



PAIS VASCO

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2004

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN

La población de la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2002 era de 2.116.240 habitantes, la tendencia observada en el periodo 1.993-2.002 muestra una ligera tendencia al alza más notable en los últimos años

Tabla 1. Evolución de la población en la CAPV 1993-2002

	Total	Hombres	Mujeres
2002	2.116.240	1.034.703	1.081.537
2001	2.111.078	1.032.231	1.078.847
2000	2.079.210	1.015.970	1.063.240
1999	2.079.228	1.016.098	1.063.130
1998	2.083.255	1.018.446	1.064.809
1997	2.088.672	1.021.327	1.067.345
1996	2.092.949	1.023.829	1.069.120
1995	2.099.115	1.027.475	1.071.640
1994	2.101.472	1.029.414	1.072.058
1993	2.103.014	1.031.111	1.071.903

Fuente de información: Instituto Vasco de Estadística, Eustat

A pesar de que la población total no ha sufrido grandes modificaciones en los últimos años, no se puede decir lo mismo de su estructura y cuantificación por grupos de edad, donde la población joven (0-19 años) se ha reducido en un 30% en el periodo 1991-2001, pasando de representar el 26,8% en 1991 al 18,1 en 2001. Otro hecho que se ha producido, ha sido el del aumento de la población de 65 ó más años en un 33% en el mismo periodo, pasando de representar el 13,2% al 17%.

Tabla 2. Evolución de la población de la CAPV por grupos de edad (1991-2001)

	1991	1996	2001
0-19 años	537.199	432.584	377.397
	26,8%	20,6%	18,1%
20-64 años	1.204.841	1.343.599	1.351.626
	60,0%	64,0%	64,9%
> 65 años	265.501	321.872	353.564
	13,2%	15,3%	17,0%
Población total	2.007.541	2.098.055	2.082.587

Fuente de información: Instituto Vasco de Estadística, Eustat

Si hubiera algún parámetro a destacar éste sin duda sería el incremento numérico y porcentual que se ha producido y se producirá en el futuro del colectivo de personas de 65 ó más años. De esta forma, y según las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Vasco de Estadística en los diferentes escenarios contemplados, este grupo de población supondrá alrededor del 25% de la población total en 2020.

Esta situación demográfica es la consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacimiento observada en el periodo 1991-2001, en el que se ha incrementado en 3,6 años en el caso de los hombres y en 2,2 en las mujeres, situándose en 76.4 y 83.7, respectivamente

Tabla 3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento (1991-2001)

1990/1991		1995/1996		2000/2001	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
72,8	81,5	74,2	82,4	76,4	83,7

Fuente de información: Instituto Vasco de Estadística, Eustat

Observándose también un incremento de la tasa de natalidad, pasando de 7.7 nacidos vivos por 1000 habitantes en 1991 a 8.5 en 2001 y del 9,4 en 2003. Los resultados de estos indicadores, junto con los fenómenos migratorios, han hecho que el saldo vegetativo negativo observado desde 1991 (-0,21) vuelva a ser positivo en 2003 (0,09).

Por lo que respecta a los indicadores socioeconómicos, señalar la evolución favorable de la tasa de paro registrada en la CAPV, que en 2004 se situó en el 7.8% de la población activa, disminuyendo en 3,3 puntos porcentuales en relación al 2001.

Tabla 4. Tasa de paro de la población de 16 y más años por sexo y edad (%)

	Sexo		Edad			
	Total	Varones	Mujeres	16-24 años	25-44 años	45 y más años
2001	11,1	7,5	16,5	25,5	11,1	6,3
2002	8,3	5,7	12,1	19,5	8,6	4,3
2003	8,6	6,5	11,5	22,2	9,2	3,6
2004	7,8	6,5	9,6	20,5	8,1	3,9

Fuente de información: Instituto Vasco de Estadística. Eustat

Esta evolución favorable de la tasa de paro se observa por igual, independientemente del sexo y de la edad de la población activa. Un hecho a destacar es el aumento de la tasa de ocupación de las mujeres en la CAPV, que en 1994 era del 32.5% y en 2003 del 51,4%.

Tabla 5. Renta personal media y renta familiar media 1997-2001

	1997		2001	
	Renta personal	Renta familiar	Renta personal	Renta familiar
C.A. de Euskadi	9.888	25.357	12.676	30.009

Fuente de información: Instituto Vasco de Estadística. Eustat

La evolución de la renta personal media y familiar en el periodo 1997-2001 ha sido positiva, incrementándose en un 28% y en un 18% respectivamente.

2. Desarrollo normativo e institucional:

Como desarrollo de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia información y documentación clínica, en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se han de citar las siguientes disposiciones:

- **Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.**

Esta ley hace efectivo el derecho de la ciudadanía a la expresión anticipada de su voluntad respecto a las decisiones clínicas que les atañen, haciendo uso de las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior que el artículo 18 del Estatuto de Autonomía otorga a la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se ha optado por un modelo de voluntades anticipadas cuyo contenido sea el más amplio posible y permita abarcar desde la manifestación de los propios objetivos vitales y valores personales hasta instrucciones más o menos detalladas sobre los tratamientos que se desean o se rechazan, pasando por la designación de uno o varios representantes que sean los interlocutores del médico o del equipo sanitario llegado el caso, así como otras previsiones relacionadas con el final de la vida, tales como la donación de órganos o del propio cuerpo, las autopsias clínicas o similares.

- **Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.**

Las funciones básicas de este registro son inscribir los documentos de voluntades anticipadas y, llegado el caso, hacerlos llegar al personal médico que atienda a las personas otorgantes de los mismos. La gestión del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas se ha encomendado a un nuevo órgano del Departamento de Sanidad denominado Oficina del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas creado al efecto y que depende de la Dirección encargada de la tutela del ejercicio de derechos y del cumplimiento de obligaciones por los usuarios y usuarias de los servicios sanitarios, la Dirección de Estudios y Desarrollo Sanitario.

Otras normas dictadas durante 2004 y relacionadas con las competencias de la CAPV son:

- **Decreto 23/2004, de 3 de febrero, de modificación del Decreto por el que se establece el procedimiento para la transmisión de oficinas de farmacia.**
- **Decreto 257/2004, de 21 de diciembre, por el que se crea el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas del País Vasco.**
- **Decreto 270/2004, de 28 de diciembre, por el que se establecen las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y en los almacenes farmacéuticos.**

3. Planificación y Programas Sanitarios:

El Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 fue aprobado por el Consejo de Gobierno el 9 de julio del 2002; posteriormente, se presentó en el Pleno del Parlamento Vasco el 20 de febrero del 2003.

Este Plan no es exclusivo de Sanidad, sino que responde a un diseño de esfuerzo colectivo en el que otros Departamentos del Gobierno Vasco, instituciones públicas, agentes sociales privados y sociedad en general están llamados a participar en un sentido más extenso que el de los servicios asistenciales sanitarios. De acuerdo con el modelo de salud elegido para su elaboración, el enfoque de este Plan es ampliamente multisectorial.

Son 6 sus áreas prioritarias: estilos de vida, desigualdades sociales, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, grupos de edad especiales y entornos medioambiental, laboral y escolar.

La innovación ética más relevante presente en este Plan es el problema de la equidad en salud; diagnostica la situación, enfoca las estrategias y orienta la acción hacia la corrección de las desigualdades sociales en salud que expresan diferencias en el género o en la situación socioeconómica.

En este sentido, una de las metas generales del Plan es mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud. Este fin general se desglosa en 8 indicadores específicos referentes a reducir un 25% las diferencias ahora conocidas entre clases socioeconómicas según la esperanza de vida, en la autovaloración de salud, en el tabaquismo y en la obesidad.

En relación con esta meta de corrección de desigualdades se plantean estas estrategias:

- Monitorizar su evolución por nuevos sistemas de información e investigación y de la que se da detalle más adelante en este informe (ver sistemas de información);
- Elaborar un proyecto de refundación del programa materno infantil que está funcionando en la CAPV desde 1984 y que, como bien se puede entender, en aquel momento no pudo tener en cuenta las diferencias socioeconómicas en la salud por ser otras sus prioridades;
- Impulsar un foro intersectorial en donde sensibilizar y orientar a aquellas otras políticas públicas con efecto en la salud y en sus factores determinantes extrasanitarios.

Esta comisión intersectorial, en la que participan también otras instituciones públicas con competencias en educación, servicios sociales, tráfico, medio ambiente, etc., se constituyó al amparo del decreto 166/2003 de 15 de de julio.

Las acciones para hacer frente a las diferencias de género y salud son de carácter transversal, se mencionan a lo largo de las estrategias individuales, comunitarias e intersectoriales en las que se clasifican las 340 acciones con las que se trata de desarrollar el Plan.

De los programas sanitarios que se están realizando, algunos de ellos tienen un marcado carácter tradicional de salud pública. Estos programas se adaptan continuamente ante fenómenos cambiantes del entorno medioambiental (seguridad alimentaria, aguas de consumo, suelos, partículas aéreas) y a los cambios sociales ya sean de comportamiento en los estilos de vida o bien por las nuevas condiciones que se derivan de una inmigración variada y creciente.

Los programas de prevención del cáncer ginecológico de base poblacional están bien implantados y con una satisfactoria cobertura. Lo mismo cabe decir de la detección precoz de la sordera infantil y de las metabopatías en el recién nacido. Las enfermedades transmisibles y las coberturas vacunales en los niños/as son también satisfactorias.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, cáncer y salud mental, los objetivos de salud se desarrollan en los servicios asistenciales a través de los contratos programa. Desde hace un tiempo, se ha emprendido en esta Comunidad una estrategia de diferenciación de los procesos asistenciales tanto en hospitales, como en atención primaria y salud mental; esta diferenciación de procesos asistenciales es lo que denominamos singularización.

En el caso de los hospitales generales, se han singularizado y definido las condiciones de calidad de proceso y resultado de estos procesos: infarto agudo de miocardio, ictus, los cánceres más prevalentes, cuidados paliativos y los procesos quirúrgicos más frecuentes.

En atención primaria, los procesos singulares están contenidos en la llamada "oferta preferente" 2005-2007. Se han determinado las condiciones de cobertura y condiciones de calidad de proceso para actividades preventivas y asistenciales estrechamente relacionadas con riesgo cardiovascular, cáncer, salud mental, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, controles del niño/a, accidentes y riesgo en la ancianidad.

Los procesos singulares, tanto de primaria como de especializada, son objeto de evaluación anual.

Teniendo en cuenta que el Plan de Salud se elaboró con la información disponible en el año 2000, en diciembre del 2004 se hizo la primera evaluación de los objetivos.

Se evaluaron 59 de los 69 objetivos planteados, porque los 10 correspondientes a las desigualdades sociales en salud deben medirse con información secundaria del registro de población (Instituto Vasco de Estadísticas/Eustat) que todavía no está disponible. La evolución del 59.4% de todos los objetivos fue apropiada para la consecución del objetivo en 2010. En los 18 restantes no se puede, por ahora, garantizar el cumplimiento para esa fecha.

Por último, 10 de ellos no han sido evaluados por el momento ya que dependemos de explotaciones secundarias del registro de población (Instituto de estadística). Este es el caso de los objetivos en desigualdades de salud y es seguro que estarán disponibles más adelante.

4. Farmacia:

Entre las políticas de uso racional del medicamento que se han desplegado por parte de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, cabe destacar las siguientes:

A .- Inclusión de la prescripción farmacéutica de calidad en el contrato de gestión clínica.

Ha sido desplegado en 75 Unidades de Atención Primaria (UAP). El contrato vincula los resultados alcanzados por los centros con incentivos económicos al centro.

El resto de UAP que actualmente no tienen contrato de gestión asumen directamente el contrato programa del Departamento de Sanidad que, aunque presenta los mismos indicadores de calidad de prescripción, no vincula resultados alcanzados por el centro a incentivos para el mismo.

Estos indicadores son:

- Especialidades Farmacéuticas Genéricas (E.F.G.).

$$\text{N}^{\circ} \text{ envases E.F.G.} \times 100 / \text{n}^{\circ} \text{ total envases prescritos}$$
- Envases de Nuevos Principios Activos

$$\text{N}^{\circ} \text{ envases de nuevos principios activos que no supongan mejora terapéutica} \\ \times 100 / \text{n}^{\circ} \text{ total envases prescritos.}^1$$
- Antibióticos totales

$$\text{N}^{\circ} \text{ envases antibióticos} / 1000 \text{tis-mes}$$
- Prescripción de antibióticos de 1º nivel

$$\text{N}^{\circ} \text{ envases antibióticos 1}^{\circ} \text{ nivel}^2 \times 100 / \text{N}^{\circ} \text{ envases antibióticos totales}$$
- Prescripción de antibióticos de 3º nivel

$$\text{N}^{\circ} \text{ envases antibióticos 3}^{\circ} \text{ nivel}^3 / 1000 \text{tis-mes}$$

¹ Principios activos comercializados desde 2001 hasta el año en curso, que tengan la calificación de “nula o escasa aportación terapéutica” o “experiencia clínica insuficiente”, según la valoración realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud y por las Fichas de Innovación Terapéutica de CEVIME, así como la valoración por parte del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del Departamento de Sanidad y Osakidetza.

² Número de envases prescritos de las especialidades farmacéuticas definidas en el nomenclator oficial en los siguientes subgrupos terapéuticos: G04A, J01C, J01K2 (sólo Penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasas), y el principio activo fosfomicina trometamol.

³ Número de envases prescritos de Fluorquinolonas, Aminoglucósidos, cefalosporinas 3ª generación y otros principios activos de uso restringido en Atención Primaria (aztreonam, vancomicina, imipenem/cilastatina...).

- Adhesión a la Guía de Práctica Clínica sobre HTA

Nº envases AntiHTA seleccionados en la GPC HTA x 100/nº total envases Anti HTA

La Guía de Práctica Clínica sobre HTA de Osakidetza/Servicio vasco de salud recomienda utilizar aquellos fármacos sobre los que hay evidencia de que con su utilización se obtiene impacto en la morbimortalidad por HTA.

- AINES seleccionados

Nº envases AINE seleccionados ⁴ x 100/nº total envases de AINE

- Envases ARA II

Nº envases ARA II x 100/ nº total envases antihipertensivos

- Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Nº envases de omeprazol / nº de envases total de IBP

Índice de Prescripción de Calidad

Los indicadores antes mencionados se resumen en un índice de calidad de prescripción. Este índice representa el 40 % de la incentivación y está formado por 8 indicadores, cada uno de los cuales tiene un peso diferente en el cálculo de este índice de prescripción:

Contribución al índice	Indicador
20%	Prescripción de genéricos
25%	Prescripción antibióticos
20%	Principios activos que no suponen mejora terapéutica
20%	Adhesión a la Guía PC HTA
10%	Prescripción AINEs y/o Adhesión a Guías de prescripción
5%	Inhibidores de la bomba de protones
- 5%	% envases ARA II

B.- Feed-back de los perfiles de prescripción a todos los médicos de familia de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

C.- Desarrollo de nuevos indicadores a partir de la utilización de historia clínica electrónica:

⁴ Número de envases de ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno, incluyendo los envases de la asociación diclofenaco + misoprostol.

El despliegue de la historia clínica electrónica y su utilización permite medir la ADECUACIÓN de la INDICACIÓN / PRESCRIPCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA. Esta aproximación a la evaluación de la calidad de la prescripción de forma individualizada permitirá ajustar para determinados problemas de salud los tratamientos farmacológicos que con la evidencia existente pueden mejorar los resultados en salud.

Estos indicadores son:

- Insuficiencia Cardíaca

Nº de pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca en tratamiento con IECA / Nº de pacientes diagnosticados de Insuficiencia cardíaca

- Fibrilación Auricular

Nº de pacientes ≥ 75 años con Fibrilación Auricular anticoagulados / Nº de pacientes ≥ 75 años con Fibrilación Auricular

Nº de pacientes 65-74 años con Fibrilación Auricular + HTA anticoagulados / Nº de pacientes 65-74 años con Fibrilación Auricular + HTA

- Cardiopatía Isquémica

Nº de pacientes con Cardiopatía isquémica en tratamiento con simvastatina o pravastatina / Nº de pacientes con Cardiopatía Isquémica

D.- Sistema de información sobre consumo farmacéutico a nivel hospitalario

Desde 1998, Osakidetza dispone de una aplicación informática económica-financiera denominada Aldabide (SAP/R3) que gestiona las adquisiciones directas de productos farmacéuticos realizadas por todas las organizaciones de servicios sanitarios. En Aldabide se registran diariamente todas las compras (pedidos) de fármacos, así como las entradas al servicio de farmacia y las salidas de los medicamentos desde los servicios de farmacia a los centros de coste (servicios clínicos). Asimismo en la aplicación se mecanizan las facturas.

Aldabide dispone de un Sistema de Información Logístico que ofrece múltiples posibilidades para un análisis completo de los datos de compras, stocks y consumos. A partir de esta herramienta, los hospitales disponen de información on-line del consumo farmacéutico, tanto en unidades como en importe. Los datos de consumo disponibles son por especialidad farmacéutica, principio activo y grupo terapéutico. Por otro lado, el nivel de desagregación desciende hasta centro de coste o servicio clínico. El sistema permite realizar series comparativas del consumo farmacéutico desde 1998. Aldabide dispone de instrumentos potentes para la toma de decisión en la gestión farmacéutica de nuestros centros.

Por otro lado, la Organización Central elabora un informe periódico sobre el gasto farmacéutico hospitalario comparativo por grupos farmacológicos y principios activos. Cada hospital es comparado con otros hospitales homogéneos de Osakidetza (hospitales de agudos, hospitales media-larga estancia, hospitales comarcales y hospitales psiquiátricos). El gasto farmacéutico analizado se compara con el mismo periodo del año anterior. Este informe es remitido a todos los hospitales de Osakidetza.

Además y paralelamente a Aldabide, algunos hospitales de Osakidetza cuentan con una aplicación informática de gestión de medicamentos al paciente por unidosis. Esta aplicación

dota a los hospitales de información sobre prescripción y consumo de medicamentos por paciente. Por su interconexión con Aldabide, los hospitales pueden disponer del gasto de farmacia por paciente.

En un futuro próximo, y como consecuencia de la implantación de e-Osabide (registro electrónico de la prescripción, dispensación y administración de medicamentos a nivel hospitalario), que sustituirá a la aplicación de Unidosis y que estará integrada con Aldabide, Osakidetza dispondrá de un sistema integral de información on-line sobre el consumo farmacéutico, tanto desde el punto de vista clínico (pacientes-estancias y patología-diagnóstico) como económico-financiero para todos los niveles asistenciales (atención especializada y primaria). En estos momentos, Osabide está funcionando en el ámbito de las consultas de atención primaria desde hace años y permite la prescripción electrónica de recetas médicas.

TABLA 4
FARMACIA

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

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	33.217.638	
	%recetas de genéricos/total de recetas	9,71	
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	493.181.728,47	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	4,24	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	N02BE: 1.711.651 N05BA: 1.704.794 A02BC: 1.431.209	El Nomenclator que remite mensualmente el Ministerio, no tiene totalmente cumplimentados los Códigos ATC
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC: 698.702 C09AA: 264.524 J01CA: 244.345	El Nomenclator que remite mensualmente el Ministerio, no tiene totalmente cumplimentados los Códigos ATC

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

Como cuestiones específicas en materia de planificación y desarrollo de Recursos Humanos, cabe señalar:

- En materia de incorporación de profesionales en los últimos años, se han agudizado las dificultades para la contratación de diferentes especialidades médicas que, en algunos casos, son continuas (anestesiología, pediatría, oftalmología) y, en otras, incluida medicina de familia, es coyuntural, principalmente en períodos vacacionales. Igualmente, se plantean dificultades para incorporar matronas y enfermeras especialistas en salud mental, incluso enfermería básica en períodos vacacionales.
- La jornada laboral esta normalizada para el conjunto de los colectivos (salvo cupo, zona y apd) a 1592 horas anuales desde el año 2000. No consideramos que, en lo que se refiere a la practicidad de la jornada la aplicación de las 48 horas suponga serios perjuicios, salvo esporádicamente en algún hospital comarcal; en ningún caso tiene repercusión en atención primaria; existe una reivindicación del abono de las guardias como hora extraordinaria, pretensión desestimada por el TSJPV, pero que aún se mantiene en estado latente.
- Con carácter general, no existe política de incentivos de carácter retributivo e individualizado; ahora bien, se incluyen en los contratos de gestión de las unidades de atención primaria incentivos económicos para el equipo, como mayor disponibilidad de presupuesto para formación o sustituciones, vinculados al cumplimiento de objetivos.
- Desarrollo profesional: estando elaborado el proyecto de decreto para el personal facultativo (para ser aplicado con efectos desde el 1 de enero de 2005), se encuentra pendiente, en su caso, de aprobación por el consejo de Gobierno. Por otro lado, un grupo de trabajo está elaborando el proyecto de desarrollo para el personal diplomado sanitario, con fecha prevista de finalización para finales de 2005.
- La política de permisos y licencias se recoge en el Decreto 57/2005 de 15 de marzo por el que aprueba el Acuerdo de condiciones de trabajo (BOPV 31 de marzo de 2005).

TABLA 5

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PLANTILLA 31-DICIEMBRE-2004	N. Personas
CARGOS DIRECTIVOS	146
Facultativos Médicos y Técnicos	5.026
Técnicos Superiores no Sanitarios	341
Diplomados Sanitarios	6.950
Técnicos Medios no Sanitarios	278
Técnicos Especialistas Sanitarios	508
Técnicos Especialistas de Administración	447
Técnicos Especialistas Profesionales	152
Técnicos Auxiliares Sanitarios	3.873
Técnicos Auxiliares Administración	1.682
Técnicos Auxiliares Profesionales	730
Subalternos/Operarios	2.271
TOTAL	22.404

PRIMER CICLO DE EVALUACION CORPORATIVA DE LA SATISFACCION (2001-2004)

ORGANIZACIONES		GRUPO PROFESIONAL			RESPONSABILIDAD		RELACION LABORAL		REGIMEN DE TRABAJO			ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN		
TIPO	Total	Facultativos	San. No Facultativo	No Sanitar.	Con mando	Sin mando	Fijos	Interino Temp.	Fijo Maña.	M-T-N	Otros turnos	< 5 años	5-15 años	> 15 años
Hospitales Generales	2.61	2.64	2.57	2.59	2.95	2.62	2.61	2.62	2.74	2.53	2.61	2.72	2.59	2.62
Hospitales Comarcales	2.90	2.98	2.84	2.87	3.49	2.89	2.90	3.01	3.04	2.71	2.28	2.96	2.88	2.78
Hospitales Monográficos	3.01	3.39	2.97	3.06	3.12	3.06	3.00	3.07	3.13	3.01	2.85	3.11	3.01	3.05
Atención Primaria	2.85	2.84	2.88	2.83	3.19	2.78	2.85	2.90	2.87		2.77	2.88	2.86	2.81
Otras	3.02	2.83	2.73	3.06	2.83	2.92	2.93	2.94	2.76	2.88	2.76	3.06	2.99	2.74
TOTAL	2.88	2.92	2.81	2.88	3.10	2.83	2.85	2.90	2.91	2.79	2.66	2.93	2.86	2.81

* Índice 1-5

Número de Profesionales en Atención Primaria

	Hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria	638	598		806	430	
Pediatría	95	159		137	117	
Enfermería	176	1.344	10	1.039	471	
Farmacia	1	12		13		
Psicología Clínica *	19	55		55	19	
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	63	241		141	163	
Otros profesionales no sanitarios	415	787	3	903	296	

* Incluye personal de Centros de Salud Mental Extrahospitalarios

Número de Profesionales en atención especializada

	hombres	mujeres	Edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	1.938	1.001		1.619	1.320	Incluye Jefaturas

Enfermería	424	4.596	108	3.920	992	Incluye Jefaturas
Auxiliar de enfermería	160	3.311	10	2.158	1.303	
Farmacia	10	34	1	32	11	Incluye Jefaturas
Otro personal sanitario	51	423	31	393	50	
Personal no sanitario vinculado	1.477	2.283	16	2.555	1.189	

Número de profesionales por Especialidades médicas

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Alergología	15	3		13	5	
Análisis clínicos	22	50		28	44	
Anatomía patológica	27	23		22	28	
Anestesiología y reanimación	102	118		134	86	
Angiología y cirugía vascular	19	4		10	13	
Aparato digestivo	55	25		38	42	
Bioquímica clínica	5	17		4	18	
Cardiología	73	20		40	53	
Cirugía cardiovascular	14	3		10	7	
Cirugía general y del aparato digestivo	164	21		86	99	
Cirugía maxilofacial	10			5	5	
Cirugía pediátrica	6	3		1	8	
Cirugía torácica	8			6	2	
Cirugía plástica y reparadora	15	5		8	12	
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	25	17		25	17	
Endocrinología y nutrición	23	17		28	12	
Estomatología	31	15		33	13	
Farmacología clínica	2	10		12		
Geriatría						
Hematología y hemoterapia	25	48		25	48	
Hidrología						
Inmunología	1	3		2	2	

Medicina del trabajo	11	10		16	5	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	37	7		22	22	
Medicina interna	91	23		68	46	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	4	3		4	3	
Medicina preventiva y salud pública	10	8		9	9	
Microbiología y parasitología	23	24		27	20	
Nefrología	27	8		15	20	
Neumología	59	18		34	43	
Neurocirugía	24	2		8	18	
Neurofisiología clínica	6	9		9	6	
Neurología	40	15		34	21	
Obstetricia y ginecología	114	69		93	90	
Oftalmología	66	42		68	40	
Oncología médica	9	12		21		
Oncología radioterapia	9	7		13	3	
Otorrinolaringología	74	19		44	49	
Psiquiatría	125	86		135	76	
Radiodiagnóstico	92	60		93	59	
Rehabilitación	18	39		36	21	
Reumatología	16	6		15	7	
Traumatología y cirugía ortopédica	178	16		96	98	
Urología	74	7		41	40	

6. Investigación:

Existe una convocatoria anual de ayudas a la investigación comisionada sobre temas relacionados con la evaluación de tecnologías y servicios sanitarios. Esta convocatoria se gestiona desde la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad, concretamente desde el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA). El objetivo de la misma es la optimización de la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios, incorporando sistemáticamente el análisis de la efectividad de las intervenciones y el análisis económico en la toma de decisiones.

Existen tres convocatorias que están relacionadas total o parcialmente con la investigación: Ayudas a Proyectos de Investigación Sanitaria (BOPV 25 de mayo de 2004), Becas y ayudas de formación en investigación (BOPV 25 de mayo de 2004) y Ayudas a entidades y organización de reuniones (BOPV 7 de junio de 2004).

Conjunta y coordinadamente con la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria en la CAPV existe una Fundación que impulsa los diversos elementos relacionados con la investigación en ciencias de la salud que se lleva a cabo en la CAPV. A continuación se describen las funciones y las actividades desarrolladas por la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria.

La política de investigación en Ciencias de la Salud, desarrollada en la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene dos claros componentes:

1. El componente sanitario, desarrollado por la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria (BIOEF), también llamada Fundación BIO; y
2. El componente de investigación básica, académico y empresarial, desarrollado por la Estrategia BIOBASK-2010, del Gobierno Vasco.

La Fundación BIO basa su política de investigación en los siguientes puntos:

- Orientada hacia la resolución de problemas
- Cooperativa multidisciplinar, intersectorial
 - Integración de todos los centros sanitarios públicos del País Vasco
 - Acercamiento de la investigación básica a la clínica
 - Incorporación de la empresa, PYMES y centros tecnológicos (CCTT)
- Transparencia, separación costes asistenciales de costes de investigación, cuantificación de retornos y resultados
- Competitividad en calidad para obtener financiación externa
- Investigación clínica (incluidos los ensayos clínicos), fisiopatológica, epidemiológica y en servicios de salud
- Apoyo a plataformas tecnológicas multiuso: Genómica, proteómica, metabolómica, farmacología, biotecnología.

La estrategia BIOBASK-2010 ha creado dos Centros de Investigación Cooperativa (CIC) en el País Vasco, uno de Biociencias (CIC Biogune) y otro de Biomateriales, ubicados en los Parques Tecnológicos, dedicados a la investigación básica de excelencia y, mediante la colaboración con sus socios, a impulsar en éstos la investigación aplicada y clínica. Sus socios son la Universidad del País Vasco, la Fundación BIO representando a toda la investigación sanitaria, los centros tecnológicos y las empresas de Biociencias del entorno.

Convocatorias autonómicas. El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco establece una convocatoria anual para proyectos de investigación, y una convocatoria para becas y ayudas a la formación en investigación. La Fundación BIO establece una convocatoria anual con los fondos donados por las asociaciones de pacientes que participan en el telemaratón de la televisión vasca (EITB). En 2004, la Fundación BIO gestionó la convocatoria del Uso Racional del Medicamento, tras convenio con el ISCIII y Departamento Sanidad del GV. Los

Premios Euskadi están abiertos a todas las disciplinas y son gestionados por el Departamento de Educación del Gobierno Vasco.

Balance de la participación en convocatorias competitivas. La Fundación BIO sólo tiene dos años de existencia, por lo que su balance no puede alcanzar mucho más allá. La competitividad del País Vasco en las convocatorias FIS (proyectos, infraestructuras, contratos, etc.) es inferior a lo que sería de esperar en base a indicadores de población o PIB. La tendencia al alza es demasiado reciente como para poder considerarse consolidada. La participación de los facultativos sanitarios en los proyectos europeos es todavía escasa, aunque existe un incremento reciente gracias a la labor de la Fundación BIO en la coordinación de los grupos sanitarios con los académicos y empresariales. La media de edad de los equipos investigadores en 2003 era muy alta, y el porcentaje de becarios solo del 5% para toda la Sanidad pública vasca. En 2005, el porcentaje de becarios se ha triplicado, ha aumentado el nº número de investigadores contratados y se está fomentando la consolidación de los grupos de investigación.

Ensayos clínicos. Euskadi participa en el 4% de los ensayos clínicos españoles, ocupando el 6º lugar entre las 17 CCAA. El nº es inferior a lo que nos corresponde por PIB, habitantes y por la inversión en I+D del País Vasco. Existe aquí una evidente oportunidad de mejora.

Difusión de resultados. La Fundación BIO participa, juntos a los demás Agentes de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología, en la Semana de la Ciencia que se celebra anualmente bajo los auspicios de la Unión Europea. En la convocatoria de ayudas a proyectos del Departamento de Sanidad, se incluye este año la condición de difusión de resultados. En las convocatorias de la Fundación BIO, la difusión es un requisito habitual.

Medicina Basada en la Evidencia. La Sanidad vasca tiene relevancia estatal en este campo, participando en las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa que tratan el tema, impartiendo numerosos cursos anuales en los centros sanitarios, colaborando con el Instituto Joanna Briggs (MBE para enfermería) a través del ISCIII, en numerosas publicaciones, etc.

TABLA 6
INVESTIGACIÓN

	si/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	Si	Servicio Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA)	Servicio dependiente de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud				

TABLA 6
INVESTIGACIÓN

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	SI	6	
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	40	<p>1</p> <p>Título : Calidad en Radioterapia de Intensidad Modulada</p> <p>Distribuidos en: 21 individualizados en el programa de ayudas a proyectos de investigación y 19 incluidos en la convocatoria de redes temáticas</p>

	si/no	número	Observaciones
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	SI	2	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitado a la Comisión Europea. El proyecto se denomina EUNetHTA y en el mismo participan 26 países europeos. Su objetivo es desarrollar una red europea de Evaluación de Tecnologías Sanitaria - Solicitado al Ministerio de Educación. Su objetivo es desarrollar acciones integradas entre diversos países para la adaptación de Guías de Práctica Clínica
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales			
Ensayos Clínicos patrocinados por industria			

TABLA 6
INVESTIGACIÓN

	si/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	sí	OSTEBA-Agencia Vasca de Evaluación de Tecnologías	Servicio dentro de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	sí	Instituto vasco de Investigación Sanitarias	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	Organismo creado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para la gestión de la I+D sanitaria.

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	sí	8	1 CEIC autonómico y 7 CEIC hospitalarios
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	19	Estos son los logrados por grupos de la sanidad pública vasca. Si consideramos también los de la UPV/EHU y PYMES, la cifra asciende a 25.

	si/no	número	Observaciones
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	SI	3	1 Salud pública (liderado por Universidad de Atenas); 2 H.Donostia-H.Basurto
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	Si	37	Incluyen a) <u>convocatorias propiamente de la sanidad</u> (Dpto.Sanidad-BIOEF); si sumamos UPV/EHU y empresas SON 36, y b) <u>convocatorias Dpto. Industria</u> (3 grupos sanitarios)
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	SI	1	Atención Primaria

7. Sistemas de información sanitaria:

Independientemente de que los sistemas de información que se citan a continuación estén conectados entre sí y sean accesibles desde organismos diferentes a los que los controlan, a efectos de claridad expositiva se distinguen los sistemas de información en función de los diferentes centros de responsabilidad.

A.- Sistemas de información en Osakidetza / Servicio vasco de salud

1. Compras integradas de farmacia de Osakidetza

Desde principios de 1998, la Organización Central de Osakidetza realiza la gestión de compras integradas de medicamentos por adquisición directa. Anualmente el Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza aprueba la relación de medicamentos declarados de carácter estratégico y contratación centralizada. En este año 2.005, se han aprobado unos 3.450 especialidades farmacéuticas, que representan el 99% del gasto global de farmacia (excluido receta) de Osakidetza.

Hasta la fecha, Osakidetza ha realizado 213 expedientes de contratación integrada de medicamentos. Actualmente, en mayo del 2005, Osakidetza tiene en marcha 127 expedientes centralizados de farmacia, que suponen 95,7 millones de euros, correspondiente al 83,5% del gasto total farmacéutico por adquisición directa.

2. Actividad asistencial especializada

Recoge información sobre actividad en diferentes áreas asistenciales, de cada uno de los servicios de un hospital: hospitalización, cirugía, consultas externas, urgencias y alternativas a la hospitalización tradicional.

Por cada área asistencial se recogen más o menos items, dependiendo de la importancia y de la disponibilidad de información.

La recogida de información es mensual, realizándose los cuadros de mando necesarios para la gestión del propio hospital y la comparación con el resto de los centros hospitalarios de Osakidetza.

3. Actividad asistencial atención primaria

Recoge información sobre la actividad realizada por cada uno de los médicos de familia y pediatras.

Dicha información se refiere al número de visitas y tiempo dedicado a las mismas.

La recogida de información es mensual, realizándose los cuadros de mando necesarios para la gestión de la zona sanitaria y la comparación con el resto de zonas de Osakidetza.

4. Case-mix hospitalario (GRD)

Recoge información de cada una de las altas hospitalarias, consistente en el CMBD y en el GRD asignado a cada alta.

La recogida de información es mensual, quedando disponible a los usuarios de la aplicación de explotación de datos. Anualmente, se realizan diferentes informes, presentando datos por cada centro hospitalario y comparación entre ellos.

5. Salud mental

Recoge información de cada una de las unidades asistenciales, con ítems específicos para cada tipo de actividad.

La recogida de información es mensual, realizándose un informe comparativo entre unidades.

6. Lista de espera quirúrgica.

El último día de cada mes se recoge información sobre pacientes a la espera de ser intervenidos. Permite conocer por cada hospital, servicio y patología el número de pacientes y el tiempo de espera para su intervención.

La información queda disponible a los usuarios de la aplicación de explotación de datos.

Además, mensualmente se realiza un informe presentando datos comparativos entre ellos.

7. Lista de espera de consultas externas y pruebas complementarias.

Se recoge información sobre pacientes a la espera de ser atendidos en ambas áreas de actividad. Permite conocer por cada hospital, servicio y exploración el número de pacientes y el tiempo de espera.

Cada mes se realiza un informe cuya información queda disponible a los usuarios de la aplicación de explotación de datos.

8. Monitorización ocupación de camas.

En épocas de alta demanda de camas, en concreto en épocas de gripe, diariamente se recoge información sobre la situación de las camas en cada centro hospitalario, permitiendo realizar una gestión del recurso entre todos los hospitales.

Los modelos actuales de gestión de organizaciones requieren de información rápida y veraz. Los sistemas descritos son las principales fuentes que aportan dicha información.

En la actualidad, los informes derivados son utilizados en diferentes niveles y campos de gestión, lo que requiere que los sistemas de información estén en continua actualización para adaptarse a las necesidades de los diferentes destinatarios.

B.- Sistemas de información en la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se han creado diferentes Sistemas de Información Sanitaria. Son los que se describen a continuación:

Registro de Cáncer

Fue creado en 1986 por el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social mediante una Orden de 6 de noviembre de 1986 (BOPV nº 225). Obtiene la incidencia de cáncer en la CAPV y sus Territorios Históricos. Contribuye y participa con su información en los diferentes planes de salud y/o cáncer, estudios de supervivencia, estudios epidemiológicos, elaboración de indicadores sanitarios nacionales e internacionales, etc.

Registro de Mortalidad

Fue creado en el año 1986 por medio de un Convenio entre el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) pero no existe ninguna referencia legislativa propia. Anualmente obtiene las cifras de la mortalidad en la

CAPV y sus Territorios Históricos. El EUSTAT envía anualmente la información de los Boletines Estadísticos de Defunción al Instituto Nacional de Estadística. Es una información contenida en los Planes Estadísticos Nacionales.

Registro de Drogodependencias

Fue creado en la CAPV en 1986 después de la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PND) el 20 Septiembre de 1985 (BOE nº 226). No existe ninguna referencia legislativa propia. Obtiene anualmente información sobre 3 indicadores: inicio de tratamiento, urgencias y mortalidad siguiendo las definiciones y modificaciones del PND. Anualmente se envían los datos a la Secretaria de Drogodependencias y al Ministerio de Sanidad y se incluyen en el Observatorio Vasco sobre Drogodependencias y en el Observatorio Español sobre Drogas.

Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Con la aprobación de la Ley Orgánica 9/1985 de despenalización del aborto, la Interrupción Voluntaria del Embarazo está sometida a vigilancia epidemiológica que fue asumida por el Ministerio de Sanidad por medio de una orden de 16 de junio de 1986 (BOE de 3 de julio). La acreditación de centros para la práctica del aborto en la CAPV se lleva a cabo mediante la Orden de 3 de septiembre de 1985 del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. La recogida de datos se inicia en 1987 y desde entonces se obtiene información anualmente que se envía al Ministerio de Sanidad. Es una información contenida en los Planes Estadísticos Nacionales

Registro de Altas Hospitalarias

Fue creado por el Departamento de Sanidad mediante el Decreto 303/1992 (BOPV nº 234). Obtiene anualmente la información de las altas ocurridas en los hospitales públicos de la CAPV que se envían al Ministerio de Sanidad. También se obtiene información de los hospitales privados. Las variables al alta son las propias del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD).

Encuesta de Salud del País Vasco

La Encuesta de Salud del País Vasco se ha realizado en los años 1986, 1992, 1997 y 2002. La información se refiere a la población institucionalizada residente en la CAPV, y se recoge mediante entrevista personal a domicilio, en el último trimestre de la fecha de referencia de la encuesta. En el año 2002 se entrevistó a cerca de 5.200 familias, con un total de 14.787 personas. La información se plasma en dos cuestionarios: - uno familiar, en el que se recoge datos de todos los miembros de la familia en los aspectos de discapacidad, accidentes, consumo de medicamentos y utilización de servicios de salud; - el otro es individual y recoge información sobre la salud percibida, la calidad de vida relacionada con la salud, los hábitos de vida (consumo de alcohol, tabaco, actividad física, índice de masa corporal, higiene del sueño), las condiciones de trabajo y las practicas preventivas. La Encuesta de Salud utiliza las definiciones e instrumentos comparables a otras encuestas de ámbito estatal e internacional.

Estadística hospitalaria

La Estadística Hospitalaria comenzó a elaborarla EUSTAT en colaboración con el Departamento de Sanidad a partir del año 1984. Hasta ese momento, y con un ámbito estatal, dicha estadística era realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad, con los que se alcanzó el compromiso de continuar suministrando la información, pero transfiriendo la responsabilidad de la obtención de los datos al Gobierno Vasco.

La Estadística Hospitalaria obtiene información con carácter anual de todos los hospitales censados en la CAPV sobre aspectos relacionados con los recursos humanos y físicos, la actividad asistencial en sus diversas facetas y la actividad económica por ellos desarrollada.

Estadística extrahospitalaria pública

La Estadística Extrahospitalaria Pública comenzó a realizarse en el año 1985, siendo la primera vez que se elaboraba una estadística de estas características en el Estado.

La Estadística Extrahospitalaria Pública es de carácter censal y de periodicidad anual y comprende la atención primaria y especializada realizada en los centros extrahospitalarios públicos. El objeto de la estadística es obtener información sobre los recursos humanos y físicos, la actividad asistencial y la actividad económica desarrollada en los mencionados centros.

Sistemas de información sobre las desigualdades sociales en salud

El Plan de Salud 2002-2010 incluyó entre sus acciones el estudio y monitorización de las desigualdades sociales en salud. En este marco se inscriben el análisis desde la perspectiva de género y de clase social de la Encuesta de Salud, la puesta en marcha de sendas operaciones estadísticas sobre las desigualdades sociales en la mortalidad y en la morbilidad y el análisis de las desigualdades socioeconómicas en la salud utilizando indicadores socioeconómicos del área de residencia (sección censal).

Las dos estadísticas citadas tienen como objetivo el análisis y monitorización de las desigualdades sociales en la salud (mortalidad o morbilidad), utilizando información de la posición socioeconómica individual obtenida a partir del enlace de la base de datos correspondiente (defunciones, registro de cáncer, etc.) con el registro de población de la CAPV.

La utilización de indicadores socioeconómicos del área de residencia (sección censal) supone una oportunidad para describir y monitorizar las desigualdades socioeconómicas en salud y en la atención sanitaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Para ello sería necesario que los sistemas de información recogieran la dirección de residencia en formato codificado y georeferenciable (callejero), es decir que permita incorporar información para la representación geográfica, y consensuar el uso de indicadores socioeconómicos del área de residencia comparables para las distintas CCAA.

C.- Sistemas de información en la Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria

- Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)

Sistema de información para la gestión de la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma del País Vasco protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi. Como utilidades se pueden establecer la gestión y ordenación sanitaria, el desarrollo de campañas de salud pública y la gestión económica de personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

- Eskura- Tarjeta Sanitaria Electrónica

Sistema de información que trata de acercar la Administración sanitaria a la ciudadanía, mediante el uso de medios telemáticos a través de la Tarjeta Sanitaria Electrónica.

Se ha articulado un sistema seguro de relaciones electrónicas entre la Administración sanitaria y la ciudadanía que permita garantizar la autenticidad, confidencialidad, integridad de los contenidos y el no repudio.

La Tarjeta Sanitaria Electrónica tiene las mismas potencialidades que la TIS y, además, permite vía internet acceder a un repertorio de servicios, que en la actualidad son los siguientes: información personal sobre cobertura y prestaciones, actualización de datos de aseguramiento, solicitud de tarjeta para algún miembro de la unidad familiar, solicitud de cambio de médico, segunda opinión médica, presentación y gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias, solicitud de reintegro de gastos y otros reembolsos,

información personal de salud y hábitos de vida e información personal de vacunaciones infantiles.

- Sistema Integrado de Aseguramiento

Sistema de información que surge de la integración de todos los sistemas del ámbito de Aseguramiento para obtener como resultado un Sistema Informacional que permita la mejora de la gestión sanitaria y el desarrollo de estudios e investigación en relación con la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi.

- Comunidad Virtual de Aseguramiento

Consiste en un sistema que integra las necesidades funcionales de los profesionales del área de Aseguramiento Sanitario permitiendo el desarrollo de trabajo colaborativo (foros, grupos de trabajo, sistemas de información) a través de una intranet.

- Prestaciones Sanitarias

Es el sistema de información que sirve para gestionar las solicitudes de autorizaciones previas y reintegro de gastos.

- Gestión de Incapacidad Temporal

Permite el registro, gestión, evaluación y control de las incapacidades temporales por contingencia común de la población beneficiaria de la prestación sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco con cobertura por el sistema de Seguridad Social.

- Sistema de Atención al Cliente

Sistema de información para la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias planteadas por las personas usuarias de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

- Contratación Sanitaria

Se trata de un sistema de información para la contratación de servicios sanitarios que facilita una gestión integral de la contratación tanto pública como privada. Permite el control de la actividad y facturación de la asistencia sanitaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud y empresas y centros concertados, así como el análisis de la información sobre actividad-financiación contratada desde la óptica de la planificación económico-sanitaria.

D.- Sistemas de información en la Dirección de Servicios y Régimen Económico

Los Sistemas de Información constituyen uno de los principales activos de nuestra organización y son un factor primordial en la cadena de valor añadido para la optimización de la gestión y la mejora continua. Por ello, año tras año se viene dedicando un importante esfuerzo en este ámbito. Fruto de este trabajo son las múltiples aplicaciones informáticas de que dispone el Departamento de Sanidad como pueden ser:

Plan de Salud

Se trata de un sistema de información para la explotación de registros sanitarios estadísticos, de evaluación y planificación. Permite identificar la situación de salud de la población a través de datos sobre mortalidad, altas hospitalarias, cáncer, EDOS...

Sistema Integrado de Aseguramiento

Resultante de la integración de las diversas aplicaciones relativas al aseguramiento, proporciona información completa de los asegurados del Sistema Sanitario Público Vasco, permite su explotación, segmentación etc. cumpliendo siempre la normativa vigente en materia de seguridad.

Tarjeta Individual Sanitaria (T.I.S.)

Es el registro de asegurados del Sistema Sanitario público vasco.

Tarjeta Sanitaria Electrónica (T.S.E)

Es el proyecto Eskura. Consiste en dar servicios a través de Tarjeta Sanitaria Electrónica.

Contratación Sanitaria

Es el sistema de facturación de los episodios asistenciales de los asegurados del Sistema Sanitario Público Vasco por dos conceptos (Contrato Programa con Centros de Osakidetza / Conciertos con centros asistenciales privados).

Atención al Cliente

Se trata del registro de quejas, reclamaciones,... de los ciudadanos y ciudadanas al Departamento de Sanidad.

Reintegro de Gastos

Es el registro de pagos a las personas que han recibido una prestación sanitaria que requiere pago anticipado bien por la naturaleza de la misma o por tratarse de una prestación no cubierta por ninguno de los sistemas sanitarios públicos o concertados.

Farmacia

Es el repositorio de las recetas facturadas por los Colegios Oficiales de Farmacia al Departamento de Sanidad y el registro de distribución de talonarios, incluye el mantenimiento del Nomenclator, maestro de dietas y colegiados médicos.

Otros

Gestión de Tratamiento de la Infertilidad. Registro de los medicamentos para el tratamiento de la Infertilidad expedidos y facturados por las farmacias.

Registro de Medicamentos extranjeros. Registro de las y los pacientes a los que se les ha prescrito una especialidad farmacéutica no registrada en España. El objetivo de esta aplicación es la gestión del suministro de medicamentos extranjeros en la CAPV, la tramitación de las órdenes de suministro y el posterior análisis de la información.

Registro de Metadona / Estupefacientes.- Registro de los pacientes a los que se les ha prescrito metadona en los centros especializados en este tipo de servicio o algún tipo de estupefaciente en las farmacias.

EDOS

Es el registro de los casos que padecen o han padecido algún tipo de enfermedad de declaración obligatoria.

Microbiología

Registro de los casos con diagnóstico microbiológico. Su objetivo es el de caracterizar y conocer la incidencia en la CAPV de ciertas enfermedades de carácter transmisible, para realizar tareas y campañas de prevención, estudios y vigilancia epidemiológica (facilitando el desarrollo de programas de control de algunas enfermedades infecciosas).

Registro de Cáncer

Es el registro de casos que padecen o han padecido algún episodio de cáncer en centros sanitarios de Osakidetza.

Aguas/Playas.

Es el registro de control de calidad del agua de playas y piscinas de la C.A.P.V.

Docencia

Es el registro de las ayudas destinadas para docencia de personas físicas o jurídicas desde su solicitud, tramitación,... formación e investigación.

Voluntades Anticipadas

Se trata del registro de las voluntades anticipadas de cualquier ciudadano o ciudadana en la Comunidad Autónoma Vasca.

OSANET.- Portal del Sistema Sanitario Vasco

Se trata del marco de actuación en Internet para la gestión de la información, aplicaciones, foros, etc. del Departamento de Sanidad y OSAKIDETZA.

Receta Electrónica

Consiste en un sistema que integra las prescripciones de Osabide con sus correspondientes dispensaciones en las oficinas de farmacia. En estos momentos está en fase piloto en dos localidades de nuestra Comunidad.

Inspección de Centros Alimentarios

Se trata del registro de centros alimentarios y la gestión de inspecciones, alertas etc. derivadas de su actividad.

Registro de Recién Nacidos en la C.A.P.V.**Registro de Centros Sanitarios de la C.A.P.V.****Fondo de Cohesión.-**

Se trata de un proyecto de integración de Prestaciones Sanitarias y el Ministerio de Sanidad. En desarrollo.

TABLA 7
SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias	NO				

	si/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años		Observaciones
			%hombres	%mujeres	
ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)	Si	1986, 1992, 1997 2002	65,6	59,9	

8. Calidad

Durante el año 2004, se ha continuado con la implantación de las diversas líneas de acción derivadas del Plan Estratégico de Osakidetza para el periodo 2003-2007. Más concretamente, hacemos mención a las derivadas del objetivo corporativo 3: CALIDAD TOTAL, y de sus objetivos estratégicos:

1. Continuar el proceso de implantación del MODELO EFQM.
2. Implantar sistemas de gestión de la calidad.
3. Mejorar los sistemas de evaluación de la calidad de servicio.

Líneas de acción

Autoevaluación

A finales de 2004, se ha desarrollado el 5º programa corporativo para que las organizaciones de servicio se autoevaluaran con el Modelo EFQM. Esta autoevaluación se ha realizado o planificado para 2005 en la totalidad de organizaciones, con la excepción de las organizaciones que han obtenido un reconocimiento del Gobierno Vasco tras evaluación externa con el Modelo EFQM.

Evaluación externa

Se han presentado cuatro de nuestras organizaciones a evaluación externa y las cuatro han obtenido el reconocimiento de la Q de plata: Hospital de Alto Deba, Comarca de Atención Primaria Uribe, Hospital de Santa Marina y Hospital de Zamudio.

Club de evaluadores

En el año 2004 eran ya alrededor de 100 las personas de Osakidetza las que formaban parte del Club de Evaluadores de la Fundación Vasca de Fomento de la Calidad - Euskalit y, por tanto, reconocidos como capacitados para participar en los grupos de evaluación externa que organiza esta institución.

Satisfacción Clientes

El despliegue del modelo EFQM ha supuesto el desarrollo de un sistema para conocer la satisfacción del cliente por lo que a lo largo de estos años se han venido desarrollando diversos instrumentos para medirla. Se dispone de un programa corporativo para conocer la satisfacción de nuestros clientes en prácticamente la totalidad de los servicios sanitarios que prestamos. Este programa tiene un ciclo de dos años y en 2004 se ha medido la satisfacción de los clientes de los ámbitos de: hospitalización (adultos-agudos y media larga estancia-, y pediatría-padres), urgencias, consultas externas hospitalarias, hospitalización a domicilio y atención primaria.

Gestión por Procesos

Otra importante línea de trabajo desarrollada como consecuencia de la implantación del 'modelo de excelencia' es la gestión por procesos. Como herramienta de referencia metodológica tenemos la Norma ISO 9001: 2000 y aunque no es un requisito indispensable

certificarse, la mayoría de los procesos con los que se trabaja son finalmente propuestos a certificación externa según esta norma. Así, podemos decir que el 87% de nuestras organizaciones tenía definido a finales de 2004 su sistema de gestión de la calidad orientado a procesos. Con 78 procesos en atención especializada, 55 centros de atención primaria y dos organizaciones completas certificadas. La gestión de procesos y la certificación afectan tanto a procesos no asistenciales como a procesos asistenciales. Algunos ejemplos de estos últimos son: servicio asistencial en centros de salud (lo que denominamos alcance total), unidad de corta estancia, hospitalización a domicilio, urgencias pediátricas, unidades de hospitalización psiquiátrica y unidad de críticos.

Plan de Calidad

En 2003 -e íntimamente relacionado con el nuevo Plan Estratégico de Osakidetza- se desarrolla el Plan de Calidad. Diseñado como un instrumento operativo de mejora, plantea a través de 12 objetivos la mejora de la calidad del servicio sanitario y la mejora en calidad de la gestión en un horizonte temporal de 4 años. En 2004 se ha realizado la primera evaluación.

9. Seguimiento del estado de salud de la población.

La esperanza de vida al nacimiento en la Comunidad Autónoma del País Vasco fue en el año 2003 de 76,78 años en varones, y de 83,91 años en mujeres. La probabilidad de morir era superior en varones en todos los grupos de edad, excepto entre 1 y 4 años.

En el año 2002, el 63% de la población vasca declaró tener muy buena salud o buena, y sólo el 7% opinaba que su salud era mala o muy mala. La autovaloración de la salud fue peor entre mujeres, ya que el 9% percibía su salud como mala o muy mala, frente al 6% de los varones. Sin embargo, la esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento era superior en mujeres, donde se estimó que podían vivir 72,4 años libres de incapacidad, mientras que en varones era de 67,6 años.

Las desigualdades socioeconómicas de la población vasca producían diferencias en el estado de salud. Tanto los varones como las mujeres de nivel socioeconómico más elevado tenían mayor esperanza de vida libre de incapacidad en el momento de nacer que las personas pertenecientes al nivel más bajo. Los varones de clase alta podían esperar vivir 66,4 años libres de incapacidad y los del nivel inferior 62,8. En las mujeres estas cifras eran de 73,8 y 70,8 respectivamente.

La esperanza de vida en buena salud al nacimiento seguía un gradiente socioeconómico en los dos sexos, con menor número de años esperados en buena salud en las clases más desfavorecidas. La diferencia entre las clases extremas fue de 9,2 en varones (62,3 - 53,5) y de 6,8 en mujeres (70,4 - 63,6).

El cáncer es uno de los principales problemas de salud y produjo en el periodo 1994-97 un promedio de casos nuevos anuales de 8.630. La tasa de incidencia ajustada por edad con la población europea fue de 467,4 casos por cien mil varones y de 270,4 casos por cien mil mujeres. Entre los primeros, las localizaciones más frecuentes fueron pulmón, colon-recto y próstata. En mujeres, predominaban los de mama, colon-recto y endometrio.

El infarto agudo de miocardio es también una causa importante de morbilidad. El promedio anual de casos en personas mayores de 24 años durante el bienio 1999-2000 fue de 2.496. Las tasas de ataque ajustadas por edad con población mundial fueron de 236,5 y 61,2 infartos por cien mil varones y mujeres respectivamente.

Durante el año 2003 se produjeron 19.305 defunciones, de las cuales el 52% ocurrió en varones. Las tasas ajustadas por edad con la población europea eran superiores en varones (777,7 x 100.000) que en mujeres (407,6 x 100.000). Las enfermedades de aparato circulatorio fueron la primera causa de muerte (30%), seguidas de los tumores (29%) y de las enfermedades del aparato respiratorio (11%). Las causas específicas más frecuentes entre varones eran la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y la enfermedad cerebrovascular. En mujeres, la primera causa fue la enfermedad cerebrovascular, seguida de la cardiopatía isquémica y de los trastornos orgánicos seniles y preseniles. El tumor maligno de mama -que en el año 1998 ocupaba el 3º lugar- ha pasado al sexto y sus tasas han variado de 22 fallecimientos por este cáncer por cien mil mujeres y año a 18,2.

La mortalidad total seguía un claro gradiente socioeconómico en ambos sexos. Los varones menores de 65 años sufrían el mayor exceso de mortalidad asociado a las desigualdades socioeconómicas, con una razón de tasas (RT) en el nivel más desfavorecido con respecto al más elevado de 1,56. En mujeres, la asociación no era tan fuerte (RT:1,15) y, en las personas de 65 y más años, fue de 1,10 y 1,11 en varones y mujeres respectivamente. Las causas de muerte con mayor asociación en orden decreciente fueron la sobredosis por drogas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cirrosis hepática para los varones menores de 65 años. En mujeres de la misma edad, destacaban la cirrosis hepática, la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares. Se observó una asociación inversa para el cáncer de pulmón y el cáncer de mama. Entre los varones de 65 y más años los mayores excesos se observaron para el suicidio, la cirrosis hepática y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; entre las mujeres de esa edad, para el cáncer de estómago, la

cirrosis hepática y los accidentes cerebrovasculares, y sólo el cáncer de mama mostró una asociación inversa.

Estrategias para conocer y monitorizar el estado de salud de la población de la CAPV

1. Análisis continuado de las fuentes de información de la Dirección (descritas en el capítulo 7), basadas en registros administrativos, registros de morbilidad específicos, u operaciones estadísticas. Estas últimas incluyen el análisis de la mortalidad, las estadísticas de recursos y actividad de los servicios de salud (estadísticas hospitalaria, extrahospitalaria y de entidades de seguro libre médico-farmacéutico), la Encuesta de Salud, y sendas estadísticas de desigualdades sociales en la mortalidad y la morbilidad.
2. La puesta en marcha de registros de morbilidad con una duración limitada, como el Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda).
3. Proyectos de investigación, como el de “Desigualdades geográficas y socioeconómicas en la mortalidad”, que analiza los datos de mortalidad por áreas pequeñas (secciones censales y zonas básicas de salud).
4. Desarrollo de un Sistema Integrado de Información de Salud. Este Sistema ha permitido integrar los principales elementos del Sistema de Información de la Salud del Departamento de Sanidad, ha mejorado la accesibilidad de los usuarios del Sistema a los datos y está permitiendo un análisis más eficiente de la información acumulada.

10. Participación:

El Consejo de Sanidad de Euskadi y los Consejos de Área de Salud de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, son órganos de participación ciudadana en el Sistema Sanitario de Euskadi.

Dichos consejos, regulados por DECRETO 260/1999, de 22 de junio, tienen facultades consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del Sistema, así como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de ejecución.

El Consejo de Sanidad de Euskadi, presidido por el Viceconsejero de Sanidad, está compuesto por 33 miembros, observándose en su composición criterios de representatividad territorial y del sector sanitario, e incorpora a representantes de las Administraciones locales y forales, de los colegios profesionales sanitarios, de las asociaciones de consumidores y usuarios y de los sindicatos y organizaciones empresariales.

El Consejo se reúne con una periodicidad semestral, los meses de junio y diciembre, siendo el contenido de las reuniones las determinadas por sus propias funciones, destacando los informes presentados por el Departamento de Sanidad y sometidos a consulta del Consejo, en relación con los objetivos generales del Sistema Sanitario, la evaluación de los objetivos del Plan de Salud, las líneas generales de los programas presupuestarios, etc.

Los Consejos de Área de Salud tienen las mismas facultades que se atribuyen al Consejo de Sanidad de Euskadi, en relación con el ámbito de las respectivas Áreas de Salud, especialmente en lo que atañe a las especificidades de los servicios sanitarios que se prestan en las mismas.

11. Equidad:

- Acciones dentro del Plan Vasco de Inmigración.

Dentro del Plan Vasco de Inmigración 2003-2005 se incluyó un apartado en el ámbito de la Sanidad que incluía:

- Desarrollar acciones de divulgación entre la población inmigrante acerca del acceso y organización del Sistema Vasco de Salud.
- Incorporar a la formación del personal del Servicio Vasco de Salud aspectos relativos a la atención sanitaria a población inmigrante, con especial atención a necesidades y demandas específicas de las mujeres inmigrantes.
- Desarrollar programas de prevención y promoción de la salud entre la población inmigrante, previendo la asignación de recursos y los ajustes en la gestión de los servicios
- Potenciar la colaboración entre Osakidetza , asociaciones de inmigrantes y otros servicios y agentes, para garantizar la integralidad y profundizar en la comunicación intercultural
- Adecuar las condiciones de acceso y atención sanitaria a las peculiaridades de la población inmigrante.

- Acciones dentro del Plan Vasco para la promoción integral y participación social del Pueblo Gitano.

Dentro del Plan se incluyó un apartado en el ámbito de la Sanidad que contempla actuaciones para garantizar y, en su caso, mejorar la adecuación, el aprovechamiento con continuidad y, en definitiva, la accesibilidad para la población gitana de los programas y servicios de salud, como son:

- Diseño y desarrollo de campañas de información, formación y mentalización sobre: el uso de los servicios de atención primaria, el uso de los servicios de atención al cliente de la red sanitaria y los programas preventivos del sistema sanitario vasco (por ejemplo, el programa de atención dental infantil).
- Mejora de la calidad de la información sobre direcciones de correo de las personas de la comunidad gitana presente en la base de datos de aseguramiento (Tarjeta Individual Sanitaria) para facilitar el acceso a los programas preventivos y asistenciales del Departamento.
- Preparación y realización de acciones formativas sobre la realidad y la cultura gitana dirigidas al personal que trabaja en los servicios sanitarios.
- Realización de investigaciones, estudios o diagnósticos sobre aspectos específicos de la situación sanitaria de la comunidad gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco o en determinadas zonas en las que se detecten problemas concretos (por ejemplo sobre: situación de la población infantil, diferenciación entre hombres y mujeres gitanas, enfermedades infecciosas vinculadas a la precariedad en las condiciones de vida y factores de riesgo vinculados, por ejemplo, a hábitos, actividad física, alimentación, consumo de sustancias tóxicas, población usuaria de drogas, morbilidad y mortalidad o VIH-SIDA).
- Revisión y, en su caso, mejora de programas, normativas, protocolos o prácticas en uso en diversos centros y servicios que pudieran resultar discriminatorios para la población gitana.
- Diseño, tras los estudios correspondientes, de programas específicos para el abordaje de la problemática de las drogodependencias y del VIH-SIDA en la comunidad gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco (incluyendo su problemática en menores).

- Diseño, tras los estudios correspondientes, de programas piloto de educación para la salud dirigidos a mujeres gitanas como responsables, en muchos casos, de la salud de la comunidad.
- Creación de un servicio de apoyo a la red sanitaria que elabore y facilite información, asesoramiento, mediación y orientación a profesionales de la sanidad sobre diferentes aspectos de la cultura e idiosincrasia de la población gitana que puedan afectar a su atención y tratamiento (un recurso integral de apoyo y seguimiento en relación con la atención sanitaria de la población gitana de la Comunidad Autónoma del País Vasco).

- **Acciones para mejorar y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios para mujeres**

Inclusión en la oferta preferente de Atención primaria de acciones encaminadas a la mejora de la asistencia de la mujer en el embarazo, puerperio y menopausia; al control, prevención y diagnóstico de cáncer ginecológico así como acciones de mejora de la calidad de la asistencia en los casos de malos tratos domésticos, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencia.

- **Acciones para mejorar y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios a colectivos de edad avanzada más vulnerables**

Inclusión en la oferta preferente de Atención primaria de acciones encaminadas a la evaluación de situaciones de "fragilidad" por situaciones de soledad, situaciones económicas y familiares de riesgo de incidir en la salud de la población de edad avanzada, así como valoración de riesgos de caídas.

12. Valoración del proceso transferencial

Sin olvidar las transferencias de competencias y medios relativos al campo de la salud pública, de los hospitales y dispensarios de la extinta AISNA, ni de algunas otras que se realizaron después (ISM, por ejemplo), el grueso de la transferencia sanitaria desde el Gobierno español e instancias con él relacionadas a Euskadi –el de la asistencia sanitaria provista por el INSALUD- se materializó el 1 de enero de 1988. Para entonces, el Gobierno Vasco ya había creado Osakidetza-Servicio vasco de salud (en aquel momento, con la figura de organismo autónomo) y, en consonancia con el reparto interno de papeles entre distintas administraciones que marcaba la Ley de Territorios Históricos, había integrado en dicho organismo dispositivos asistenciales anteriormente dependientes de las Diputaciones Forales (fundamentalmente hospitales de agudos y hospitales psiquiátricos).

Lo anterior ilustra tres peculiaridades a tener en cuenta a la hora de proceder a cualquier valoración:

- Por un lado, la fecha de la transferencia –llamémosle- principal, pues carece de sentido comparar las transferencias y sus efectos entre Comunidades que las han acogido en contextos temporales (y sociales, políticos y económicos) sustancialmente diferentes. Relacionada también con la fecha está la duración del periodo en el que cada Comunidad ha ejercido su capacidad de dictar políticas, ya que ello supone diferencias notables entre Comunidades en cuanto a la oportunidad de marcar su impronta en la orientación del dispositivo asistencial.
- Por otro, hay que hacer notar que el proceso transferencial en materia de asistencia sanitaria hacia el Gobierno Vasco no ha sido unidireccional, sino que ha tenido diversos orígenes.
- Por último, se debe resaltar que en todo momento ha habido una clara voluntad política de integrar todos los dispositivos asistenciales de carácter público en un solo organismo, lo cual conlleva, a la par de ciertas complicaciones, evidentes oportunidades en cuanto a la homogeneidad y equilibrio en la aplicación de políticas, en el desarrollo armónico de los diversos dispositivos y, en definitiva, en la gestión global y conjunta de este sistema.

Además, y desde nuestra perspectiva tan importante como todo lo anterior, está el hecho diferencial del modelo de financiación por el procedimiento del Concierto Económico y del cupo resultante. Porque lo que en el fondo refleja es la autonomía política para, en función de las necesidades y valores, destinar más o menos fondos públicos a la función sanitaria y, dentro de ella, a cada una de sus vertientes. Y esto es fundamental, porque no se puede ejercer ninguna política propia si no existe margen de maniobra en la asignación de fondos.

En cualquier caso, la transferencia en sí no es sino un acuerdo político resultante de una voluntad descentralizadora inicial soportada en el cuerpo constitucional (Constitución y Estatutos) y de un proceso negociador más o menos beneficioso de y para cada una de las partes, y en un momento político y económico determinado. Y la valoración aquí –entendemos- no debe referirse tanto a la transferencia en sí como a lo que cada Comunidad Autónoma haya hecho después con los servicios transferidos, aunque el margen de maniobra en cuanto a lo último pueda estar influido en gran medida por lo primero.

En este sentido, la autonomía en la dirección política y en la consiguiente gestión de los servicios de salud en Euskadi a lo largo de estos 17 años y medio ha propiciado la obtención de numerosos resultados positivos en muy diversas categorías.

Por un lado, se han podido –desde el principio- acomodar y encajar las políticas sanitarias y su correspondiente financiación en el marco de las prioridades políticas y en los esquemas generales de financiación del Gobierno Vasco. Ello, a su vez, tiene dos consecuencias fundamentales:

- una, consistente en que el desarrollo de los servicios y el consiguiente esfuerzo económico para su respaldo responden (en un sistema democrático como en el que nos encontramos) no a la simple disponibilidad de fondos que determina el resultado de una negociación y la subsiguiente tendencia histórica, sino a las prioridades que la sociedad vasca muestra con respecto a la salud en el contexto de los demás valores, intereses y preocupaciones que pueda tener en cada momento;
- otra, que consiste en la coordinación de las políticas de salud con otras políticas sectoriales (educativa, medioambiental, de servicios sociales, tráfico, etc.), voluntad que se refleja en los sucesivos planes de salud aprobados (al final, como políticas gubernamentales, no sólo como planes departamentales) y en la filosofía que subyace en múltiples acuerdos y convenios intersectoriales e, incluso, interinstitucionales (sobre la articulación del espacio socio-sanitario, por ejemplo).

Muy relacionado con lo anterior están, por ejemplo,

- la política de inversiones llevada a cabo, que ha permitido remodelar completamente la infraestructura original y completarla con numerosos dispositivos (hospitales, centros de salud y otros) de nueva construcción, así como mantener un elevado nivel de renovación tecnológica, diagnóstica y terapéutica. Todo ello conduce a que la dotación y distribución actual de los recursos físicos de Osakidetza-Servicio vasco de salud no tenga nada que envidiar a la de cualquier otro servicio sanitario público de cualquier país europeo.
- la reorganización en profundidad del sistema sanitario vasco, a fin de que pudiera ser más efectivo, eficiente y de calidad. Tras un proceso de reflexión estratégica, se aprobó en 1997 una Ley de Ordenación Sanitaria con la que se cambiaron numerosas reglas de juego. Así, siguiendo las pautas de la diferenciación de funciones, el Departamento de Sanidad quedó como elemento regulador y financiador del sistema y Osakidetza pasó a ser un Ente Público de Derecho Privado con la finalidad de proveer los servicios que el Departamento le encomendase. Por primera vez en el plano normativo y en el ámbito sanitario de todo el Estado, quedó regulada la relación entre regulador/financiador y provisor a través de contratos-programa, con contenidos supeditados al Plan de Salud de obligada presentación al Parlamento. Cabe señalar que esta reorganización sirvió de modelo a otras áreas de la administración vasca, por lo que el ejercicio de la autonomía sanitaria ha tenido externalidades claras hacia otros sectores públicos.
- en cuanto a las políticas de personal y su gestión, es evidente que el desarrollo actual de sus múltiples facetas, acordado año tras año con los entes sindicales en la correspondiente Mesa Sectorial, poco tiene que ver con la situación de origen y que, por ejemplo, ciñéndonos a términos retributivos, la autonomía ha permitido acomodarlos progresivamente según la trascendencia y naturaleza de la función sanitaria a las políticas retributivas generales de la administración pública vasca.
- los sistemas de información de toda índole, tanto para la gestión como para la asistencia, han experimentado un desarrollo exponencial en estos años.
- Lo mismo cabe decir de la política de calidad implantada en Osakidetza que está obteniendo resultados muy notables.
- En el plano asistencial, ha habido una voluntad expresa de acercar en todos los órdenes los servicios a todos los ciudadanos, lo cual no sólo ilustra la prevalencia de un criterio de accesibilidad, sino también de equidad. Así, más allá del simple acercamiento geográfico, se han hecho disponibles ciertos programas y servicios según intereses ciudadanos y necesidades de salud (salud buco-dental, diagnóstico precoz del cáncer de mama, etc.), se está haciendo un notable esfuerzo por mejorar la accesibilidad horaria (a través de la generalización de horarios de tarde en los centros de salud), y hace más de 15 años que a diario se libra una batalla para mejorar la accesibilidad temporal a los servicios (gestionando las demoras para intervenciones quirúrgicas, exploraciones complementarias, etc.).

Todo lo anterior esboza los múltiples avances logrados tras 17 años y medio de ejercicio de las competencias sanitarias en Euskadi y nuestra convicción de que la descentralización –no sólo administrativa, sino esencialmente política y financiera- ha sido la clave de este desarrollo.

Pero hay un elemento absolutamente fundamental, a nuestro juicio, que reside en un orden muy diferente de todo lo anterior. Y es un elemento que, más allá de cualquier valoración de corte tecnocrático, da profundo sentido social a la descentralización. Se trata del sentido de pertenencia que las y los ciudadanos puedan tener con respecto al sistema sanitario, algo difícil de conseguir en un sistema centralizado. Porque en la medida en que lo perciban como algo próximo y propio y que, obviamente, resuelva de forma razonablemente adecuada sus necesidades y expectativas, los ciudadanos se convierten en los más firmes defensores del sistema público y en el mayor respaldo para su progresivo desarrollo y mejora. En este sentido, la descentralización (y no nos referimos a una meramente administrativa) contribuye de forma notable a mejorar el respaldo social de la sanidad pública, siendo ésta, como apuntábamos, una de las grandes fortalezas del sistema.

Por último, entendemos que las transferencias (el haberlas completado) suscitan en las CCAA cierto sentido de competencia que puede resultar beneficioso para el conjunto en la medida en que las iniciativas que se puedan poner en marcha tengan valor añadido. E, igualmente, brinda a las instituciones centrales la oportunidad de replantear en profundidad su propio papel en el nuevo esquema, centrándolo en uno de impulso y apoyo, y arbitral y de coordinación cuando resulte necesario.

En la otra cara de la moneda –la de los inconvenientes- estaría el coste de transacción que conlleva cualquier proceso descentralizador, aunque entendemos, como se ha apuntado, que política y socialmente está debidamente amortizado.

En este lado, más inconvenientes encontramos cuando ocasionalmente se hace una interpretación estricta de las competencias reservadas a la Administración central pues, si bien es ella la responsable de regular los aspectos incluidos en tales competencias, no es menos cierto que las que acaban pagando, las que en su caso tienen que adecuar sus sistemas de gestión y las que, en definitiva, hacen factible la materialización de los cambios que se puedan proponer son las CCAA. Por ello, es necesario que las CCAA puedan expresar y hacer valer su posición en cualquier tema que les afecte (y no sólo en los que formalmente les competan), y esto vale tanto para la política farmacéutica como para las relaciones con la Unión Europea, por poner dos ejemplos. Creemos que desde hace poco más de un año se están haciendo progresos en esta línea de participación, pero también creemos que hay que reforzarla todo lo posible por una cuestión de elemental respeto político y de eficacia.

13. Experiencia innovadora

El desarrollo de los Grupos Clínicos Ajustados (ACGs) en los servicios de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Introducción:

Hace algo más de 10 años en la CAPV se comenzaron a utilizar de forma experimental los sistemas de clasificación de pacientes en la Atención Primaria. Fueron experiencias limitadas a un número reducido de médicos de familia y de pacientes. El sistema de clasificación de pacientes utilizado fue el de "Adjusted Clinical Groups" (ACGs), que es un sistema de agrupación de diagnósticos que clasifica a las personas según las enfermedades que presentan durante un periodo de tiempo (generalmente seis meses o un año). Esta primera experiencia llevada a cabo en el País Vasco incluyó a nueve médicos y a 9.093 personas y sus resultados contribuyeron a explicar las diferencias observadas en la utilización de recursos en el ámbito de la Atención Primaria, explicando más del 50% de la variabilidad en la demanda de consultas al médico de Atención Primaria.

La valoración de esta primera experiencia fue positiva, por lo que desde el Departamento de Sanidad y Osakidetza/Servicio vasco de salud se decidió desarrollar y extender esta primera experiencia a un número mayor de médicos y de pacientes.

Justificación y desarrollo

En 2004 se hicieron públicos los resultados obtenidos en el segundo proyecto llevado a cabo en la CAPV en el ejercicio anterior. Este proyecto fue más ambicioso e incluyó a 60 cupos médicos de 13 centros de salud, agrupando a 85.355 pacientes y 200.000 diagnósticos correspondientes a cinco de las siete Comarcas de Atención Primaria, con el objetivo de analizar el comportamiento de este sistema de clasificación de pacientes en las condiciones reales de práctica clínica y valorar las utilidades potenciales de este instrumento para la gestión y planificación de los recursos asistenciales de la Atención Primaria en la CAPV.

Las variables incluidas en el estudio fueron: la edad, el sexo, los diagnósticos, el nº de visitas, el nº de estudios Rx, derivaciones, pruebas de laboratorio y el nº de prescripciones y su coste.

La dificultad del registro de la información (codificación de los diagnósticos, registro de las visitas, etc.) que requiere cualquier sistema de clasificación de pacientes quedó resuelta, en nuestro caso, a través de la utilización de la historia clínica informatizada, implantada prácticamente en la totalidad de los centros de Atención Primaria de Osakidetza.

Resultados

Tras el seguimiento y posterior análisis de la información recogida en el estudio, el poder de explicación de los ACGs de la variabilidad en la utilización de recursos fue muy superior al de la edad y el sexo. El poder explicativo de los ACGs en el nº de visitas fue del 53%, frente al 13% de la edad y el sexo. En el caso de las otras variables incluidas ocurrió algo similar: en el caso del consumo de pruebas de laboratorio los ACGs explicaban el 26%, frente al 0.9% de la edad y el sexo, el 14% frente al 0.2% en los estudios Rx, el 24% frente al 0.2% en las derivaciones, el 31% y el 24% frente al 24% y el 17% en el nº de prescripciones y su coste.

Conclusiones

Del análisis de este estudio se puede afirmar que la información que los médicos recogen las historial clínicas es de suficiente calidad para que sea posible la clasificación de nuestra población en ACGs, permitiendo valorar el estado de salud de la población y de sus necesidades de servicios en la Atención Primaria.

Facilitando además una información útil para la planificación y la gestión de los recursos, ya que los ACGs nos sirven para explicar, predecir y ajustar la distribución de recursos. Posibilitando a su vez una evaluación mas ajustada de los profesionales, atendiendo a la diferencia de morbilidad de sus respectivos pacientes, que permitiría ayudar a incentivar a aquéllos que atienden a pacientes con mayores cargas de trabajo.

En definitiva, el sistema ACGs ofrece una medida válida, relevante y significativa del estado de salud de la población, contribuyendo a una financiación más equitativa de las Comarcas, una distribución mas racional de los recursos sanitarios, una valoración mas ajustada de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes y una evaluación mas justa de los profesionales que les atienden.