instituto de Medicina Legal de Castilla-La Mancha, en Ciudad Real, de 26 de abril de 1999.
- Convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el INSALUD para la implantación de un sistema de urgencias y emergencias sanitarias en la Región de Murcia (061), de 10 de mayo de 1999.
 - Protocolo de colaboración entre la Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, la Universitat de les Illes Balears y el INSALUD, para la constitución del Futuro Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, de 17 de mayo de 1999.
 - Convenio de colaboración entre la Junta de Castilla y León y el INSALUD, para la coordinación del servicio de atención de llamadas de urgencia (112), de 19 de mayo de 1999.
 - Convenio Específico de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y el INSALUD para la mejora de la atención sanitaria de la población de la Comarca de Ciudad Rodrigo, de 19 de mayo de 1999.
 - Convenio Específico de Colaboración con la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, para el desarrollo del Acuerdo de Colaboración de 12-5-97 para mejora de atención Sanitaria de las Zonas Básicas del Valle del Tiétar, de 19 de mayo de 1999.
 - Protocolo de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y el Instituto Nacional de la Salud para la mejora de la atención sanitaria de la población de la Comarca de Ciudad Rodrigo, de 19 de mayo de 1999.
 - Convenio entre la Universidad Complutense de Madrid y el INSALUD sobre la utilización conjunta de espacios en el Instituto de Medicina y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, de 20 de mayo de 1999.
 - Convenio de colaboración entre el Gobierno de La Rioja, la Asociación Española contra el Cáncer y el INSALUD para el desarrollo de un programa de prevención de cáncer de mama, de 26 de mayo de 1999.
 - Convenio de Colaboración entre el INSALUD y el Instituto de Salud Carlos III para la gestión del Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva (Hospital Carlos III), de 26 de mayo de 1999.
 - Convenio a suscribir entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Presidente de la Diputación Provincial de Santander para la integración del personal de la Fundación Pública Marqués de Valdecilla, de 28 de mayo de 1999.
 - Convenio de cooperación entre el INSALUD y el Centro de Investigaciones Sociológicas, para la realización de un trabajo de investigación sobre “valoración de los Servicios de Atención Primaria por los usuarios del INSALUD”, de 25 de junio de 1999.
 - Protocolo adicional al Convenio de cooperación entre la Asociación de Donantes de Sangre de



- La Rioja, Gobierno de La Rioja y el INSALUD para el desarrollo de la hemodonación en La Rioja a lo largo de 1999, de 28 de junio de 1999.
- Convenio específico de colaboración para 1999 entre el INSALUD y el Instituto de la Mujer, en virtud del convenio marco suscrito entre ambos organismos, de 30 de junio de 1999.
 - Convenio de colaboración entre el INSALUD y la Fundación Jiménez Díaz por el que se articula la transferencia de capital del INSALUD para financiar la actualización de infraestructuras y equipamiento de la Fundación, de 1 de julio de 1999.
 - Convenio de colaboración INSALUD y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para la puesta en funcionamiento y desarrollo de un servicio "061" en Castilla-La Mancha, de 12 de julio de 1999.
 - Acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de La Rioja y la Dirección Territorial del Instituto Nacional de la Salud, sobre prestación farmacéutica en los Centros Sociosanitarios, de 1 de septiembre de 1999.
 - Acuerdo de colaboración entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, el INSALUD y la Fundación Madrileña de Telecomunicaciones, de 21 de octubre de 1999.
 - Convenio para la Coordinación de la Atención de Urgencias Extrahospitalarias y Emergencias Sanitarias entre la Delegación del Gobierno en Asturias y el INSALUD (061), de 26 de octubre de 1999.
 - Acuerdo de actualización del Convenio de colaboración entre el INSALUD, MUFACE, ISFAS y MUGEJU, para la prestación de servicios sanitarios en el medio rural, de 30 de octubre de 1999.
 - Convenio Marco de Colaboración entre la Dirección General de Minas y el INSALUD, de 26 de noviembre de 1999.
 - Protocolo de Colaboración en materia de transporte sanitario de urgencias entre la Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad de Madrid y la Fundación Hospital Alcorcón, de 1 de diciembre de 1999.
 - Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y el Hospital Ramón y Cajal de la Dirección Territorial del INSALUD de Madrid (Eliminación del Sarampión), de 16 de diciembre de 1999.
 - Convenio de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el INSALUD, para el desarrollo de actividades para el mejor conocimiento del Síndrome del Aceite Tóxico y de la evolución clínica de los pacientes afectados, de 21 de diciembre de 1999.
 - Convenio Específico entre la Dirección General de Minas y el INSALUD para la campaña de control y análisis del polvo en relación con la Silicosis.

Jurídica

Procedimientos contenciosos

Ante la jurisdicción laboral	Procedimientos iniciados contra la Entidad				Procedimientos iniciados por la Entidad			
	Número Procedt.	Desis- tidos	Sent. favorab. a la Ent.	Sent. desfav. a la Ent.	Número Proced.	Desis- tidos	Sent. favorab. a la Ent.	Sent. desfavo. a la Ent.
Cuestiones planteadas por el Personal	2.086	185	626	723	71	6	6	11
Reintegro de gastos	253	16	171	73	1	1	—	4
Impugnación altas médicas	741	140	319	175	10	11	—	13
Otras materias	237	34	89	26	4	—	2	1
Totales	3.317	375	1.205	997	76	18	8	29

Sentencias recurridas Suplicación	Número Formali- zaciones	Sent. favor. a Entidad	Sent. desfav. a Entidad	Recursos pendient.	Número Formali- zaciones	Sent. favor. a Entidad	Sent. desfav. a Entidad	Recursos pendient.
Personal	217	97	127	419	365	98	143	343
Reintegro de gastos	61	27	45	61	52	23	25	55
Impugnación altas médicas	127	118	69	224	36	10	29	127
Otras materias	39	8	30	12	17	6	10	5
Totales	444	250	271	716	453	121	207	530

Ante otras jurisdicciones	Procedimientos iniciados contra la Entidad			Procedimientos iniciados por la Entidad		
	Número Proced.	Sent. favorab. a la Ent.	Sent. desfav. a la Ent.	Número Proced.	Sent. favorab. a la Ent.	Sent. desfav. a la Ent.
Procedimientos civiles: Responsabilidad civil	46	40	8	2	—	—
Procedimientos civiles: Otras materias	6	—	2	2	—	—
Procedimientos penales: Responsabilidad civil	376	86	22	4	—	—
Procedimientos penales: Otras materias	32	8	—	—	4	2
Procedimientos Económico-Administrativos	—	—	—	—	4	2
Procedimientos Contencioso-Administrativo: personal	274	112	92	4	—	2
Procedimientos Contenc-Advos.: otras materias	202	40	146	6	—	—
Otros procedimientos	—	—	—	—	—	—
Totales	936	286	270	18	8	6

Ante el Tribunal Supremo	
Anuncios casación por la Entidad	20
Anuncios casación contra la Entidad	169
Total personaciones efectuadas	519



Relaciones internacionales

Durante 1999 se han continuado desarrollando las líneas de actuación iniciadas en 1998: se mantiene el Registro de Proyectos Internacionales, la Red Hospitalaria de Responsables de Cooperación Internacional ha alcanzado el 90% de los Hospitales del INSALUD y se han firmado 11 Convenios de Hermanamiento de Hospitales con Hospitales de Argentina, Chile, Méjico, Ecuador, Cuba, Estados Unidos, Rumania y Bulgaria.

El INSALUD, en colaboración constante con el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha recibido institucionalmente varias visitas de delegaciones extranjeras al más alto nivel interesadas en conocer y profundizar en aspectos del modelo sanitario español. De entre estas visitas pueden destacarse las delegaciones recibidas de Francia, Suecia, Reino Unido, Portugal, Estados Unidos, Rumanía, Brasil, Cuba, Marruecos, República Popular China, República de Corea, Japón o Tailandia.

El INSALUD participa en varias organizaciones de carácter internacional. Es miembro del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea (HOPE) y de la Federación Internacional de Hospitales. En 1999 se ha formalizado la participación de INSALUD en la EHMA (European Health Management Association), asociación de estrecha relación con OMS Europa que tiene como objetivo fundamental desarrollar teorías sobre política y gestión sanitaria y su aplicación en la práctica.

Como miembro del HOPE, INSALUD participa en sus dos Subcomités, el de Coordinación y el de Economía y Planificación y ha asistido a todas

las reuniones celebradas en 1999, un total de cuatro a las que se añaden las dos del Comité Ejecutivo. El Subcomité de Coordinación ha mantenido durante 1999 el Grupo de Trabajo, liderado por INSALUD, que ha realizado el Proyecto Europeo de Gestión de Listas de Esperas. Asimismo, INSALUD ha participado en otros dos Grupos de Trabajo, dependientes de este Subcomité, dedicados al Proyecto Cáncer en Europa y a Calidad Hospitalaria. En el Subcomité de Economía y Planificación INSALUD participa en el proyecto piloto para la elaboración de un Sistema de Información Sanitaria que permita la comparación entre los países europeos "European Health Care Data".

La labor realizada en el HOPE durante 1999 ha culminado con la organización del AGORA 5 *Salud en Europa*, en colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que se celebró en Sevilla el 7 y 8 de octubre, coincidiendo con la reunión del Comité Ejecutivo de HOPE.

En 1999, INSALUD ha acometido la organización de la Conferencia Extraordinaria de la Federación Internacional de Hospitales que se celebrará en Palma de Mallorca en la primera semana de junio del año 2000, y de la Asamblea Extraordinaria del HOPE que la precederá.

La presencia de INSALUD resulta notable en otros foros: participación en el Grupo de la OMS sobre Derechos de los Pacientes, y en el que prepara el programa Salud para el siglo XXI; así como en las reuniones que el Alto Comité de Salud de la Unión Europea ha dedicado al impacto del mercado interno sobre los servicios de salud y en las Jornadas Europeas, organizadas por la Comisión y el Parlamento Europeo, sobre Seguridad

Alimentaria. En 1999 se ha propuesto la participación en el Proyecto de Red Temática sobre la Atención Integral al Anciano, en el que toman parte varios países, dentro del V Programa Marco de la UE para el que se prevé una duración de 3 años (2000-2003).

El Programa de Intercambio Europeo de Profesionales Sanitarios ha continuado en su línea de incremento: este programa, dependiente del HOPE, está específicamente centrado en el intercambio de experiencias en materia de gestión y administración sanitarias y se dirige a gestores de hospitales y otros profesionales de la salud. El programa se extiende a todos los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo su coordinación a INSALUD, dada su pertenencia al HOPE, INSALUD facilita a los distintos Servicios de Salud y a los profesionales interesados la posibilidad de participar en el programa que supone cuatro semanas de estancia en uno de los hospitales anfitriones de los países participantes para finalizar con una semana en la que todos los participantes se reúnen, en el país señalado, para la sesión de evaluación y para asistir al seminario final, que en el año 1999 se celebró en Finlandia bajo el tema monográfico *Continuidad de Cuidados*.

En el mes de noviembre de 1999 la Comisión de Coordinadores Nacionales del Programa de Intercambio HOPE celebró reunión en Manchester, a la que asistió la representación de INSALUD. Un total de 31 profesionales españoles han resultado aceptados, en diferentes hospitales europeos, para realizar la estancia durante el año 2000. El seminario final se realizará en Larisa (Grecia) bajo el tema monográfico *Benchmarking A Powerful Tool Positive Performance in European Hospitals*.

Programa de intercambio HOPE (1998-2000) Número de participantes españoles aceptados

	1998	1999	2000
INSALUD	19	14	22
CC.AA. transferidas	6	10	9
Total participantes	25	24	31

En el ámbito de la cooperación al desarrollo, se ha comenzado en 1999 la elaboración de un Plan de Cooperación Internacional de INSALUD, que pretende definir y estructurar las acciones y actividades que INSALUD puede desarrollar en el ámbito de la ayuda de emergencia y urgente a países en situación de catástrofe, y establecer procedimientos estables de cooperación con ONGs (cesión de material, ayuda humanitaria, colaboración de personal, programas de formación, etc.) y procedimientos de cooperación institucional con países extranjeros. Este plan observará las directrices contenidas en el Plan Nacional de Cooperación al Desarrollo.

Mientras tanto se han continuado líneas anteriores, tanto en el campo de la ayuda humanitaria, facilitando asistencia sanitaria a pacientes a requerimiento de ONGs como en el de la cesión de material a Organizaciones e Instituciones de países en vías de desarrollo.

Tecnología informática

Durante 1999 se ha continuado con el desarrollo de los proyectos iniciados anteriormente y se han puesto en marcha nuevas iniciativas, que, en



conjunto ponen de manifiesto la clara intención del INSALUD de proveerse de un conjunto de herramientas tecnológicas y aplicaciones con los que conformar un verdadero sistema de información que sirva tanto para elevar los niveles de calidad en la atención a los ciudadanos como para mejorar la gestión interna del organismo.

Los proyectos emprendidos están comprendidos en las siguientes áreas:

- Red Corporativa de Comunicaciones.
- Unidad de Atención a Usuarios.
- Atención Primaria.
- Atención Especializada.
- Telemedicina.

Para poder desarrollar dichos proyectos, es condición necesaria el mantenimiento de un programa presupuestario estabilizado en unos volúmenes claramente superiores a las cifras manejadas en anteriores ejercicios. Como ejemplo de ello se puede citar que el presupuesto informático centralizado para el año 1999 ha sido de 10.141 millones de pesetas frente a los 9.518 millones de pesetas de 1998, lo que ha supuesto un crecimiento del 6,55%. A su vez, este ejercicio ya supuso un crecimiento del 173% frente a los 3.484 millones presupuestados en 1997.

Red corporativa de comunicaciones

Durante 1999 se completó la implantación de la infraestructura de la red, estando conectados a

ella la práctica totalidad de los centros del INSALUD. En concreto, el número de centros conectados a 31 de diciembre de 1999 asciende a más de 1.500, con el siguiente desglose:

- Servicios Centrales del INSALUD.
- 27 Direcciones Provinciales (100% del total).
- 1.209 Gerencias de Atención Primaria y Centros de Salud (el 100% de los actuales).
- 185 Gerencias de Atención Especializada y Centros de Especialidades (100% del total).
- 7 Servicios Especiales de Urgencias 061 (100 % de las actualmente operativas).
- 102 Áreas de Inspección Sanitaria (100% del total).

En cuanto a los servicios de red, a lo largo de 1999 se ha dispuesto la plataforma para el despliegue del correo electrónico, acceso seguro a Internet y el portal de acceso a la Intranet en toda la Organización, como primeros servicios de uso general. La estrategia de potenciación del uso del correo electrónico como medio de transmisión de mensajes entre los profesionales, facultativos y gestores de los distintos centros del INSALUD se traduce en la creación de 13.100 buzones de correo, disponibles a finales de 1999 en distintos centros de la red.

La Intranet del INSALUD es una Red Internet de ámbito restringido y uso interno del INSALUD, accesible desde todos los centros a través de la Red Corporativa. Se trata de un "Portal" con tecnología Web que facilita un conjunto de servicios:

- Diario electrónico con noticias internas del INSALUD, actualizadas cada mañana ("Buenos días INSALUD").
- Mensajería multimedia.
- Acceso a información de interés: Directorio de centros y personal, Catálogo de publicaciones, Información sobre Congresos y Jornadas, etc.

Además de los servicios de red, diversas aplicaciones están utilizando la capacidad de transmisión que ofrece para mejorar la operativa asistencial y de gestión del INSALUD. Es el caso de aplicaciones de cita previa en diversas áreas de salud o del acceso a bases de datos de afiliación a la Seguridad Social.

El año 1999 ha sido el año del despliegue masivo de servicios de red en el INSALUD. En 2000 asistiremos a la incorporación de servicios avanzados en el ámbito de la extensión de los proyectos de Telemedicina a toda la organización: transmisión de imágenes, videoconferencia, etc.

Unidad de Atención a Usuarios

La Unidad de Atención a Usuarios del INSALUD (UAU), cuyas actividades dieron comienzo en 1997, se encuentra en estos momentos plenamente operativa, proporcionando soporte a la totalidad de centros dependientes del INSALUD en el conjunto de aspectos tecnológicos que les afectan.

En concreto, desde este centro se prestan servicios de asistencia técnica y soporte a usuarios en las áreas de:

- Aplicaciones: Apoyo funcional, técnico y operativo en la gestión de los sistemas implantados en los diferentes proyectos abordados, tanto a nivel de Atención Especializada (dando soporte en el conjunto de aplicaciones que integran el Sistema de Información Hospitalario), como de Atención Primaria (ofreciendo soporte en las diferentes aplicaciones del Sistema de TAIR y aquellas aplicaciones implantadas en el marco del Proyecto de Informatización Integral de Centros de Salud).
- Desarrollo y mantenimiento: Apoyo en el uso de las herramientas de programación y mantenimiento correctivo y evolutivo de las aplicaciones.
- Sistemas y Comunicaciones: Soporte técnico para la gestión y administración de sistemas operativos, gestores de bases de datos, servicios de Internet, Correo Electrónico y redes locales y corporativa.

Durante 1999, la tarea más importante acometida desde la UAU ha sido la integración en este centro de los soportes de los proyectos descritos que excedían el ámbito de Atención Especializada. A final de año, ya se encontraba operativo un sistema que permitía dirigir las llamadas al soporte adecuado en función de si el soporte solicitado era para hospitales, TAIR, Centros de Salud, Red Corporativa o Año 2000.

La UAU está formada por un conjunto de personas especializadas en:

- Modelos y procedimientos de gestión de centros sanitarios públicos de Atención Primaria o Especializada.



- Conocimiento funcional y técnico en las aplicaciones de los diferentes niveles asistenciales.
- Conocimientos técnicos de las herramientas y tecnologías definidas en el marco tecnológico corporativo.

En total, la UAU integra un total de 100 personas y para dar una idea del volumen de actividad que se registra se puede indicar que el número de llamadas medias mensuales supera las 5.150.

Atención Primaria

TAIR

En febrero de 1999 finalizó la implantación del nuevo sistema de TAIR, que afecta fundamentalmente a las operaciones en los Centros de Salud y a la consolidación que se realiza en las Gerencias de Atención Primaria. Todo ello contribuye a facilitar la identificación del paciente en la consulta, asociándolo al facultativo y al Centro de Salud y el registro de las emisiones de recetas, volantes de derivación a interconsulta de especialidades, partes de baja, confirmación o alta de Incapacidad Temporal, etc.

Como ya se había señalado en el ejercicio anterior, gracias a estos sistemas, el INSALUD se ha convertido en el primer Servicio de Salud que cuenta con información de consumo farmacéutico por paciente, con lo que los médicos del sistema podrán saber lo que han prescrito a cada paciente en medicamentos y los pacientes podrán conocer el consumo farmacéutico que realizan periódicamente.

Informatización Integral de Centros de Salud

Durante 1999 ha continuado el proceso de informatización integral de Centros de Salud. Con dicho proceso se pretende dotar de cableado estructurado, equipamiento hardware y aplicativos para el tratamiento de la información a los centros. Los aplicativos a implantar cubren tanto las actividades administrativas del centro como las relacionadas con las tareas de los facultativos en las consultas.

De esta manera, se proporcionarán, entre otras, las siguientes funcionalidades:

- Programación y reprogramación, flexible de las agendas de los facultativos de los Centros.
- Citación previa de los pacientes, adecuada a la agenda y tiempos medios de consulta de cada facultativo.
- Informatización de las consultas médicas, proporcionando información a los facultativos de la historia clínica de los pacientes, prescripciones realizadas, episodios, etc.
- Emisión de prescripciones farmacéuticas, en consulta, tratamiento de enfermos crónicos, control de Incapacidades Temporales, así como labores médicas habituales: protocolos, petición de pruebas a laboratorios, cartera de servicios, etc.

A 31 de diciembre de 1999 el proceso de informatización de Centros de Salud ha alcanzado a un total de 200 Centros, con un total de 1.984 consultas informatizadas.

Tarjeta Sanitaria Individual

Para completar la potenciación de los sistemas de información de Atención Primaria, durante 1999 se ha implantado una nueva versión del sistema de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), que cuenta con importantes mejoras tanto en los aspectos técnicos como funcionales, incidiendo especialmente en la integridad de los datos manejados por el sistema, unificación de los entornos tanto a nivel local como central, integración con el sistema de información de Atención Primaria implantado en los centros y simplificación en la emisión de tarjetas.

Atención especializada

En el área de Atención Especializada, las actuaciones durante 1999 se han centrado en el desarrollo del Plan de Renovación Tecnológica de Hospitales (PRT).

Este plan se inició durante 1997 como respuesta a la necesidad de evolucionar los sistemas de información de los centros hospitalarios, con vistas a poder mejorar la atención a los ciudadanos y satisfacer las demandas de información, a todos los niveles, de tal forma que permitan optimizar la gestión, elevando, por tanto, los niveles de eficiencia del INSALUD en la prestación de los servicios sanitarios.

El plan, por tanto, se orienta con un enfoque integral, que comprende actuaciones encaminadas a modernizar todas las áreas de sistemas y tecnologías de la información del hospital, desde la implantación de infraestructuras, cableados, servidores, puestos de usuario, equipos de comunicaciones, redes de área local, etc., hasta la introducción de nuevos

aplicativos asistenciales, clínicos departamentales y económico-administrativos.

El plan se ha diseñado para ofrecer un horizonte de actuación a corto plazo, persiguiendo la consecución de resultados inmediatos, para lo cual se ha dispuesto de una estructura, una metodología y un plan de calidad, que contemplan aspectos organizativos, de gestión, planificación y seguimiento, así como el aseguramiento de la calidad del proceso realizado.

Este proyecto comprende dos grandes líneas de actuación cuyos objetivos consisten en:

- La renovación del cableado de datos y del equipamiento físico. Esto supone la dotación de un cableado de datos y conjunto de ordenadores centrales, PC's e impresoras que viene determinado por el tamaño de cada centro y las necesidades de los aplicativos a implantar.
- La implantación de aplicaciones que cubren todas las áreas de los sistemas de información hospitalarios:
 - Área Clínica Asistencial: Admisión, Lista de Espera, Urgencias, Archivo, Consultas Externas y Codificación.
 - Área Clínica Departamental: Radiología, Quirófanos, Anatomía Patológica, Almacén de Farmacia, Unidosis y Dietética y cocina.
 - Área Clínica Especializada: Informe de Alta, Historia Clínica Electrónica, Planes de Cuidados de Enfermería y Gestor de Peticiones de Pruebas Diagnósticas.



- Área Gestión Económica-Administrativa: Suministros, Contabilidad y Facturación.
- Área Recursos Humanos: Personal, Nóminas y Planificación de Turnos.
- Área Gerencial: Cuaderno de Mando.

A finales de 1999 el PRT se había acometido en 50 hospitales. El resto de hospitales hasta completar el total de la red se abordará antes de finalizar el año 2001.

Telemedicina

A fines de 1999, el INSALUD ha elaborado un Plan de Telemedicina que recoge los proyectos y líneas de actuación que se desean potenciar, dada la importancia de la Telemedicina como herramienta tecnológica fundamental para mejorar la calidad asistencial, llevar la atención sanitaria hasta áreas aisladas y procurar una mayor accesibilidad a los servicios.

En este Plan se encuadran los proyectos y actuaciones referidos en el capítulo “Planificación y cambios en la organización” de la presente Memoria.

“Proyecto Milenio” para hacer frente al Efecto 2000

Desde junio de 1998 y a lo largo de 1999 se han desarrollado bajo el lema “Proyecto Milenio”, todas las acciones encaminadas a asegurar el servicio sanitario a los ciudadanos en la transición al año 2000, garantizando el funcionamiento del parque tecnológico del Insalud frente a los problemas que pudieran derivarse del Efecto 2000. Para ello se

establecieron una serie de políticas generales o líneas de acción.

Política de comunicación e implicación

La única manera de garantizar el éxito del proyecto fue asegurar la implicación y colaboración de todos los niveles de la organización, estableciendo, en cada centro, responsables del proyecto, con objeto de garantizar la efectiva realización de las acciones necesarias.

Para facilitar la realización del proyecto se instaló una página WEB con información específica sobre tipología de equipos electromédicos e instalaciones susceptibles de verse afectados por el Efecto 2000 y *links* de las páginas web de los diferentes proveedores.

Acciones sobre sistemas y equipos propios

Se trató de identificar aquellos equipos que pudieran estar afectados por el “año 2000”, realizándose, para ello, un inventario pormenorizado de todos los equipos electromédicos e instalaciones de la Entidad, inventario que sirvió de base para solicitar a los proveedores y fabricantes los correspondientes certificados de conformidad de los equipos en cuanto al Efecto 2000, así como para la realización de las pruebas y acciones necesarias en cuanto a la adaptación de los equipos que resultaron afectados.

Se contactó de forma centralizada con unos 600 proveedores que representaban aproximadamente el 91% de los equipos inventariados, delegando en los distintos Centros de la Entidad el contacto con el resto, al tratarse

de proveedores con un número pequeño de equipos suministrados.

En función de la información recibida de los proveedores, se contrastó que los equipos afectados suponían únicamente alrededor del 12% de los inventariados, y lo que era más importante, que el 75% de dichos equipos sólo presentaban problemas de representación gráfica de fecha.

Se definieron prioridades de actuación sobre la base de la criticidad de los equipos e instalaciones, por su potencial impacto en la asistencia al paciente y en el funcionamiento de los Centros y se llevaron a cabo todas las adaptaciones necesarias, declarándose "contingentes" los equipos que no pudieron ser adaptados.

Los resultados fueron los siguientes:

	Número	%
Equipos inventariados	60.056	
Equipos no afectados	55.007	90,91
Equipos afectados y adaptados	5.218	8,62
Equipos contingentes	281	0,46

Acciones sobre servicios concertados

Entendiendo que la garantía de la prestación de la asistencia sanitaria, no debe circunscribirse a los centros propios de la Entidad, sino, lógicamente, extenderse también a los centros concertados por el Insalud, se contactó con tales Centros para asegurar que sus equipos electromédicos e instalaciones estuvieran adaptados al Efecto 2000, requiriéndoles, para

ello, certificados de realización de las acciones necesarias.

Planes de contingencia

Aun cuando todos los Centros pusieron en práctica todas las medidas necesarias para hacer frente al Efecto 2000 (adaptación/sustitución de equipos afectados, realización de pruebas, etc.) la existencia de riesgos externos y la propia naturaleza y función de las organizaciones hospitalarias, así como el principio de prudencia, recomendaron contar con Planes de Contingencia para cubrir los riesgos residuales que pudieran subsistir y que pudieran materializarse, eventualmente, en la fecha crítica (transición al año 2000). De esta forma el INSALUD y todos sus Centros han contado con Planes de Contingencia para hacer frente al potencial impacto del Efecto 2000.

Asimismo, para garantizar una actuación eficaz y coordinada en las fechas críticas y como parte integrante de la Oficina de Transición al "Año 2000" creada por el Gobierno, se constituyó en el INSALUD, el Comité Central de Transición al "Año 2000" bajo la dirección del Presidente Ejecutivo, así como Comités de Emergencia en cada una de las Direcciones Territoriales/ Provinciales y en las distintas áreas sanitarias.

Asuntos legales

Se ha contado en todo momento con el soporte jurídico adecuado para analizar todos los documentos y actuaciones, que pudieran dar lugar a responsabilidades jurídicas.

Todas las actuaciones realizadas desde junio de 1998 y a lo largo de todo el año 1999 dieron como



resultado que el Efecto 2000 no tuviera ningún tipo de repercusión en el INSALUD, y que la asistencia sanitaria se siguiera prestando con garantía y normalidad en las fechas de dicho tránsito.

Normativa y publicaciones

Normativa interna publicada

Circular 1/99, de 20 de julio.

Origen: Presidencia Ejecutiva. Gabinete de Comunicación.

Asunto: Grabación de imágenes en hospitales por parte de medios de comunicación.

Circular 2/99, de 16 de noviembre.

Origen: Dirección General de Atención Primaria y Especializada.

Asunto: Incorporación de determinados datos a consignar en los documentos oficiales derivados de la asistencia sanitaria.

Circular 3/99, de 30 de noviembre.

Origen: Subdirección General de Inspección Sanitaria.

Asunto: Organización y funciones de la Inspección Sanitaria.

Nota-Circular 1/99, de 8 de febrero.

Origen: Subdirección General de Control Económico y Presupuestario.

Asunto: Nomenclátor clasificación económica ejercicio 1999.

Otra normativa publicada

Se han realizado 144 Boletines de Información de Disposiciones Oficiales (BIDOS) que recogen disposiciones publicadas en el BOE de interés para el INSALUD, y relacionadas principalmente con sanidad, así como con otras áreas temáticas como personal, Seguridad Social, régimen económico y presupuestario, etc. Estos boletines figuran relacionados con el documento "Bidos, Circulares y Notas Circulares. Índice año 1999".

Publicaciones

Las publicaciones editadas en el Programa Editorial 1999, agrupadas por áreas temáticas, son:

- Atención Especializada:
 - "Programa de calidad en Atención Especializada. Memoria 1998".
 - "Mapa de recursos de Asistencia Especializada. INSALUD 1998".
 - "CMBD INSALUD. Análisis de los GRD'S 1998".
 - "Conjunto Mínimo Básico de Datos en los Hospitales del INSALUD 1998".
 - "Asistencia Especializada. Actividad 1998".
 - "Proyecto GECLIF".
 - "Sistema de Información de Asistencia Especializada: manual de explotación".

- Atención Primaria:
 - “Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD)”
 - “Cartera de Servicios en Atención Primaria. Estudio de concordancias entre observadores”.
 - “Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria”.
 - “Encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de Atención Primaria 1998”.
 - “Guía para la gestión del hospital de día psiquiátrico”.
 - Farmacia:
 - “Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud”.
 - “Prescripción de fórmulas magistrales”. 4.ª edición.
 - Salud Laboral
 - “Actualización en salud laboral para médicos de Atención Primaria”.
 - Guías de práctica clínica:
 - “Catálogo de pruebas de laboratorio y manual de toma de muestras”.
 - Organización y gestión sanitaria.
 - “Plan de Calidad Total del INSALUD”.
 - “Memoria INSALUD 1998”.
 - “Urgencias y Emergencias: un modelo de coordinación institucional”.
 - Divulgación:
 - Folletos y carteles de información (Medicamentos genéricos...).
 - “20 años del INSALUD”.
 - “Catálogo de publicaciones 1990-1998”.
- Además se han reimpresso títulos agotados, como son: “Manual de gestión de procesos de esterilización y desinfección del material sanitario”, y el folleto “Así es el INSALUD”.
- Otros documentos o boletines realizados por los Servicios Centrales y dirigidos al uso interno de las Unidades son los siguientes:
- “Revista Noticias INSALUD”.
 - “Bidos, Circulares y Notas Circulares año 1998”.
 - “Índice de Revistas e Información Bibliográfica”.
 - “Indicadores de Atención Primaria”.
 - “Planes Funcionales de los Hospitales de Ceuta y Menorca”.

Apoyo documental y bibliográfico

La Biblioteca del INSALUD atendió, durante el año 1999, un total de 12.867 consultas, 6.595 correspondieron a consultas de artículos de revistas, 3.479 a monografías y obras de



legislación, 2.344 a bases de datos y 449 fueron consultas telefónicas.

Del total de consultas a fondos monográficos y legislativos realizadas en la Biblioteca, el 30% corresponden a funcionarios del INSALUD, y el 70% a investigadores y particulares.

Las peticiones de artículos de revistas, según el tipo de usuario, se distribuyen de la siguiente forma, el 42% correspondieron al personal de los Servicios Centrales del INSALUD, el 11% a los Hospitales del Instituto y el 11% a los Centros de Atención Primaria.

Conclusiones



Conclusiones

Entre los aspectos más relevantes de la actividad realizada por el INSALUD en 1999, cabe hacer mención, a modo de conclusión y entre otros, a los siguientes aspectos:

Actividad asistencial

En Atención Primaria se ha incrementado el número total de consultas en medicina de familia, en enfermería y en atención continuada, modalidad de atención esta última en la que el incremento ha sido notable, en concreto el 13,54% respecto al año 1998. Por el contrario, se ha producido un leve descenso, el 0,12% respecto al año anterior, en consultas de pediatría, como consecuencia de la disminución del número total de consultas a demanda.

Respecto a la cartera de servicios en Atención Primaria, sus resultados evidencian una evolución positiva en términos generales, destacando, además significativamente, el bloque de la mujer, donde aumentan de forma sensible todos los servicios. De otra parte, debe dejarse constancia también de que en 1999 se han creado 49 plazas de pediatría de área y que en este año se han puesto en marcha un número total de 10 equipos de soporte de atención domiciliaria, con una cobertura del 33,29% de la población.

Una especial mención merece la cirugía menor. Y ello por una doble razón. En primer lugar, porque

se ha incorporado a la cartera de servicios de Atención Primaria en 1999, tras dos años previos de pilotaje. En segundo lugar, porque en 1999 se han realizado 47.885 intervenciones, lo que representa un crecimiento del 190% respecto a 1998.

En esta línea de mejora, la implantación del Servicio 061 ha experimentado igualmente un notable avance. Durante 1999, inició su operatividad el Centro Coordinador de Urgencias en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha, Castilla y León, y La Rioja, con lo que son ocho las Comunidades Autónomas que poseen esta nueva prestación en su cartera. Las Comunidades Autónomas de Aragón y Asturias han finalizado su programación, al igual que las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El desarrollo de estos Centros Coordinadores de Urgencias-061 ha permitido incrementar las Unidades Móviles de Emergencia en un 73,99%, pasando el número de Unidades de 23 a 40.

En el ámbito de Atención Especializada se ha producido un ligero incremento de los ingresos totales, si bien se ha reducido el número de estancias totales, con la consiguiente reducción de la estancia media, que se ha situado en 7,95 días frente a los 8,12 alcanzados el año anterior. Esta disminución de la estancia media adquiere un especial relieve si se tiene presente que ha aumentado la complejidad de las patologías atendidas.

En esta línea de eficiencia, los procedimientos individualizados de cirugía ambulatoria han aumentado en conjunto un 3,33% respecto a 1998. Si bien este crecimiento supone una desaceleración en relación con la tasa de crecimiento de años anteriores, es menester tener presente que en esta modalidad de atención se empiezan a alcanzar índices globales similares a los de países de nuestro entorno. Del mismo modo, los tratamientos en hospital de día han aumentado en todas sus líneas de actividad, destacando las de oncología/SIDA y psiquiatría.

Por su repercusión en otros ámbitos, merece destacar el incremento experimentado en el tratamiento ambulatorio con antirretrovirales a pacientes VIH positivos. Prueba de ello es que el total de pacientes sometidos a esta modalidad terapéutica se ha incrementado en 1.331, es decir, un 10% más que en 1998. Sobre ello, es importante destacar que se ha llegado a la práctica generalización de la triple terapia, cifrándose en un 88,4% el número de pacientes que estaba en tratamiento con más de dos antirretrovirales. De lo anterior se infiere la rápida incorporación de las terapias eficaces a los centros del Insalud, lo que resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que el coste promedio anual de la triple terapia, sólo en antirretrovirales, es de 1.200.000 pesetas.

En cuanto a la reducción de las listas de espera y la demora quirúrgica, el objetivo institucional de demora quirúrgica para 1999 fue que, a 31 de diciembre, ningún paciente esperara más de 6 meses y que la demora media se situara en 60 días. Los resultados alcanzados este año se traducen en 513 pacientes con espera superior a

6 meses a 31 de diciembre y en una demora media de 62 días. Por lo que se refiere a la demora en consultas externas, los resultados alcanzados indican que la demora media se ha situado en 25 días, frente a los 29 al cierre de 1998, y que se ha reducido un 5%, respecto al año anterior, el número de pacientes con espera superior a 90 días.

El año 1999 ha sido también el de la consolidación del Plan Integral de Atención a la Mujer, que se inició en el año 1998. Esta consolidación se traduce en un sensible incremento de las personas incluidas en los diferentes programas que integran el Plan.

Contención y racionalización del gasto farmacéutico

En 1999, el consumo farmacéutico, a través de recetas médicas, ascendió a 400.738 millones de pesetas, de los que los beneficiarios activos aportaron un 7,62%. Respecto al año anterior, los crecimientos han sido de un 9,55% en importe y de un 10,01% en gasto. Estos crecimientos denotan una modificación a la baja respecto a los correspondientes a 1998/1997, debido, en gran medida, a la reducción del margen de los almacenes de distribución de especialidades farmacéuticas y, en menor proporción, por la reducción del precio industrial máximo de las especialidades farmacéuticas, habida cuenta que su entrada en vigor se inició con la facturación correspondiente a noviembre de 1999. Como complemento de lo anterior, es de señalar que el número de recetas dispensadas en el ámbito del INSALUD fue de 206 millones, lo que representa un incremento del 2,32% respecto de 1998.



Calidad asistencial

En Atención Primaria, se ha mantenido una estrecha colaboración con las sociedades científicas, para el asesoramiento y desarrollo de la cartera de servicios. Esta colaboración se ha visto reforzada, en 1999, con la incorporación del estamento de enfermería representado por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. La medición de la calidad asistencial a través del cumplimiento de Normas Técnicas y la importante actividad desarrollada en el marco del Programa de Uso Racional del Medicamento han sido instrumentos primordiales para garantizar la calidad de la asistencia prestada.

La encuesta que, anualmente, se venía realizando entre los usuarios de Atención Primaria, ofrece, en 1999, algunas diferencias de diseño respecto a ediciones previas. Entre ellas, cabe hacer mención a que en 1999 se ha realizado por una organización externa al Insalud (Centro de Investigaciones Sociológicas); a que los datos recogidos lo son a través de una entrevista personal por el usuario; y a que el cuestionario, más extenso, permite una completa valoración de los diferentes aspectos del servicio. A tenor de esta encuesta de satisfacción de 1999, los usuarios mantienen una opinión muy favorable de la atención recibida en el ámbito de la Atención Primaria. Así, el 97% de los usuarios declaró que el personal médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud; el 94% lo mismo en relación con el personal de enfermería; y el 96% manifestó estar satisfecho con su Centro de Salud en su conjunto.

En Atención Especializada, la mejora de la calidad ha sido igualmente un elemento

estratégico, como demuestran, entre otros aspectos, los objetivos incluidos en el plan de calidad de 1999 común a todos los hospitales. Entre ellos, objetivos relacionados con el área de derechos de los pacientes, con la mejora en los sistemas de información, con la implantación de protocolos/guías de práctica/vías clínicas, y con la monitorización de la infección hospitalaria.

En este capítulo, una mención especial debe concederse al diseño y elaboración en 1999 del Plan de Calidad Total del INSALUD, mediante el cual se establece un sistema que permita gestionar la mejora continua de la organización y se fijan las directrices generales para que todos los servicios que se ofertan a los ciudadanos tengan unos estándares de calidad homogéneos y busquen la excelencia.

Evaluación y control

En materia de evaluación y control sobre procedimientos, prestaciones y servicios se ha llevado a cabo un amplio elenco de programas relativos, entre otros, a los siguientes aspectos: verificación, en colaboración con las sociedades científicas de las carteras de servicios de 20 gerencias de Atención Primaria y 3 del Servicio 061; programas de auditoría en consultas externas, cirugía mayor ambulatoria, gestión de lista de espera quirúrgica, tratamiento con antirretrovirales, terapias respiratorias domiciliarias; consentimiento informado; reclamaciones; y prescripción, dispensación y facturación de medicamentos.

Entre las medidas más relevantes llevadas cabo en incapacidad temporal y salud laboral se encuentran: la inclusión de objetivos en materia

de incapacidad temporal en los contratos de gestión de Atención Primaria; un nuevo sistema de información —a modo de experiencia piloto— para la gestión de la incapacidad temporal, con modificaciones en la aplicación informática; intervención sobre las patologías musculoesqueléticas más prevalentes en incapacidad temporal en 3 áreas sanitarias de Madrid; la colaboración con el grupo de trabajo de salud laboral de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, en orden a la actualización de criterios básicos sobre organización de los servicios de prevención y a la elaboración de protocolos de vigilancia de la salud; y la participación en el grupo de trabajo creada en el seno de la Comisión de Sanidad y Seguridad en el Trabajo.

Gestión y organización

En desarrollo de lo previsto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, en 1999 se ha culminado la elaboración del Proyecto de Reglamento sobre nuevas formas de gestión en el Instituto Nacional de la Salud. Este reglamento, publicado en el mes de enero de 2000, consagra la autonomía de gestión con que se dota a las entidades reguladas en él, en concreto fundaciones de la Ley 30/1994, consorcios y sociedades estatales, figuras recogidas en la Ley 15/1997, así como las fundaciones públicas sanitarias reguladas en la Ley 50/1998, manteniendo el carácter de servicio público que se preserva y garantiza a lo largo de todo su articulado. Se potencia la participación institucional y ciudadana, se garantiza el régimen estatutario del personal que presta servicios en

los centros del INSALUD, se refuerza el papel de los profesionales y se consagra la gestión clínica.

En el desarrollo de nuevos modelos organizativos, en 1999 se han elaborado el plan de empresa y el de puesta en marcha del nuevo Hospital de Calahorra, que funcionará bajo la fórmula jurídica de Fundación. Asimismo, se ha impulsado la elaboración del plan de empresa del futuro Hospital Palma II.

También en 1999 han sido aprobados dos documentos de una extraordinaria importancia. Por una parte, el documento de referencia para la constitución de Fundaciones de Investigación, en orden a proporcionar a los centros sanitarios una valiosa herramienta para el desarrollo de la investigación científica y la gestión del conocimiento. Por otra, el documento que define el marco de referencia para la constitución de áreas clínicas o institutos en los hospitales del INSALUD, una nueva experiencia organizativa que pretende ser la base de un nuevo concepto de organización hospitalaria: el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación.

En relación con las áreas clínicas o institutos, es menester significar que las acciones llevadas a cabo en 1999 se han orientado a consolidar y desarrollar las 6 áreas clínicas funcionales implantadas en 6 hospitales del Insalud. La experiencia del INSALUD en relación con estas 6 áreas clínicas ya implantadas y consolidadas ha sido sumamente satisfactoria. El proceso de reorganización emprendido hace 2 años y medio, y que ha dado lugar a la progresiva implantación de 6 áreas, ha dado sus frutos, ya que los indicadores de actividad y de calidad han mejorado desde que se introdujo esta nueva fórmula.



Telemedicina

En el marco de una nueva orientación de la prestación de servicios sanitarios, el INSALUD ha apostado, además decididamente, por la introducción de la Telemedicina en sus centros. Prueba fehaciente de ello es la elaboración, en el cuarto trimestre de 1999, del "Plan de Telemedicina del INSALUD".

Tecnología informática

En el marco de la apuesta decidida del INSALUD para dotar a sus centros de herramientas tecnológicas y aplicaciones que permitan conformar un verdadero sistema de información, durante 1999 se completó la implantación de la infraestructura de la Red Corporativa de Comunicaciones, estando conectada a ella la práctica totalidad de los centros del Insalud. Sobre ello, es de señalar que a 31 de diciembre de 1999 el proceso de informatización integral de centros se extendía a 200 centros de salud, con un total de 1.984 consultas informatizadas, y a 50 hospitales.

Recursos financieros e inversiones

El presupuesto inicial del Insalud-Gestión Directa para el ejercicio de 1999 ascendió a 1.542.007

millones de pesetas, con un incremento del 6% sobre el año anterior. A este respecto, es importante tener presente que, en cumplimiento del Acuerdo de Consolidación y Racionalización de la Seguridad Social, el presupuesto del Insalud para 1999 se financia exclusivamente por aportaciones del Estado, desapareciendo la financiación de la Seguridad Social por cotizaciones sociales.

El presupuesto final del Insalud-Gestión Directa ascendió a 1.617.030 millones de pesetas, representando las modificaciones de crédito una variación en el presupuesto inicial de 75.023 millones de pesetas. La liquidación definitiva ha ascendido a 1.604.384 millones de pesetas, lo que supone la ejecución del 99,22% del presupuesto inicial.

En cuanto a las inversiones del Insalud en 1999, es de señalar que éstas ascendieron a 60.863 millones de pesetas, es decir, un crecimiento del 13,05% con respecto a 1998. El crecimiento continuado de las inversiones del INSALUD en infraestructuras y equipamientos sanitarios ha contribuido no sólo a la corrección de déficit históricos en infraestructuras, sino también a corregir los desequilibrios existentes entre las Comunidades Autónomas gestionadas por el INSALUD.



Anexo

Presupuesto inicial, modificaciones y ejecución presupuestaria INSALUD estatal

El Presupuesto final del INSALUD Estatal para el ejercicio 1999 ascendió a 4.046.477 millones de pesetas con un incremento del 6% sobre el año anterior. De este Presupuesto 2.504.470 millones de pesetas se destinaron a las Comunidades Autónomas con Gestión Sanitaria Transferida.

El Presupuesto final del INSALUD estatal ascendió a 4.156.672 millones de pesetas, correspondiendo a las Comunidades Autónomas con gestión transferida 2.539.642 millones de pesetas, lo que supone el 61,1% del total nacional.

En gestión transferida se ha liquidado el 100% de su presupuesto. Figuran en sus obligaciones contraídas, además de las dotaciones mensuales correspondientes a todo el ejercicio, las

modificaciones de crédito, por importe de 35.172 millones de pesetas, que a continuación se detallan:

Generación de crédito procedente de ingresos de Farmaindustria por importe de 13.041 millones de pesetas.

Generación de crédito derivado del ahorro de Incapacidad Temporal por importe de 22.069 millones de pesetas.

Suplementos de crédito por incorporación de remanentes por importe de 62 millones de pesetas.

El porcentaje de realización del INSALUD estatal se sitúa en un 99,7%, muy cercano al 100% de realización.

En las tablas siguientes se recogen en el ámbito estatal las modificaciones de crédito producidas, y la liquidación provisional por capítulos económicos y por Grupos de Programas.

Modificaciones del presupuesto producidas durante el ejercicio 1999

INSALUD estatal							liquidación definitiva						millones de pesetas	
Capítulo	Total Modificac. Crédito	Generaciones	Ampliaciones	Suplementos	Incorporaciones	Transferencias								
I G. Personal (sin Cuotas)	-7.011	54	483	0	0	-7.548								
I.A Cuotas S.Social	0	0	0	0	0	0								
II G. C. Bienes y Servicios.	30.578	5.185	18.186	4.028	0	3.179								
II.A Conciertos	5.334	3.037	256	4.611	0	-2.570								
III Gastos Financieros	-296	0	0	0	0	-296								
IV Transferencias Corrientes	-348	0	0	0	0	-348								
IV.A Farmacia	41.475	22.781	5.090	6.021	0	7.583								
VI Inversiones Reales	5.291	5.091	200	0	0	0								
VII Transferencias de Capital	0	0	0	0	0	0								
VIII Activos Financieros	0	0	0	0	0	0								
Gestión directa	75.023	36.148	24.215	14.660	0	0								
Gestión transferida	35.172	35.110	0	62	0	0								
Total	110.195	71.258	24.215	14.772	0	0								

Estado de liquidación del Presupuesto 1999 por capítulos económicos

INSALUD estatal							liquidación definitiva						millones de pesetas	
Capítulo	Prespto. inicial 1999 (1)	Modificaciones	Prespto. final (2)	Obligaciones contraídas (3)	% Realización									
					(3)/(1)	(3)/(2)								
I. G. Personal	736.849	-7.011	729.838	727.302	98,70	99,65								
II. G. Corrientes B. y Servicios	235.695	30.578	266.273	264.817	112,36	99,45								
II.A Conciertos	158.544	5.334	163.878	163.622	103,20	99,84								
III Gastos Financieros	700	-296	404	402	57,43	99,50								
IV Transf. Corrientes	9.688	-348	9.340	9.316	96,16	99,74								
IV.A Farmacia	334.286	41.475	375.761	375.731	112,40	99,99								
VI Inversiones	63.841	5.291	69.132	60.846	95,31	88,01								
VII Transferencias de Capital	1.500	0	1.500	1.490	99,33	99,33								
VIII Activos Financieros	904	0	904	858	94,91	94,91								
Gestión directa	1.542.007	75.023	1.617.030	1.604.384	104,05	99,22								
Gestión transferida	2.504.470	35.172	2.539.642	2.539.642	101,40	100,00								
Total	4.046.477	110.195	4.156.672	4.144.026	102,41	99,70								



Estado de liquidación del Presupuesto 1999 por Grupos de Programas

INSALUD estatal		liquidación definitiva				millones de pesetas	
Capítulo		Prespto. inicial 1999 (1)	Modifica- ciones	Prespto. final (2)	Obligaciones contraídas (3)	% Realización	
						(3)/(1)	(3)/(2)
21.	Atención Primaria	561.235	43.091	604.326	601.137	107,11	99,47
22.	Atención Especializada	921.193	33.957	955.150	947.410	102,85	99,19
25.	Admón. y Serv. Generales	25.692	-391	25.301	23.886	92,97	94,41
26.	Formación Pers. Sanit.	33.887	-1.634	32.253	31.951	94,29	99,06
Gestión directa		1.542.007	75.023	1.617.030	1.604.384	104,05	99,22
Gestión transferidas		2.504.470	35.172	2.539.642	2.539.642	101,40	100,00
Total		4.046.477	110.195	4.156.672	4.144.026	102,41	99,70