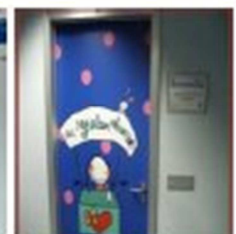
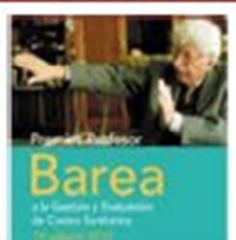
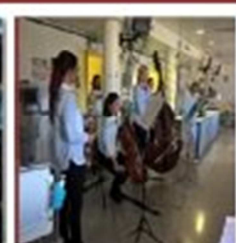


GERENCIA INTEGRADA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA



MEMORIA 2015



INDICE

¿QUIENES SOMOS?	4
Misión, Visión, Valores, Principios Eticos	6
UNA ORGANIZACIÓN DE CALIDAD, REFERENTE EN ESPAÑA Y EUROPA	7
La acreditación EFQM 500+	8
Programa de Embajadores de la Excelencia	9
Premio Profesor Barea 2015	11
Premiso Sanitaria 2000	13
Otros aspectos destacables en gestión de calidad.....	15
Buenas prácticas	17
Congresos y Jornadas	21
Alianza con el Campus de Soria de la Universidad de Valladolid.....	22
NUEVOS SERVICIOS.....	24
IDIGIS	24
Servicio de consultas telefónicas de urgencias pediátricas	25
Nuevas prestaciones	26
NUEVAS INFRAESTRUCTURAS	28
Obra de reforma en el hospital Santa Bárbara	28
Plan Funcional del Complejo Asistencial	30
Otras obras ejecutadas con medios propios	33
Centro de Salud de San Pedro Manrique	35
Nuevos Centros de Salud	36
ESTRUCTURA	37
Entorno Sociodemográfico	37
Población	37
Tarjeta Sanitaria	47
Organización Territorial	47
Organización Asistencial	49
Unidades de Gestión Clínica	50
Catálogo de Unidades	51
Recursos Humanos	52
Recursos Materiales	53
Instalaciones y Equipamientos	53
Inversiones	55

Recursos Económicos	57
Presupuesto ejecutado.....	59
Ingresos. Facturación asistencia sanitaria	59
Inmuebles	60
Equipamiento médico disponible	61
ESCENARIO DE PLANIFICACION	62
Planificación Estratégica	62
Orientaciones Estratégicas.....	64
Plan Estratégico 2015-2020	65
Estrategias Transversales	67
Integración Asistencial	67
Gestión por Procesos	68
Descentralización de la Gestión y Gestión Clínica	69
Mejora continua de calidad	70
Sostenibilidad financiera, ambiental y social	71
ACTIVIDAD	73
Tarjeta Sanitaria	73
Consultas	73
Urgencias	75
Pruebas Diagnósticas	75
Hospitalización	76
Actividad Quirúrgica	76
Actividad Comunitaria	78
Participación Comunitaria	78
Alianzas con asociaciones y organizaciones	78
Coordinación Sociosanitaria	80
Actividad docente e investigación	80
Docencia y formación	80
Comunicaciones y publicaciones	84
Investigación	84
Reconocimientos y premios	84
RESULTADOS	87
Resultados en salud	87
Mortalidad global	87
Morbilidad global	88
Morbilidad y morbilidad específica por causas	89
Vacunaciones	92

Resultados Asistenciales	93
Calidad y seguridad del paciente.....	93
Objetivos presupuestarios	96
Satisfacción del usuario	97
Encuestas de satisfacción.....	98
Reclamaciones, agradecimientos y sugerencias	98
Encuesta de satisfacción con la hospitalización	99
Resultados Evaluación EFQM.....	103
Puntos fuertes	104
Areas de Mejora	105
 OBJETIVOS DE FUTURO	 106
 ANEXOS	 108
I Publicaciones.....	108
II Comunicaciones	111
III Libros	117
IV Proyectos de Investigación.....	118
V Otros estudios	123
VI El nuevo modelo asistencial	126
VII Objetivos del Plan Estratégico para 2016	130

¿QUIENES SOMOS?

La **Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria** (en adelante GIS) es una organización a la que se adscribe todo el dispositivo sanitario del Área de Salud de Soria, en sus dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada. Su **Misión** es atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria.

Forma parte del **Sistema Público de Salud de Castilla y León, SACYL**, que comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Tiene por finalidad la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral y en la triple versión, física, psíquica y social de la salud que establece la Organización Mundial de la Salud.

La GIS desarrolla su actuación en el ámbito del **Área de Salud de Soria**, que coincide con el territorio de la provincia, además de las localidades de: Hontoria del Pinar, Rabanera del Pinar, Navas del Pinar y Aldea del Pinar en la provincia de Burgos y Pozuel de Ariza y Pomer en la de Zaragoza. Atiende las necesidades de salud de la población prestando asistencia sanitaria a nivel domiciliario, comunitario, de consultas y hospitalario. Incluye los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud

Las **prestaciones sanitarias** se establecen por la Consejería de Sanidad, competente en esta materia, a través del Sistema Público de Salud de Castilla y León, garantizando a los ciudadanos la equidad y accesibilidad en todo el territorio de las prestaciones de atención sanitaria aprobadas y vigentes en cada momento, tanto hospitalarios como de atención primaria y de urgencia.

La GIS cuenta con un **Complejo Asistencial**, formado por dos hospitales, Santa Bárbara y Virgen del Mirón, donde se presta la asistencia sanitaria hospitalaria tanto en hospitalización como en consultas externas y urgencias de toda el Área de Salud. Cuenta además con los servicios quirúrgicos, de rehabilitación, salud mental y buena parte de los servicios de apoyo al diagnóstico de la provincia.

El Área de Salud se divide en 14 Zonas Básicas de Salud. La **Zona Básica de Salud (ZBS)**, es el marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de Atención Primaria. Cada una cuenta con un Centro de Salud y consultorios locales en todos los núcleos de población, para prestar la asistencia de la zona. El conjunto de profesionales de la GIS que prestan asistencia en la zona se denomina **Equipo de Atención Primaria (EAP)**. El Centro de Salud es la estructura física y funcional, que da soporte a las actividades comunes de los profesionales del EAP.

La GIS cuenta, además, con diversas unidades de apoyo que prestan asistencia de atención primaria a toda el área y una Unidad de Tarde en la capital que atiende en este horario dentro de las ZBS urbanas.

La asistencia sanitaria se cubre con unos recursos humanos que en Soria rondan los **1550 trabajadores** y que en periodos de verano pueden alcanzar los 2000. Se trata de la mayor empresa de toda la provincia de Soria, por el número de efectivos que prestan servicios y su volumen de ejecución presupuestaria, que supera los **125 millones de euros** y el gran valor del patrimonio que gestiona (la suma del valor catastral de los 16 edificios que componen la Gerencia Integrada se acerca los 57 millones de euros y el inventario de equipamiento médico asistencial disponible en todos sus centros supera los 17 millones de euros). Da empleo, con carácter directo o indirecto, a más del 5% de la población activa de Soria y representa el 7% del PIB provincial, lo que hace que complementariamente a su función de prestadora de servicios sanitarios y de salud a la población, juegue un importante papel en la economía provincial.

El ámbito laboral es **multiprofesional**, incluyendo facultativos médicos especialistas, odontólogos, psicólogos, diplomados en enfermería, fisioterapia y trabajo social, técnicos sanitarios superiores, administrativos y personal de servicios.

En noviembre de 2011, se creó la **Gerencia Integrada**, unificando las anteriores Gerencias de Atención Primaria y Especializada existentes en el área. La integración asistencial es una nueva forma de asistencia de las necesidades de salud, centrado en el ciudadano, y que definimos como:

“Modelo de organización sanitaria basado en atender todas las necesidades asistenciales de la población:

- Con los recursos disponibles.
- De la manera más resolutive, eficaz y eficiente posible.
- Con las menores molestias y la mayor seguridad para los pacientes.
- Buscando la excelencia por la mejora continua de la calidad asistencial.”

Al finalizar 2015, vemos que la integración asistencial a través de la integración de unidades, la gestión por procesos asistenciales y la historia clínica única es una realidad que haciendo más resolutive la atención primaria y mejorando los rendimientos hospitalarios, ha producido resultados satisfactorios en salud, se ha incorporado a la forma de trabajo diario de los profesionales y ha sido valorada positivamente por los usuarios. El cambio de modelo asistencial, del antiguo, basado en enfermedades y circulación a través de derivaciones del paciente de un profesional a otro, al nuevo basado en la atención integral de la salud de la persona, se inició en 2012 y ha avanzado de manera notable hasta 2015, si bien aún le queda un largo camino por recorrer.

Misión, Visión, Valores y Principios Éticos

MISION

La Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), tiene como **misión** atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar, recuperar y mejorar su salud con carácter de universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad y a formar a los futuros profesionales del sistema sanitario y generar conocimiento a la sociedad a través de su labor investigadora.

VISION

La Gerencia Integrada de Soria es una organización que, ofreciendo servicios de atención sanitaria que cubran todas las necesidades de asistencia de nuestros ciudadanos de una manera integrada, participativa, centrada en la persona y la comunidad, aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente, al mismo tiempo que sostenible y perdurable en el tiempo.

VALORES

- Capital humano emprendedor. Trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.
- Gestión clínica basada en la descentralización de la gestión a través de liderazgos compartidos y motivadores.
- Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.
- Autosuficiencia.
- Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente,
- Participación de profesionales y usuarios.
- Planificación con objetivos a medio y largo plazo.
- Sostenibilidad financiera y asistencial.

PRINCIPIOS ETICOS.

RESPONSABILIDAD.

RESPECTO.

INTEGRIDAD.

TRANSPARENCIA.

PROFESIONALIDAD.

TRABAJO EN EQUIPO.

CAPITAL HUMANO EMPRENDEDOR.

CONFIDENCIALIDAD.

EQUIDAD.

EFICIENCIA.

UNA ORGANIZACIÓN DE CALIDAD, REFERENTE EN ESPAÑA Y EUROPA

El modelo asistencial de calidad de Soria ha generado gran expectación en toda España, y más al tratarse de un área pequeña, lo que ha llevado a lo largo del año a numerosas peticiones de otros servicios de salud para conocer nuestro modelo y aprovechar nuestras buenas prácticas. Para nosotros es un motivo de orgullo y para Soria una oportunidad más de ser reconocida y apreciada por sus valores en el resto del país.

La Gerencia Integrada de Soria es la única organización sanitaria en España que, con carácter integrado, ha alcanzado el máximo nivel en el modelo europeo de excelencia de calidad EFQM, el 5 estrellas, 500+ y una de las pocas, sanitarias o no sanitarias, que lo tienen en España.

Por esta razón ha sido elegida por el Club de Excelencia en Gestión y el Alto Comisionado de Gobierno para la promoción de la Marca España para representar a España en el Programa del Gobierno Central “Embajadores de la Excelencia” que tiene como objetivo promocionar en Europa la Marca España y mejorar la visión general que tienen los europeos de España y de la calidad de sus productos y servicios. Así mismo, la GIS ha visto reconocido en 2015 su esfuerzo por la excelencia con el Premio Profesor Barea, el máximo galardón que se otorga en España a las organizaciones sanitarias por su gestión global. Se trata de un premio de un valor especial ya que lo entrega la Fundación Signo, que acoge a toda la sanidad española, tratándose, pues, de un premio del propio Sector.

Pero también hemos alcanzado reconocimiento de la prensa especializada, el prestigioso grupo editorial Sanitaria 2000, otorgó a la GIS en 2015 el galardón de mejor Administración Sanitaria en Castilla y León.

Todos estos reconocimientos, constituyen un gran reto para nosotros, mantener el nivel de calidad y sobre todo, conseguir que tenga una influencia directa en la atención de nuestros pacientes y en su salud y calidad de vida que es lo realmente importante. Por eso, hemos cambiado nuestra forma de trabajo y nuestros indicadores, orientándolos a verdaderos indicadores de resultados en salud. Lo importante no es lo que se hace ni cuánto se hace, lo importante es que nuestros ciudadanos tengan un mejor cuidado de su salud y mejoren su nivel de salud y su calidad de vida.

LA ACREDITACIÓN EFQM 500+

Tanto Atención Primaria como el Complejo Hospitalario, tienen desde 2011 acreditado su nivel de calidad según el modelo europeo EFQM.

En febrero de 2014 y tras una exhaustiva auditoría externa realizada por AENOR y el Club de Excelencia de Gestión, la Gerencia Integrada de Soria obtuvo el máximo sello de calidad según el **modelo europeo EFQM** que una organización puede alcanzar, el **nivel 5 estrellas, 500+**, lo que colocó a la GIS como la única organización sanitaria integrada de España que lo alcanza y una de las pocas, sanitarias y no sanitarias que lo tienen en España (46 y sólo 3 del sector sanitario)

Esta acreditación tiene el gran valor de alcanzar todo el proceso asistencial sanitario, desde las unidades de más alta tecnología como los quirófanos o la UCI hasta el más pequeño consultorio local rural donde nuestros médicos y enfermeras pasan consulta. Abarca no solo la curación de la enfermedad, sino también la prevención de la misma y la promoción de la salud y, todo ello, en todos los ámbitos donde puede prestarse la asistencia: hospitalización, consultas, domicilio, escuela, medio laboral, comunidad, etc.

Esto es lo que llamamos abordaje integral de la salud de nuestros ciudadanos y los propios auditores y el sistema EFQM han puesto de manifiesto las dificultades de alcanzar estos niveles de acreditación en organizaciones como la nuestra que, aunque estén integradas al servicio siempre del paciente, son muy heterogéneas.



PROGRAMA DE EMBAJADORES DE LA EXCELENCIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA MARCA ESPAÑA

En 2015, la GIS ha sido elegida como una de las empresas españolas que representarán a España en el Programa del Gobierno Central “Embajadores de la Excelencia” que tiene como objetivo promocionar en Europa la Marca España y mejorar la visión general que tienen los europeos de España y de la calidad de sus productos y servicios.

El hecho de ser la única organización sanitaria en España que ha alcanzado en su totalidad el máximo sello europeo de excelencia EFQM 500+, llevó al Alto Comisionado del Gobierno para la Promoción de la Marca España, dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores, y al Club de Excelencia en Gestión a designar a la GIS como Embajadora Europea de la Excelencia 2015. También contribuyó a ello el hecho de ser una organización pública, poniendo de manifiesto que también las administraciones públicas pueden estar excelentemente gestionadas y su nivel de calidad no tiene nada que envidiar al de las mejores organizaciones y empresas privadas, españolas y europeas.

Solo cuatro organizaciones, la Compañía Logística de Hidrocarburos CLH, el hospital privado Clínica Moncloa, el Ayuntamiento de Alcobendas y nosotros, fueron elegidas para el año 2015. El nombramiento fue entregado en un acto celebrado en el Auditorio del Palacio de Fernán Núñez de Madrid el pasado 25 de junio.

El Alto Comisionado del Gobierno para la promoción de la Marca España, tiene como objetivo planificar, impulsar y coordinar las actuaciones de todos los organismos, públicos y privados, encaminadas a la promoción de la imagen de España.



El objetivo del programa es transmitir, sobre todo fuera de nuestras fronteras, una imagen de excelencia, esfuerzo, superación y buenos resultados de las organizaciones españolas que ya han demostrado ser un referente, a través de un reconocimiento a la excelencia del máximo nivel en España, el Sello EFQM 500+. Hay muchas organizaciones en España que hacen las cosas muy bien, desde el punto de vista de la gestión, y están capacitadas para salir fuera a competir. La internacionalización de la economía española, con prioridad en la PyMEs, es una de las estrategias que está ayudando a nuestro país a salir de la crisis, y este Programa ayuda a que todo tipo de organizaciones excelentes que quieren salir fuera de España puedan presentarse con una “tarjeta de visita” de prestigio reconocido, a través de organizaciones excelentes y ya reconocidas en los mercados exteriores. El programa incluye dos organizaciones privadas y dos públicas, demostrando que la gestión en estas últimas no es inferior en calidad a las primeras.

Según los organizadores del programa, en su primera edición, se han elegido cuatro organizaciones que son un ejemplo a seguir por su compromiso con los Valores Europeos de la Excelencia: Ayuntamiento de Alcobendas, Compañía Logística de Hidrocarburos CLH, Hospital Moncloa y Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria.

Los Embajadores de la Excelencia Europea, participarán en diversos eventos, foros o publicaciones internacionales en los que se trate de gestión, compartiendo las experiencias que les hayan hecho acreedores de un Sello de Excelencia EFQM 500+ y asociando los valores de la excelencia europea a los valores de Marca España, apoyando y promoviendo así la imagen de España, tanto dentro como fuera de nuestro país. Unirán durante la vigencia del programa a sus logos y al sello EFQM, el de la Marca España, para convertir ésta en sinónimo de excelencia.

Para nosotros, es una gran responsabilidad, representamos a la magnífica sanidad pública de Castilla y León y de España y a las administraciones públicas españolas, pero también una gran oportunidad de aprender de los mejores en Europa y poner a disposición de nuestros pacientes todas estas posibilidades y, cómo no, enseñar fuera todo lo que hacemos bien y nuestros modelos de gestión y mejora continua.

En el desarrollo del Programa, la GIS unirá el nombre de Soria y el de la Sanidad pública de Castilla y León para aprovechar la oportunidad de promoción exterior que el nombramiento de Embajador puede tener para nuestra provincia y nuestro sistema sanitario.



EMBAJADORES DE LA
EXCELENCIA
EUROPEA



PREMIO PROFESOR BAREA 2015

En el año 2015, la Gerencia Integrada de Soria ha recibido el premio Profesor Barea en su 13ª edición en su máxima categoría: “Los Centros Sanitarios como Empresas de servicios. Gestión Global”

El premio Profesor Barea es el premio más importante que se entrega en España por las propias organizaciones sanitarias, a través de la Fundación Signo que agrupa a todos los centros sanitarios del territorio nacional, públicos y privados y es el mayor reconocimiento que, en estos momentos, puede recibir una organización sanitaria.

La GIS fue reconocida por el “Proyecto de creación de una Unidad de Gestión Clínica Integrada de Enfermería del Bloque Quirúrgico, Esterilización y Hospital de Día Quirúrgico en el Hospital Santa Bárbara de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria”.

En este proyecto han participado todos los profesionales de enfermería de la Unidad del Bloque Quirúrgico de la GIS, además de la propia Gerencia y, muy especialmente, las direcciones de enfermería y procesos.

El día 26 de mayo de 2015 tuvo lugar el acto de entrega de los Premios Profesor Barea 13ª edición, en el Aula Magna de la Universidad Carlos III de Madrid. La ceremonia estuvo presidida por el Sr. Rector de la Universidad Carlos III, D. Juan Romo Urroz. Le acompañaban en la mesa Dña. Elena Miravalles González, presidenta de la Fundación Signo, y D. Ángel Pérez Gómez, secretario general de la Fundación Signo.



Premios Profesor Barea 13ª edición. 2015

“Los Centros Sanitarios como Empresas de Servicios: Gestión Global”


PREMIO AL TRABAJO


“Proyecto de creación de una Unidad de Gestión Clínica Integrada de Enfermería del Bloque Quirúrgico, Esterilización y Hospital de Día Quirúrgico en el Hospital Santa Bárbara de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria”

Autores: Enrique Delgado Ruiz, María Luisa Sanz Muñoz, Francisca Chico Mantegas, Carlos Gijón Lafuente, Hénar Castro Lallana, Luis Alberto García Sanz, José Luis Pérez Pérez

Entidad: Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria.

Madrid, 29 de abril de 2015


Ángel J. Pérez Gómez
Secretario General de la Fundación Signo


Elena Miravalles González
Secretaria del Jurado



La Unidad de Gestión Clínica Integrada de Enfermería del Bloque Quirúrgico, Esterilización y Hospital de Día Quirúrgico es el dispositivo asistencial de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria (GIS), que cubre todas las necesidades asistenciales de cuidados de enfermería y apoyo técnico en todos los procedimientos quirúrgicos hospitalarios de la población del área de salud de Soria incluidos en la Cartera de Servicios del Complejo Hospitalario de Soria

Es una Unidad intermedia, prestadora de servicios a las unidades quirúrgicas de la Gerencia Integrada, que actuarán como clientes externos de la misma

Su Objetivo es: “Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios que las unidades de enfermería de las áreas quirúrgicas del hospital prestan a los servicios quirúrgicos, a los pacientes y a atención primaria, así como favorecer la coordinación de los mismos, dentro de una gerencia con gestión integrada”



PREMIO SANITARIA 2000 A LA MEJOR ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN EN 2015

La Gerencia Integrada de Soria también ha sido reconocida en 2015 por la prensa sanitaria especializada, recibiendo el Premio Sanitaria 2000 a la mejor Administración Sanitaria de Castilla y León en 2015.

El grupo editorial Sanitaria 2000, incluye varias de las más importantes revistas de carácter sanitario en España, y para la concesión de los mismos, cuenta con un jurado compuesto por personalidades relevantes del sector sanitario a nivel nacional.

El premio fue entregado el pasado 2 de diciembre de 2015 en un acto en Valladolid presidido por el Consejero de Sanidad, D. Antonio María Sáez Aguado.

El Jurado motivó la concesión del Premio:

- **Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria.** Por su reciente selección como Embajadora de la excelencia para la promoción de la Marca España en Europa, reconocimiento que ostentará durante 2015 y 2016. El reconocimiento ha sido concedido por el Club de Excelencia en Gestión y el Ato Comisionado del Gobierno para la Marca España. Este programa pretende valorar, reconocer y motivar a las organizaciones españolas que disponen de un Sello de Excelencia Europea EFQM "vigente" y que han contribuido a "convertir" a España en el país con el "máximo número" de empresas reconocidas por su excelencia. Su finalidad es transmitir, sobre todo fuera de nuestras fronteras, una imagen de excelencia, esfuerzo, superación y buenos resultados de las organizaciones españolas que ya han demostrado ser un referente a través de un reconocimiento a la excelencia del máximo nivel en España, el Sello EFQM 500+."

En esta misma edición de los Premios, fue nominado el Centro de Salud de Soria Tardes, como mejor Equipo de Atención Primaria. El Jurado destacó: "su oferta de servicios de Medicina de Familia, Enfermería y Pediatría en horario de tarde, facilitando el acceso de los usuarios de la Sanidad de Soria que por diversas cuestiones tienen problemas de acceso por la mañana". La prestación del servicio incluye la asistencia tanto en el centro como en el domicilio y además de mejorar la accesibilidad presenta excelentes indicadores de calidad y eficiencia siendo de destacar su apuesta por las nuevas tecnologías, al servicio de una atención primaria más resolutiva y de mayor calidad para los pacientes".



OTROS ASPECTOS DESTACABLES EN LA GESTION DE CALIDAD

Acreditaciones ISO.

Aunque la GIS certifica su nivel de calidad de manera global a través del modelo europeo EFQM, también acredita servicios concretos según la norma ISO 9001:2008, mediante la correspondiente auditoría externa. De esta manera tratamos de asegurar la necesaria calidad en la prestación de estos servicios. En 2015, han sido servicios acreditados:

- Banco de Sangre.
- Laboratorio.
- Coordinación de trasplantes.

Sistema de Control de Calidad Sisnot

Sisnot es un sistema de notificación de efectos adversos e incidentes asistenciales que ocurren en la práctica diaria y no ocasionan daño a los pacientes.

Se trata de una herramienta de mejora continua que busca determinar buenas prácticas y elementos de control y mejora que, eviten la repetición de estos incidentes, o sus consecuencias para los pacientes. Secundariamente también persigue una identificación de “Puntos críticos” asistenciales, a incluir en el Mapa de Procesos, donde sería más fácil que se produjera el error y donde habría controles preventivos adicionales para evitarlo.

Es el propio profesional o su unidad quien notifica el incidente. Tras el correspondiente análisis de sus circunstancias y posibles causas, se procede a elaborar informe de Buena Práctica que eviten vuelva a producirse y se comunica a todos los profesionales que puedan estar implicados en ese proceso asistencial. Al final todo el catálogo de buenas prácticas quedará recogido con la correspondiente alerta en el Mapa de Procesos de la GIS.

Este sistema que ya estaba implantado en atención hospitalaria, se ha extendido en 2015 a atención primaria.

Calidad y adversidad hospitalaria

Durante este año hemos utilizado los siguientes indicadores de calidad y adversidad hospitalaria, cuyos resultados se exponen en la página 87:

- Mortalidad hospitalaria por neumonía.
- Mortalidad hospitalaria por Accidente Cerebrovascular Agudo.
- Mortalidad hospitalaria por Infarto Agudo de Miocardio.
- Mortalidad hospitalaria por Insuficiencia Cardiaca.
- Mortalidad hospitalaria por Fractura de Cadera.
- Prevalencia de Úlceras por Presión adquiridas durante el ingreso.
- Infección nosocomial.
- Reingresos tras el alta en urgencias.

Seguridad del paciente

Además del desarrollo del Sistema de Notificación de incidentes sin daño (SISNOT) antes comentado, hemos desarrollado en 2015 los siguientes proyectos que afectan a la seguridad de los pacientes:

- Bacteriemia zero.
- Neumonía zero.
- Resistencia zero.
- Higiene de manos.

Checklist quirúrgico

Verificación de seguridad en los quirófanos antes de iniciar la intervención para asegurar que no se produzcan errores.

Aunque implantado en años anteriores, este año se ha producido un importante impulso con la colaboración de los cirujanos, facultativos anestesistas y enfermería de la Unidad de Bloque Quirúrgico.

El año ha terminado con un 86% de las intervenciones programadas en las que se han realizado checklist quirúrgico previo.

Publicaciones y Ponencias

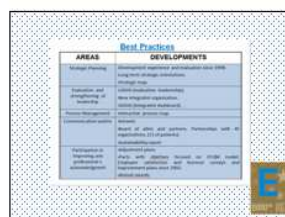
Como en años anteriores, la GIS ha registrado en 2015 numerosas publicaciones científicas así como comunicaciones y ponencias en Jornadas y Congresos, respondiendo a nuestra Misión que busca no solo generar conocimiento sino también transmitirlo para que pueda ser aprovechado por otros pacientes en cualquier otro centro. La lista completa de publicaciones y comunicaciones se exponen en los Anexos I y II (pág. 108) de esta memoria.

BUENAS PRÁCTICAS

Buenas prácticas presentadas al Programa de Embajadores de la Excelencia

Dentro del Programa de Embajadores de la Excelencia Europea para la Promoción de la Marca España, la Gerencia Integrada de Soria ha puesto a disposición de las organizaciones y partners europeos una serie de Buenas Prácticas, que utiliza en su modelo de organización y mejora continua de calidad. Estas buenas prácticas serán conocidas y aprovechadas por otros centros europeos de la misma forma que nosotros también aprovechamos lo bueno que otros han desarrollado antes. Nuestra aportación de buenas prácticas al programa se resume en el siguiente cuadro:

AREAS	DESARROLLOS
Planificación Estratégica	-Experiencia en planificación y evaluación desde 1998. -Orientaciones estratégicas a largo plazo. -Mapa Estratégico.
Evaluación y fortalecimiento del liderazgo	-LIDGIS (evaluación del liderazgo). -Nueva organización integrada. -SIGGIS (cuadro de mandos integrado).
Gestión por Procesos	-Mapa de Procesos interactivo.
Sistemas de comunicación	-Intranet. -Tabla de aliados y partners. Alianzas con 45 organizaciones (11 de pacientes). -Memoria de sostenibilidad.
Participación en la Mejora y Reconocimiento de Profesionales	-Planes de Ajuste. -Pactos de objetivos enfocados en el modelo EFQM. -Encuestas de satisfacción de profesionales y burnout y planes de mejora desde 2002. -Premios anuales de reconocimiento a profesionales.



Convocatoria 2015 Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

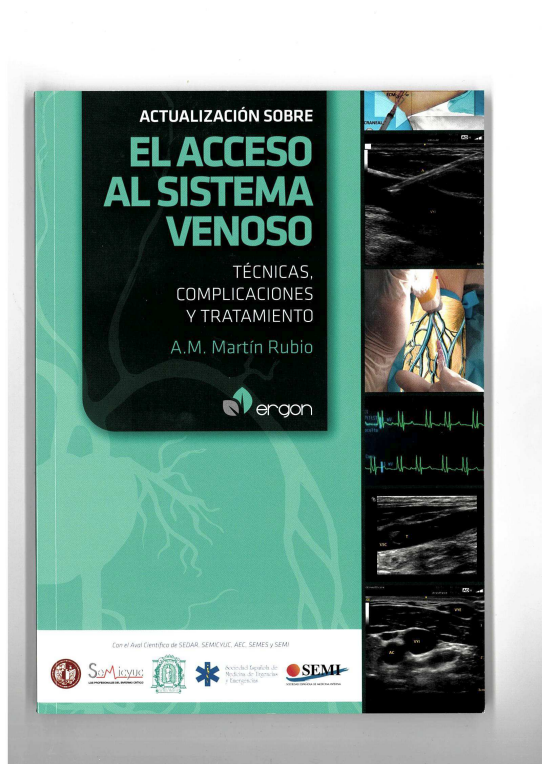
El Centro de Salud Soria Norte ha presentado la Memoria de la experiencia ***Proceso de detección precoz de la depresión posparto (PDPDP)*** para la candidatura a Buenas prácticas (BBPP) en relación a la convocatoria del ejercicio 2015 del Ministerio de Sanidad, en el ámbito de la estrategia **Atención al parto y salud reproductiva**, y dentro de la línea de actuación **Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio.**

Se trata de un proyecto de investigación pionero en España que el equipo de atención primaria de Soria Norte viene desarrollando desde hace años y que permite un abordaje precoz y efectivo de esta patología tan frecuente en el momento del puerperio.

Libro del Servicio de Anestesia y Reanimación

La publicación del libro “Actualización sobre el acceso venoso. Técnicas, complicaciones y tratamiento” por nuestro servicio de Anestesia y Reanimación ha supuesto un acontecimiento a nivel nacional que fue reconocido en el XXXII **Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, SEDAR**, que se celebró en Santander entre los días 15 y 17 de octubre del **2015**.

La calidad de la publicación que se va a distribuir en toda España y en la que han participado muchos profesionales de nuestro hospital se ve realzada por las magníficas imágenes dibujadas expresamente para la obra por el Dr. Luis del Río, Jefe de Sección de Anestesiología y Reanimación de nuestra GIS.



Participación usuarios

Los usuarios son el principal grupo de interés de nuestra organización. También incluimos en estos grupos a nuestros proveedores y empresas colaboradoras (partners) y a la propia sociedad.

La participación de los usuarios se ha canalizado tradicionalmente en nuestra comunidad y también en nuestra provincia a través de los consejos de salud de zona básica de salud y de área de salud (a nivel de provincial), regulados normativamente en Castilla y León. Los resultados de las reuniones de estos consejos se exponen en el capítulo de Actividad de esta memoria (pag. 78). En ellos se sigue un sistema de participación a través de los propios municipios y asociaciones de vecinos, educativas, sindicales y comunitarias que representan a la comunidad.

La GIS, no obstante, en 2013 optó por ampliar esta participación a las asociaciones de usuarios y otras organizaciones que trabajan con nosotros por la salud de los ciudadanos y creó la Tabla de Aliados y Partners. Las **alianzas estratégicas** se establecen bajo criterios de beneficio mutuo, generando valores sinérgicos positivos mediante el establecimiento de convenios de colaboración o acuerdos cuyos principales objetivos son:

- Mejorar y ampliar los servicios prestados al paciente, a sus familiares y a la población de referencia, optimizando recursos, estableciendo sinergias y evitando duplicidades.
- Poner en valor nuestra Misión y profundizar en nuestra Visión al dar respuesta al cumplimiento de nuestros Objetivos estratégicos.

El conjunto de organizaciones incluidas en esta tabla se exponen en el capítulo de Actividad (Actividad Comunitaria), pág. 78 de esta memoria.

Debemos resaltar las incorporaciones a esta tabla de:

- La Asociación de Pacientes Diabéticos de Soria. Con la que buscamos sinergias en la educación sanitaria y el apoyo técnico necesario para el autocontrol de estos pacientes.
- La Plataforma de Afectados por la Hepatitis C en Soria, una vez que en 2015 se han iniciado los nuevos tratamientos de esta patología y en previsión de que esta plataforma se convierta en un tiempo breve en asociación de pacientes.

Programa Navidad

La Gerencia Integrada de Soria organiza desde hace años una serie de actividades coincidiendo con el periodo navideño para prestar algún servicio de ocio y cultural a sus pacientes durante las fiestas y mitigar el dolor añadido a la propia enfermedad que supone la estancia hospitalaria y el alejamiento de los entornos familiares y sociales habituales. Entre las actividades realizadas en 2015 están:

- **Actividad Corcheas de Sutura.** Realizada en Hospital Santa Bárbara el día 29 de Diciembre de 2015.

Aprovechando una propuesta desinteresada de un grupo de profesionales de la música, sorianas de origen, que han colaborado en el proyecto “Música en Vena” en hospitales de Madrid y que se ofrecían para realizar un proyecto similar en Soria durante sus vacaciones navideñas. La idea era integrar la música como factor cultural, de ocio y también terapéutico en la vida cotidiana de los pacientes que están siendo tratados en el hospital, al menos una vez y como una

actividad más que se les presta para su recuperación y mejora de su calidad de vida. No se trataba de dar conciertos sino de aprovechar las posibilidades terapéuticas de la música.

Esta actividad resultó altamente satisfactoria para los pacientes, por lo que intentaremos tenga continuidad en los años venideros y se integre en las actividades navideñas de la GIS.



GERENCIA INTEGRADA DE SORIA



HOSPITAL SANTA BARBARA



Atención Especializada - Paseo de Santa Bárbara, s/n - 41005 Sevilla. Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05
Atención Primaria - C/ Nicolás Rubi, 19 - 41003 Sevilla. Tel. 975 23 14 98 - Fax: 975 23 30 44

- [Visita a los niños ingresados de los jugadores y cuerpo técnico del C.D. Numancia.](#) El día 30 de diciembre, los jugadores y miembros del cuerpo técnico del C.D. Numancia visitaron a los niños ingresados en el Hospital Santa Bárbara.



- **Visita de los Reyes Magos y entrega de Juguetes de la Fundación Curarte.** Los Reyes Magos visitaron a los enfermos ingresados y profesionales de los hospitales Virgen del Mirón y Santa Bárbara durante los días 5 y 6 de enero, con especial atención a los niños hospitalizados en día tan señalado, repartiendo juguetes donados por la Fundación Curarte.



- **Homenaje primer nacido 2015.** La pequeña Marwa fue el primer recién nacido del año 2015 en Soria. Llegó el día 1 de enero a las 08,18 h. Es la tercera de tres hermanos nacidos en Soria, con padres afincados en la localidad de Ágreda

CONGRESOS Y JORNADAS

- Acto de bienvenida alumnos Practicum grado de Enfermería (Febrero)



- Congreso Alergología de Castilla y León (Abril)
- II Jornadas de actualización en Psicología Clínica (Mayo)
- Acto de despedida y bienvenida de Residentes (Mayo)

- XXX Congreso de la sociedad Castellano-Leonesa Cántabra de Medicina Interna (Mayo)



- II Jornadas Castellano Leonesas de Psicología (Mayo)
- XXVI Congreso de la Sociedad Castellano Leonesa de Endocrinología (Octubre)
- Jornada de despedida del Practicum de Fisioterapia (Diciembre)

ALIANZA PARA LA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CON EL CAMPUS DE SORIA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

La Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria ha firmado en 2015 una alianza para la promoción de la Investigación en la provincia con la Universidad de Valladolid, a través del campus Duques de Soria de la capital soriana.

Se establece así una Línea de investigación conjunta entre las dos instituciones sobre:

“La salud medioambiental como determinante de la salud de las personas”

Servirá de cauce para el impulso y desarrollo de la investigación científico - técnica en el campo del medio ambiente y la salud y aporte apoyo metodológico y cobertura a los proyectos de investigación que en este ámbito puedan desarrollarse en el Área.

La Organización Mundial de la Salud recoge en el “*Marco Conceptual de Determinantes de la Salud*”, publicado en 2008, las condiciones medioambientales en que se desarrolla la vida de las personas como determinante básico de la salud. En este sentido, las condiciones sociodemográficas de la provincia de Soria la hacen un marco ideal para el desarrollo de proyectos de investigación en el campo de la influencia de los factores medioambientales en la salud.

La investigación biomédica, junto con la asistencia y la docencia, es una función básica de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria y, como tal, viene recogida en su Misión y Visión y en su Plan Estratégico 2015-2020.

La UVA es una Entidad de Derecho Público de carácter multisectorial y pluridisciplinar que desarrolla actividades de docencia, investigación y desarrollo científico y tecnológico, y está interesada en colaborar con los sectores socioeconómicos para asegurar uno de los fines de la docencia e investigación, que es la innovación y la modernización del sistema económico y social.

Existen pues evidentes posibilidades de sinergias entre la Universidad y la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria para favorecer la labor investigadora de los profesionales de ambas organizaciones y crear un marco propicio a través del cual se puedan desarrollar líneas de investigación.

La línea de investigación abarca todo tipo de estudios sobre la influencia que los factores medioambientales del entorno donde se desarrolla la vida de las personas tienen sobre la salud de las mismas, y sobre las posibilidades de mejora del nivel de salud humano a través de modificaciones o cambios en las circunstancias medioambientales.

Se pretende dar cobertura y apoyo metodológico y de difusión a los proyectos de investigación y fomentar y proponer estudios de investigación que generen conocimiento sobre la materia, desarrollando proyectos de investigación encaminados a obtener estudios que determinen ambientes saludables y fomento de la salud.

Ambas partes firmantes, además, promoverán la presentación de los proyectos ante las Agencias Públicas de financiación de la Investigación, así como ante otras entidades públicas o privadas que destinen recursos financieros a la subvención de programas de investigación; fomentarán también la colaboración con otras universidades, centros sanitarios y de investigación, organismos nacionales e internacionales, empresas del sector medioambiental, de desarrollo tecnológico, del sector farmacéutico, asociaciones y fundaciones de pacientes, sociedades científicas y asociaciones de profesionales, así como con fundaciones de investigación.

La Gerencia Integrada de Soria pondrá a disposición del Campus de Soria de la Universidad de Valladolid el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Burgos y Soria, por donde deben pasar todos los proyectos de investigación.



En la foto, la Directora de la Escuela de Enfermería, Ana Fernández Araque, el responsable de recursos humanos y el Gerente de la Gerencia Integrada, Luis Lázaro Vallejo y Enrique Delgado Ruiz respectivamente, el Vicerrector de la UVA Luis Miguel Bonilla Morte y el Coordinador de Investigación del Área de Salud de Soria, Valentín del Villar Sordo en el acto de la firma de la alianza.

NUEVOS SERVICIOS

IDIGIS

Como nuevo paso de futuro se ha procedido a desarrollar la IDIGIS (Unidad de Innovación, Desarrollo e Investigación de la Gerencia Integrada de Soria), que es la Unidad funcional que a partir de ahora se encargará de agrupar e integrar la innovación, investigación y nuevos desarrollos del área, generando a su vez apoyo técnico para la investigación, docencia y formación especializada, desarrollo profesional de los trabajadores y la incorporación de nuevas técnicas.

Los estatutos de funcionamiento se aprobaron el 14 de diciembre de 2015 en la reunión constitutiva, quedando plasmados sus objetivos y funcionamiento.

La IDIGIS estará dirigida por una Comisión Central de la IDIGIS formada por:

- Director de Procesos de la GIS, que actuará como presidente.
- Director de Investigación.
- Director de la Unidad Docente.
- Director de la Unidad Multiprofesional de Formación de Atención Primaria.
- Director de Recursos Humanos de la GIS.
- Responsable de Enfermería de la IDIGIS.
- Representante de la Junta Técnico Asistencial.
- Representante de la Comisión Mixta.
- 2 representantes de la Junta de Personal y Comité de Empresa del Área.
- 1 representante de los coordinadores de EAP elegido por el Consejo de Gestión.
- 1 responsable de enfermería de EAP elegido por el Consejo de Gestión.
- 1 representante de cada una de las 6 comisiones que constituyen la IDIGIS.
- Administrativo de la Unidad que actuará como Secretario.

Comisiones que componen la IDIGIS.

- Comisión de Investigación.
- Comisión de Docencia.
- Comisión de Innovación, nuevas prestaciones y nuevos servicios.
- Comisión de Compras.
- Comisión de Continuidad de Cuidados y Enfermería Basada en la Evidencia.
- Comisión de Uso Racional del Medicamento.

Funciones:

1. Estimular la Innovación, la Investigación y la generación y transmisión de conocimiento en la GIS mediante acciones concretas a desarrollar en cada ejercicio.
2. Aprobar la Memoria Anual de la Unidad y la Planificación y Pacto de Objetivos para el año siguiente.
3. Conocer la actividad y realizar la evaluación de las distintas comisiones y unidades que componen la IDIGIS.
4. Convocar y resolver los premios anuales de la GIS.

Comisión Ejecutiva de la IDIGIS.

Composición:

- Director de Procesos de la GIS que actuará como Presidente.
- Director de Investigación.
- Director de Unidad Docente.
- Responsable de Enfermería.
- Administrativo de la unidad que actuará como secretario.

Funciones:

1. Preparar reuniones de la Comisión Central.
2. Elaborar Estrategias, memorias y pactos de objetivos.
3. Seguimiento y evaluación de las distintas comisiones.
4. Proponer y realizar actividades a la Comisión Central

Objetivos General

Asegurar y mejorar la capacidad de la GIS y de sus profesionales de generar conocimiento, transmitirlo y desarrollar procesos innovadores que permitan mejorar el servicio asistencial.

Objetivos Específicos

- Asesorar a la Gerencia en la toma de decisiones
- Apoyar las iniciativas de los profesionales.
- Garantizar oferta docente acorde a las necesidades de la Gerencia.
- Fomentar la innovación y aprovechamiento y las buenas prácticas.

SERVICIO DE CONSULTAS TELEFONICAS DE URGENCIAS PEDIATRICAS

Este servicio se puso en marcha el 24 de febrero de 2014. Tras dos años ya de recorrido es altamente valorado por los padres. En 2015 ha atendido 609 consultas en Soria. De ellas, 476 fueron resueltas por consejo telefónico, el 78%, y el resto fueron derivados a servicios de Atención Primaria u Hospitalaria.

El Servicio funciona de lunes a viernes, de 15:00 a 08:00 horas y sábados, domingos y festivos las 24 horas al día. Es atendido por profesionales de Emergencias Sanitarias entrenados para la atención telefónica de problemas o dudas de salud en la infancia.



NUEVAS PRESTACIONES

Elastosonografía

El servicio de Radiodiagnóstico de la GIS ha incorporado este año una nueva prestación a su Cartera de servicios: la Elastosonografía.

En un mundo donde las necesidades asistenciales crecen exponencialmente, el esfuerzo de atención de nuestros servicios hace que quede patente el compromiso sanitario del área con desarrollos como el llevado a cabo.

Durante 2015 el Servicio de Radiodiagnóstico ha llevado a cabo un estudio comparativo entre las técnicas de elastografía y elastosonografía, tras el que se ha comprobado la idoneidad de la elastosonografía en la medición de la fibrosis hepática.

Esta tecnología permite cerrar el ciclo de diagnóstico y tratamiento de muchas patologías hepáticas del área entre las que se incluye la Hepatopatía por Virus C.

La técnica diagnóstica referida permite llevar a cabo el estadiaje en el área de origen del paciente, Soria, evitando el desplazamiento de los pacientes a otros centros de referencia.

Test rápido de detección de antígeno Estreptocócico

Durante el 2015, se generalizó la dotación y uso del Test Rápido de detección de antígeno estreptocócico en las consultas de pediatría de atención primaria.

Este test, facilita la toma de decisión de comenzar o no tratamiento antibiótico en las faringoamigdalitis agudas, favoreciendo y contribuyendo a un uso racional de los antibióticos al evitar el uso de los mismos en procesos en los que no están indicados.

Así mismo, disminuye los costes optimizando la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos, aumenta el nivel de calidad de la atención prestada a los pacientes, y también aumenta la seguridad del paciente al establecer de forma rápida la necesidad o no de tratamiento, evitando los problemas originados por una inadecuada prescripción: efectos adversos en el paciente y resistencias bacterianas en la población.

Tramitación de la inscripción de recién nacidos en el Registro Civil

Desde noviembre se lleva a cabo la tramitación para la inscripción de los recién nacidos en el Registro Civil desde el Hospital Santa Bárbara, en colaboración con el Ministerio de Justicia.

Tras el parto se informa a los padres y se les hace entrega de un díptico elaborado por el Ministerio de Justicia donde consta la documentación que deben aportar, en las circunstancias en las que se puede solicitar un en qué consiste la tramitación, siendo una opción voluntaria de los padres el hacerlo desde el hospital. Si se elige esta alternativa no es necesario ir al Registro Civil, ya que éste les remitirá una certificación literal electrónica acreditativa del nacimiento, no haciendo falta actualizar el Libro de Familia.

Desde noviembre se lleva a cabo la tramitación para la inscripción de los recién nacidos en el Registro Civil desde el Hospital Santa Bárbara, en colaboración con el Ministerio de Justicia.

Citas por SMS para reducir la lista de espera

En el mes de diciembre se puso en marcha un nuevo sistema mediante el cual se comunicará las citas a través de mensajes SMS al teléfono móvil de cada paciente. El servicio se implantará de forma progresiva con lo que la Gerencia Integrada busca ganar en términos de eficiencia para beneficio de la prestación y de los usuarios de la atención médica

Los mensajes se envían al número de teléfono móvil existente en la base de datos del paciente obrante en el centro.

El SMS se remite con una antelación de siete días sobre la cita. En el caso de que el paciente no pueda o no vaya a acudir a la cita programada, debe llamar al teléfono que se le facilita en el SMS, para que así pueda ser adjudicada a otro paciente, optimizando al máximo el sistema.

Fototerapia

En el año 2015 se ha instaurado la técnica de la fototerapia en el Servicio de Dermatología, consiguiendo de esta forma que los pacientes no deban viajar a otros centros con el fin de recibir este tratamiento.

La **fototerapia** es una técnica de tratamiento que emplea radiaciones electromagnéticas de origen natural o artificial para el tratamiento de enfermedades. La luz aplicada puede ser radiación visible, infrarrojos o ultravioleta, siendo la más utilizada en nuestro centro la variante UV.

La fototerapia se emplea habitualmente en el tratamiento de enfermedades de la piel como el vitiligo y la psoriasis, sobre todo cuando afecta a superficies extensas de la piel y utilizando la capacidad antiinflamatoria de la radiación emitida.

En ocasiones este tratamiento se asocia a medicaciones que potencian la actividad de la radiación UVA como pueda ser el psoraleno, dando lugar a la llamada PUVA-TERAPIA.

Los efectos secundarios que produce este tipo de terapia son similares a los producidos por la luz solar, pudiendo dar enrojecimiento de la piel y pudiendo requerir la personalización del tratamiento para evitar los efectos indeseados.

NUEVAS INFRAESTRUCTURAS

OBRA DE REFORMA Y ADAPTACION DE 3 UNIDADES DE HOSPITALIZACION EN EL HOSPITAL SANTA BARBARA.

A comienzos del mes de octubre de 2014, se iniciaron las obras de reforma y adaptación de 3 unidades de hospitalización del Hospital Santa Bárbara de Soria.

La recepción de las mismas tuvo lugar el 30 de julio de 2015 y a partir de esa fecha comenzaron los trabajos de preparación de estas áreas, tales como prueba de instalaciones, limpieza, montaje de mobiliario y otros trabajos de mantenimiento necesarios para acometer las necesidades funcionales de estas zonas.

La obra ha supuesto una inversión de casi 1.630.000 euros, a lo que habría que añadir 67.000 € de proyecto y dirección de obra y algo más de 290.000 € en el Plan de Montaje complementario de estas unidades. Todo lo anterior asciende a una cifra muy cercana a los 2 millones de euros.

El traslado de las unidades a estas zonas reformadas ha sido paulatino y siempre que las zonas a ocupar cumplieran todos los requerimientos técnicos exigidos.

El primer movimiento se produjo con fecha 14 de octubre de 2015 con el traslado de la Unidad de Traumatología. Pasó de la UE3A con 15 habitaciones dobles y 30 camas a la UE5B con 15 habitaciones: 11 dobles y 4 individuales, en total 26 camas, ampliables a 30.

El siguiente desplazamiento, el 28 de octubre, consistió en trasladar la UE4C a la UE6C, para pacientes de Medicina Interna. Se pasó de una unidad ya reformada a otra nueva y de disponer de 11 habitaciones dobles y 8 individuales lo que suponía 30 camas, a la nueva unidad UE6C, con 14 habitaciones dobles y 2 individuales, con un total, también de 30 camas (ampliables a 32).

Una vez realizado este cambio, inmediatamente, se comenzaron a realizar, por el personal de Mantenimiento, los trabajos de adaptación de la planta liberada, 4ª C, para la futura ubicación de Tocoginecología.

Con fecha 4 de noviembre se llevó a cabo un nuevo traslado desde la planta 4ª A a la UE6B, para pacientes de Medicina Interna. La planta antigua disponía de 15 habitaciones dobles y 30 camas, mientras que la actual cuenta con 11 habitaciones dobles, 3 individuales y 2 individuales especiales para pacientes respiratorios de aislamiento. Hacen un total de 27 camas, ampliables a 30 en momentos de máxima necesidad.

El último cambio tuvo lugar el día 16 de noviembre, cuando los pacientes de la Unidad de Tocoginecología han pasado de la UE2B a la UE4C. En este caso, se ha pasado de una unidad con 12 habitaciones dobles y 24 camas a la nueva con 10 habitaciones individuales para Obstetricia y 5 dobles y 10 camas para Ginecología.

La nueva Unidad se distribuye en dos pasillos que se corresponden con las dos especialidades del servicio. En el pasillo central se localiza, además de los principales servicios de la Unidad como el control de enfermería, despachos, almacenes, salas de curas, etc., las camas de Ginecología. Se trata de 5 habitaciones dobles con un total de 10 camas, con un mobiliario totalmente renovado, baño individual por habitación así como instalaciones más funcionales para el paciente.

En el pasillo de la izquierda quedarán 10 habitaciones para pacientes de Obstetricia. En este caso, en sus habitaciones se garantizará el uso individual, en todo momento. Al igual que en el otro tipo de habitaciones, el mobiliario ha sido completamente renovado disponiendo de cama eléctrica articulada, cuna de metacrilato para los recién nacidos y un pequeño espacio de recepción a los familiares. Asimismo, existe un baño individual por habitación. Se ha intentado, además, imprimir un carácter más acogedor a estas habitaciones con la compra de lencería más específica y menos propia de un entorno hospitalario.

Todos los cambios enunciados con anterioridad, están enfocados a mejorar la confortabilidad del paciente, tanto en las habitaciones como en los espacios comunes, donde se dispone de área de información para familiares, salas de espera y espacios más amplios y luminosos. También los profesionales ven mejorada su dinámica de trabajo contando con zonas específicas de trabajo para desarrollo de historia clínica, nuevas camas que facilitan el tratamiento de los pacientes y nueva dotación de equipamiento que mejoran la funcionalidad y calidad del servicio prestado.



PLAN FUNCIONAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA

Desde hace varios años se vienen sucediendo obras de ampliación o de reforma en el Hospital Santa Bárbara, centro principal donde se atiende la mayor parte de la actividad asistencial hospitalaria de la provincia. La renuncia a las obras previstas en la Fase II del Plan Director, en el año 2010, y la ejecución de diversas unidades de obras de hospitalización en el Hospital Santa Bárbara hacen que en este momento sea necesario hacer una reflexión sobre la situación actual y el escenario futuro de planificación en el que, a nuestro juicio, nos debemos mover en los próximos años. En este sentido, la Junta de Castilla y León ha sido sensible a esta necesidad y el Presidente en su discurso de investidura se refiere a este asunto con el compromiso de ***culminación de las obras de la Fase II del Hospital Santa Bárbara de Soria***. Unas obras necesarias para finalizar un edificio emblemático para la ciudad y consideradas absolutamente claves para el futuro desarrollo de la provincia por agentes sociales, partidos políticos, profesionales y la sociedad en general.

Para que esto se produzca, la primera tarea que hay que realizar es una reformulación del Plan Funcional inicial del año 2001 y del revisado en 2008. Los más de 14 años transcurridos desde la redacción del documento original hasta la actualidad han supuesto unos cambios trascendentales que exigen un replanteamiento del Plan Funcional original. Esta propuesta no supone una ruptura respecto al Plan anterior ni siquiera unas grandes modificaciones, simplemente se trata de recoger los diferentes cambios, tendencias o nuevas necesidades surgidas a lo largo de este periodo de tiempo.

Un Plan Funcional de un hospital es un documento elaborado, generalmente, por el personal de cada centro (puede ser realizado por alguna consultora), que debe contener, como mínimo, una valoración sobre las características demográficas del área de salud de referencia, datos de morbilidad y mortalidad, utilización de servicios sanitarios, definición de cartera de servicios, coordinación con la atención primaria del área, equipamiento tecnológico, plantillas de profesionales, estudio de necesidades asistenciales y arquitectónicas, comunicaciones entre servicios, etc. En definitiva, es un documento básico de planificación que debe definir cómo será el hospital en un periodo largo de tiempo, que puede oscilar entre 15 y 20 años. Este periodo no debe ser más largo de 20 años porque se corre el riesgo de que las propuesta se vean superadas por el paso del tiempo, ante la aparición de nuevas tecnologías, avances, técnicas o conocimientos.

Hasta no hace muchos años, la consideración de un hospital se hacía en función del número de camas. Los avances experimentados en las técnicas quirúrgicas, las pruebas diagnósticas, la formación de los profesionales o los nuevos medicamentos han hecho que el número de camas se reduzca considerablemente en todos los hospitales y se requieran mayores espacios para las áreas ambulatorias como hospitales de día, unidades de corta estancia, consultas externas, quirófanos o salas de pruebas.

Simplemente un dato, cuando se elabora el Plan Funcional del Hospital de Soria, en 2001, las intervenciones quirúrgicas por cirugía mayor ambulatoria suponían un 38% del total y para esta Unidad (CMA) se pedían 8 camas. Catorce años después, este tipo de intervenciones se acercan al 62 % y, en muchos días, resultan insuficientes los 12 puestos instalados. Se da la circunstancia, además, de que una técnica en continuo crecimiento en los últimos años como las endoscopias, al realizarse en un altísimo porcentaje bajo sedación, también requieren una zona de despertar en el entorno del área

de CMA. En este último año, se ha realizado, con medios propios, una pequeña ampliación de 5 puestos para atender esta nueva necesidad.

En el mes de noviembre de 2015, se comunica oficialmente el comienzo de los trabajos de preparación de la Fase II del Plan Director del Complejo Asistencial de Soria. Desde ese momento, nos hemos fijado un cronograma de actuaciones, que dependerá del cumplimiento de cada uno de los hitos para que se pueda ir avanzando en un proyecto realmente complejo y difícil. Las actuaciones realizadas son las que se exponen a continuación:

- *Noviembre de 2015.* Confirmación del reinicio de las obras de la Fase II del Hospital Santa Bárbara.
- *Segunda quincena Noviembre de 2015.* Reunión de los Técnicos del Servicio de Infraestructuras con la Dirección del Hospital para concretar los aspectos técnico-administrativos de la reforma prevista.
- *20 de noviembre a 30 de diciembre de 2015.* Reunión con los diferentes servicios del hospital para concretar las necesidades funcionales del hospital, partiendo del plan funcional y proyecto anterior.
- *Enero de 2016.* Envío por parte del hospital de nuevo programa funcional a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

A partir de esta situación, el cronograma previsto, siempre que no surjan complicaciones, por la GIS, será:

- *Febrero de 2016.* Adjudicación por parte del Hospital del Expediente de adaptación del antiguo Proyecto de Fase II a nuevas necesidades funcionales y a reajuste de partidas (menor volumen de gasto).
- *Febrero-Marzo 2016.* Elaboración de nuevo Proyecto Fase II que servirá de base para la adjudicación de la obra de ampliación y reforma del Hospital Santa Bárbara de Soria.
- *Abril 2016.* Supervisión del Proyecto, por técnicos del servicio de Infraestructuras.
- *Mayo-Junio 2016.* Por parte de los servicios centrales de la Gerencia Regional de Salud, preparación administrativa del expediente de obras: intervención previa, aprobación gasto Junta, elaboración pliegos PCAP, PPT, constitución mesas, etc.
- *Julio-Agosto 2016.* Licitación pública de las obras.
- *Septiembre-Octubre 2016.* Apertura de ofertas. Mesas de contratación general, técnica, Revisión de documentación, resolución de incidencias, ..
- *Noviembre 2016.* Elaboración de informes técnicos de valoración de ofertas por los técnicos de la Gerencia Regional de Salud.
- *Diciembre 2016.* Propuesta de adjudicación del expediente de obras y firma del contrato.
- *Enero 2017.* Inicio de las obras

No obstante hay que considerar la voluntad de la Gerencia Regional de Salud de adelantar estos plazos e iniciar las obras antes de la finalización de 2016. La GIS, consciente de las dificultades que este adelanto tendría, por la necesaria tramitación

administrativa del expediente aún sabiendo las dificultades, no ha considerado en su previsión esta posibilidad.

PLAZO APROXIMADO DE DURACION DE LAS OBRAS. 4 AÑOS. Por tanto, si no se establece una mayor agilidad en la tramitación o en la ejecución del Proyecto, la fecha prevista de finalización sería a finales del año 2020.

Líneas básicas de la reforma

- Se trata de un nuevo Plan Funcional que resulta bastante coherente con lo previsto en el Plan Estratégico 2015-2020, periodo en el cual se prevé que pueda finalizarse esta reforma.
- Básicamente, la propuesta contiene como línea fundamental, ampliación de espacios asociados a actividades ambulatorias en la previsión que en el futuro la asistencia sanitaria va a precisar más actividad ambulatoria y menos hospitalización.
- Supone dar una adecuada respuesta a una demanda evidente, tanto en el plano social, político, sindical, institucional como de los propios trabajadores.
- Quedarán resueltos la infinidad de problemas que presentan las instalaciones de fontanería y calefacción por el uso continuado de 40 años. También se resolverán los graves problemas estructurales que presenta el edificio (rampas, saneamientos, fachadas, etc.)
- Mejorará notablemente la confortabilidad de los pacientes y las condiciones de trabajo de los profesionales.
- Debe suponer, además, una mejora tecnológica y una transformación en un centro más moderno y funcional que aproveche las ventajas que este cambio de estructura ofrece.
- Se produce algún ajuste de espacios respecto al proyecto de 2009, con la eliminación de algunas plazas de aparcamiento y dejar dos áreas sin construcción (antes existía sólo una en el actual laboratorio). En estos momentos de tanta dificultad económica, parece obvio que debemos adaptarnos a estos tiempos “post-crisis”.
- La propuesta contiene mejoras innovadoras y eficientes desde el punto de vista organizativo, como la creación de un “core” de laboratorios. Se unifican procesos de producción de serología, urgencias, áreas administrativas, recepción de muestras.
- Se apuesta por un modelo asistencia más abierto con menor peso de los procesos de hospitalización, particularmente relevante en el área de Psiquiatría. Se crean áreas de estancias temporales en zonas habilitadas al efecto (centros de día y habitaciones en régimen compartido), siendo más favorable para el paciente.
- Se deja prevista la resolución de problemas actuales como la futura ampliación de la CMA, Unidad del Dolor, Odontología con sedación.
- También se avanza en integración de los distintos niveles asistenciales con mejora de espacios administrativos, unificación física de almacenes, unidades mixtas,...

OTRAS OBRAS EJECUTADAS EN 2015 CON MEDIOS PROPIOS

Las distintas obras realizadas en el pasado ejercicio en este apartado forman parte del Plan Anual de Obras 2015 establecido por la Dirección con el Servicio de Mantenimiento, según el cual la realización de las mismas se lleva a cabo con medios humanos propios y en jornada ordinaria de trabajo. En los tiempos actuales sería prácticamente imposible acometer estas y otras tantas obras proyectadas con medios ajenos. A pesar de la limitación de los presupuestos y aun sabiendo que los materiales tienen unos costes evidentes, lo cierto es que el mayor gasto en cualquier actuación que se produce es el gasto de personal y en este sentido lo que se trata es rentabilizar de la mejor manera posible este concepto. Destacar, además, el esfuerzo y el buen hacer de todos los integrantes del servicio de mantenimiento en estas reformas, que generalmente quedan a plena satisfacción del usuario final.

Nuevas dependencias del Servicio de Mantenimiento del Hospital Santa Bárbara

En el mes de enero de 2015, finalizaron las obras de acondicionamiento de las nuevas dependencias del Servicio de Mantenimiento en el Hospital Santa Bárbara. Desde esa fecha, se encuentran ubicados en la Planta 0, en un acceso lateral en el pasillo de las cafeterías. Con anterioridad, esta zona estaba ocupada por un almacén completamente ocupado de materiales de obra sobrantes de la primera fase del Plan Director y su redistribución ha permitido liberar estos espacios para acometer estas obras.

Las nuevas dependencias del Servicio de Mantenimiento cuentan con un taller de unos 70 m², un estar para el personal y un despacho para el jefe de grupo. En áreas adyacentes ya estaban ubicados con anterioridad los vestuarios del personal y el área de botellería de gases medicinales.

Hay que reconocer que era obligado el cambio de ubicación de los talleres de mantenimiento ya que en la zona antigua se habían ido degradando los espacios de trabajo y comenzando a presentar unas condiciones muy negativas para el desarrollo de sus funciones.

Reubicación de los distintos servicios de Urología

Durante varias jornadas de los meses de febrero y marzo de 2015, se han llevado a cabo los trabajos de adaptación necesarios para la reubicación de las consultas y gabinetes de exploraciones del Servicio de Urología en la actual planta 5ª C. Estos trabajos han consistido en la habilitación de cuatro espacios de trabajo: uno de ellos para la sala de pruebas de urodinamia y los tres restantes para consultas externas de urología. La disponibilidad de dos ecógrafos, uno de ellos en la Consulta 1 y el otro compartido en una zona común para las consultas 2 y 3 hace que se pueda garantizar a todos los pacientes de esta unidad la alta resolución de las distintas patologías atendidas por el servicio.

La ubicación de estos locales en la 5ª C, donde está la hospitalización de referencia de Urología junto con los despachos médicos del servicio ha permitido unificar todos los recursos asistenciales en la misma planta. Es cierto que en los primeros días se está produciendo una cierta dificultad en los accesos a estas consultas (a pesar de la señalización) y esperamos que con el paso del tiempo se vaya corrigiendo. Pero también

hay que valorar que, con anterioridad, había 2 consultas externas en la zona vieja del hospital y la urodinamia y otra consulta con ecografía se situaban en la zona nueva de la Planta 1 del Hospital Santa Bárbara. En estas circunstancias, también existía una cierta confusión al paciente y los recursos humanos, materiales y de equipamiento se encontraban dispersos, lo que entrañaba una cierta “descoordinación” en el servicio.

Así pues, entendemos que esta reubicación supone una mejora notable del servicio (los integrantes del mismo así lo han percibido también) por la unificación de todos los recursos asistenciales en una misma área de trabajo, aportando además indudables ventajas para el paciente.

Ampliación de espacios para la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

En los meses de abril y mayo de 2015, también se han llevado a cabo las obras de acondicionamiento de una nueva sala, con 6 puestos, para la atención de pacientes que se realicen alguna prueba de endoscopia con sedación. Se trata de un nuevo espacio que quedará integrado dentro de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y permitirá dar una respuesta adecuada a una necesidad surgida en los últimos años, con la implantación de programa de cribado de cáncer de colon y la realización cercana al 100% de las endoscopias con sedación.

Esta sala se ubicará en la Unidad de Pruebas Especiales, en lo que antes eran tres consultas de anestesia (que han ocupado el hueco liberado por Urología), justo enfrente de una de salas de endoscopia. Todos los puestos dispondrán de monitorización y de instalaciones de gases medicinales como oxígeno y vacío y un mobiliario renovado acorde con las necesidades de la Unidad.

Realización de otras obras con medios propios.

Dentro del Plan también hay actuaciones de mayor o menor envergadura, en las que resulta necesario actuar en cualquier otra zona del edificio con carácter programado o de urgencia en función de las necesidades conocidas o sobrevenidas de las distintas unidades o instalaciones. Por ejemplo, en el Hospital Santa Bárbara se han reformado las terrazas del servicio de Rehabilitación así como un espacio interior hasta entonces inhabilitado, se han sustituido techos en el hall de la planta 0 o en los accesos al servicio de Farmacia.

Asimismo, a raíz de la entrega de las 3 unidades de hospitalización a finales de julio de 2015 fue preciso acometer multitud de trabajos de acondicionamiento de estas 3 unidades (colocación de protectores de pared, cortinas, cambios de mecanismos eléctricos, trabajos de conexión de fontanería, gases medicinales, etc.). para las plantas 6ª A y 4ª C se acometieron trabajos específicos como repasado y pintura de toda la unidad para mejorar el aspecto general y la limpieza de estas unidades de hospitalización. Estos trabajos supusieron varios meses de trabajo del personal de mantenimiento.

Por lo que respecta al Hospital Virgen del Mirón también se han realizado trabajos permanentes de mantenimiento en este centro como reparaciones de suelos, bajantes de fontanería, pintura en general. Destacar que se llevó a cabo la sectorización a nivel de tabiquería de la futura ubicación de la Sala de Macrosocopia en el Laboratorio de Anatomía Patológica, proyecto que se concluirá en las próximas semanas.

CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO MANRIQUE

Los servicios de atención primaria que se prestan desde el Centro de Salud a la población de la Zona Básica de Salud de San Pedro Manrique vienen limitados por el espacio y la antigüedad del actual edificio.

La importancia de la actividad sanitaria y la mejora de la calidad y cantidad de servicios que los profesionales del equipo de atención primaria y de las unidades de apoyo realizan han determinado las propuestas de dotación de un nuevo centro y su inclusión en planes de infraestructuras para el Área de Salud de Soria.

La Gerencia Regional de Salud aprueba en 2015 el Plan Funcional de Ampliación y Reforma que supuso el inicio de las medidas necesarias para su ejecución.

Las actuaciones realizadas en 2015, de acuerdo con los requerimientos establecidos por el régimen jurídico y procedimientos preceptivos para su autorización, han consistido por parte del Excmo. Ayuntamiento de San Pedro Manrique en el acuerdo de cesión de la parcela necesaria para la ampliación prevista en el proyecto básico.

La Gerencia Integrada de Soria encargó el Proyecto de Ejecución de Obras que, supervisado por el Servicio de Infraestructuras, servirá de base para la licitación de obras dentro del año 2016, cuya ejecución tiene un plazo aproximado de doce meses, habiendo sido aprobada la correspondiente consignación de crédito dentro de los Presupuestos de la Junta de Castilla y León.

Las características del proyecto aprobado del nuevo centro se detallan a continuación:

Ampliación y reforma

- Emplazamiento.- C/ Víctor Núñez, 1.- San Pedro Manrique (Soria)
- Datos urbanísticos.- Parcela con una superficie de 967,42 m² (321 m² ocupada actual Centro y ampliación de 646,42 m²)
- Programa de Necesidades: El Centro dispone de:
 - Zona asistencial dotada de 4 consultas de medicina de familia y enfermería, 1 consulta de pediatría, 2 consultas polivalentes y de apoyo
 - Zona de ayuda diagnóstica con sala de extracciones y sala de curas.
 - Zona PAC.- Zona diferenciada de consultas con sala de urgencias
 - Despacho de Coordinación y Trabajadora Social, zona administrativa y zonas de servicio del edificio.
- Superficie útil construida de 569,65 m²
- Presupuesto ejecución: 632.873,85 €
- Detalles de ejecución: La obra se realiza en dos fases:
 - Primera fase.- Construcción de la obra nueva manteniendo los servicios en el actual edificio
 - Segunda fase.- Reforma del actual edificio realizando la actividad en la parte nueva.

El edificio mantendrá las características estéticas específicas del entorno de la zona de San Pedro Manrique, contará con total accesibilidad eliminando las barreras arquitectónicas y se busca una construcción eficiente desde el punto de vista energético.

NUEVOS CENTROS DE SALUD

Los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad económica han marcado el ritmo de actuaciones de nuestra Administración Autonómica en materia de infraestructuras sanitarias.

Incluidas en la planificación se encuentran la construcción de nuevos centros en sustitución de los actuales de Soria Norte y El Burgo de Osma. Ambos disponen de los solares cedidos por los respectivos ayuntamientos para la prestación de los servicios a la Zonas Básicas de Salud, y cuyos proyectos serán adaptados a las condiciones y necesidades actuales de la población atendida por sus equipos de atención primaria.

Por otra parte el Ayuntamiento de San Leonardo de Yagüe, en el pleno celebrado con fecha 16 de noviembre de 2015, ha solicitado a través de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León el inicio de los trámites administrativos para proceder a la construcción de un nuevo centro debido a la antigüedad y características del actual edificio, construido en 1950, y su estado de conservación.

Finalmente, hay que contemplar la actuación de ampliación y reforma del centro de Salud de Almazán cuya priorización deberá ser considerada atendiendo a la evolución del escenario económico a partir del año 2016.

ESTRUCTURA

ENTORNO SOCIODEMOGRÁFICO

Población de Soria

Según la publicación de los resultados de la cifras de población y censos demográficos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2015 la población de la provincia de Soria, ascendía a 91.780 personas, de los cuales 42,68% viven en la capital y el resto, 57,32% en la provincia. Este proceso de concentración de población en la capital es lento pero continuo en el tiempo. Si observamos lo que ha ocurrido en el último siglo nos encontramos con los siguientes datos:

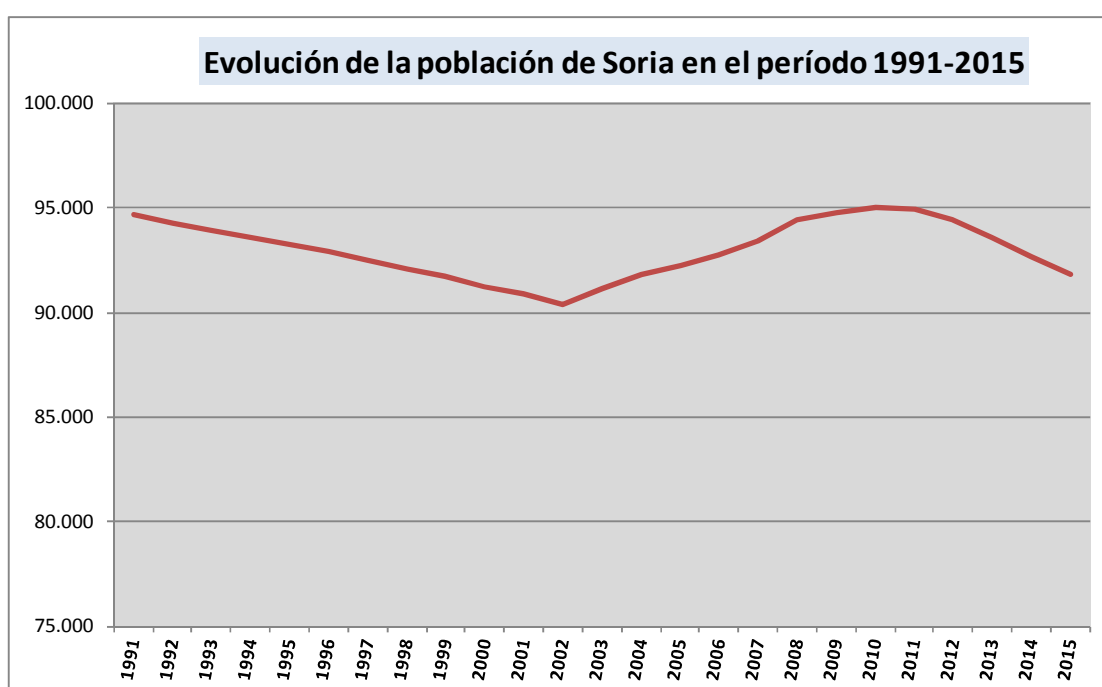
	1900	1910	1920	1930	1940	1950
Soria Capital	7.151	7.535	7.619	10.098	13.054	16.878
% Soria Capital	4,75	4,82	5,03	6,46	8,17	10,47
Resto Provincia	143.311	148.819	143.976	146.109	146.770	144.304
% Resto Provincia	95,25	95,18	94,97	93,54	91,83	89,53
Total Provincial	150.462	156.354	151.595	156.207	159.824	161.182
% Total Provincial	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2015
Soria Capital	19.301	25.030	32.039	35.540	35.151	40.286	39.168
% Soria Capital	13,13	21,77	32,43	37,76	38,75	42,58	42,68
Resto Provincia	127.751	89.926	66.764	58.590	55.566	54.324	52.612
% Resto Provincia	86,87	78,23	67,57	62,24	61,25	57,42	57,32
Total Provincial	147.052	114.956	98.803	94.130	90.717	94.610	91.780
% Total Provincial	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Se observa un constante descenso de la población provincial, muy acentuado en las décadas de los 60 y 70, pero, sobre todo, la tremenda reducción de efectivos en el ámbito provincial de casi 100.000 personas en el último siglo. La capital ha ido recibiendo, aunque solo de manera parcial, el brusco descenso de la población provincial y ha conseguido absorber algo más de 30.000 personas. Este descenso obedece, sin duda, a un fenómeno migratorio hacia los principales núcleos urbanos como Zaragoza, Madrid, Barcelona o Bilbao donde el desarrollo industrial marcó un papel fundamental de atracción de mano de obra, excedente de las zonas rurales sorianas, en las que, además, la agricultura ya no fue capaz de absorber toda la población existente.

En los últimos 25 años, la población de Soria, aun manteniéndose en una horquilla que varía entre los 90.000 y 95.000 habitantes, muestra tres etapas con diferente comportamiento en este periodo:

- Una primera etapa, de 1991 a 2002, en la que se observa un lento pero sostenido descenso de población, hasta alcanzar en 2002 el punto más bajo de la serie, con una población total cercana a los 90.000 habitantes.
- Desde el año 2003 y hasta 2010, se produce un aumento de relativo vigor de los efectivos residentes. Esto coincide con uno de los mayores mejores de esplendor de la economía española, lo que ocasiona un importante aumento de la población inmigrante, muy representativo también en nuestra provincia.
- A partir de 2011 y coincidiendo con el declive de la economía española, iniciado unos años atrás, comienza a notarse una retirada de la población inmigrante y empieza a producir efectos el crecimiento vegetativo provincial, con signo negativo desde el 1.980. Parece que esta tendencia comienza a tomar una senda inexorable y, salvo movimientos migratorios inesperados, lo más probable es que continúe el descenso poblacional en los próximos años.



Por otra parte, Soria presenta una superficie es de 10.287 km². Es la provincia española menos poblada, con una densidad de 8,92 habitantes/km²: una de las menores de la Unión Europea, que la califican de desierto demográfico. Presenta, además una notable dispersión en el ámbito provincial. La distribución del número de municipios y la población por tamaño de municipio para la provincia de Soria a 1 de enero de 2015 es la siguiente:

Tamaño de los municipios (habitantes)									
SORIA. AÑO 2015	TOTAL	Menos de 101	De 101 a 500	De 501 a 1.000	De 1.001 a 2.000	De 2.001 a 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 20.000	De 20.001 a 50.000
Num. de municipios	183	114	48	10	3	5	2	0	1
Población	91.006	5.465	9.374	7.098	4.615	14.486	10.800	0	39.168

Como puede observarse, predomina los municipios de pequeño tamaño, más de un 62% del total son menores de 100 habitantes, si bien la población de este tramo apenas supera el 6% de la población. Solo hay dos municipios con más de 5.000 habitantes, Almazán y el Burgo de Osma y la capital, Soria, con 39.168 empadronados supone casi del 43% del total provincial.

En cuanto a las principales características demográficas de la provincia, la distribución de la población por edad y sexo de la provincia de Soria con datos del INE a 1 de enero de 2015 y comparando con el mismo de distribución poblacional de España y Castilla y León, cuyos datos principales se muestran en la tabla siguiente:

		ESPAÑA	CASTILLA Y LEÓN	SORIA
Población total	Hombres	22.826.546	1.226.024	46.570
	Mujeres	23.623.019	1.252.055	45.211
	Ambos sexos	46.449.565	2.478.079	91.780
Menores de 15 años	Hombres	3.632.391	155.644	5.911
	Mujeres	3.416.686	145.936	5.564
	Ambos sexos	7.049.078	301.580	11.474
	% sobre el total	15,18	12,17	12,50
Entre 15 y 64 años	Hombres	15.494.923	809.670	30.157
	Mujeres	15.313.550	771.551	27.010
	Ambos sexos	30.808.471	1.581.222	57.165
	% sobre el total	66,33	63,81	62,28
Más de 65 años	Hombres	3.699.231	260.708	10.501
	Mujeres	4.892.782	334.567	12.635
	Ambos sexos	8.592.013	595.275	23.139
	% sobre el total	18,50	24,02	25,21

No hay apenas diferencias significativas entre la distribución etaria de Soria y Castilla y León en ninguno de los tres tramos de edad. Si acaso llama la atención (aunque no es muy significativo) el mayor índice de menores de 15 años en la provincia de Soria respecto del total regional. En cuanto al envejecimiento, Soria está ligeramente por encima de Castilla y León, aunque no es la provincia más envejecida de la región, cifra que ostenta Zamora con un 29,51% sobre el total provincial.

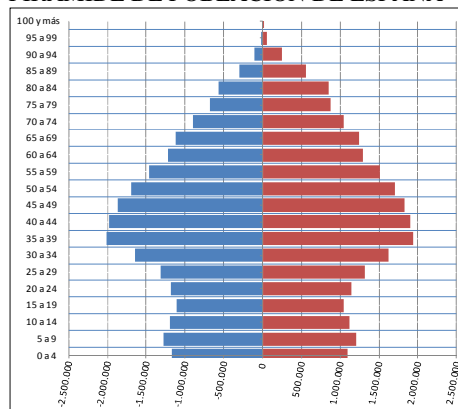
La comparación con el resto de España es obviamente favorable a nivel nacional pero ya comienzan a apreciarse ciertos de envejecimiento en el análisis de los datos a nivel estatal.

También llama poderosamente la atención que, al contrario de lo que ocurre a nivel nacional y estatal, la proporción de hombres es superior a la de las mujeres, sobre todo en el tramo de edad de 15 a 64 años, donde representan un 52,75%. La emigración de los años 60 y 70 fue más favorable a las mujeres y, por el contrario, la inmigración producida en la primera década de los 2000 más intensiva en hombres pueden ser la causas de este fenómeno inusual.

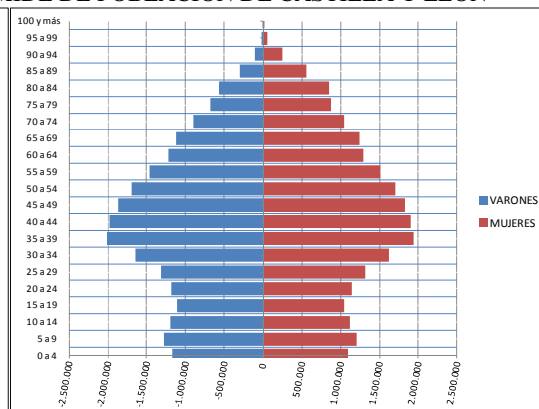
Por lo que respecta a la pirámide poblacional de Soria, es obvio que refleja una población bastante envejecida de acuerdo con los parámetros demográficos actuales. En cualquier caso, no difiere en gran medida respecto a la de Castilla y León y no tanto, como pudiera creerse, con respecto a la pirámide española.

Los datos referentes a la distribución etaria de la población de la provincia de Soria, puede observarse en los datos extraídos a fecha de 1 de enero de 2015 (Fuente: www.ine.es)

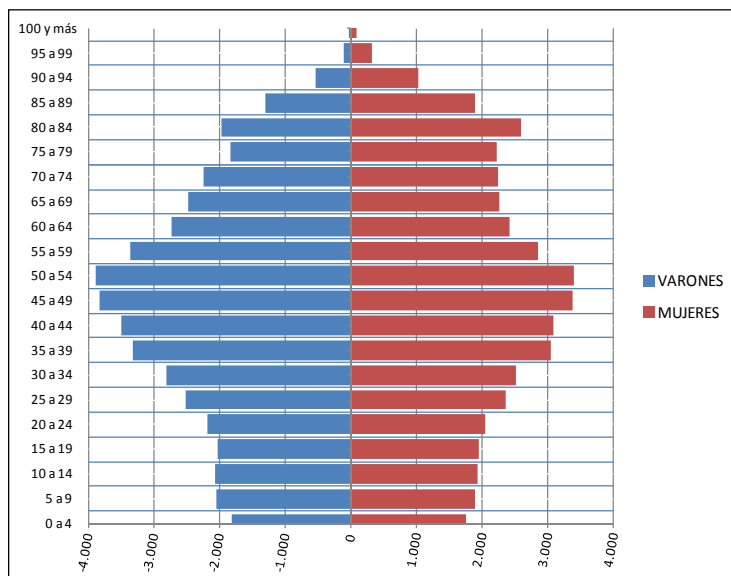
PIRAMIDE DE POBLACION DE ESPAÑA



PIRAMIDE DE POBLACION DE CASTILLA Y LEON



PIRAMIDE DE POBLACION DE SORIA



Las pirámides de población Soria y Castilla y León presentan patrones casi idénticos, lo que confirma algunas de las tendencias mostradas a lo largo del informe, de distribución poblacional de características muy similares. Algo más dinámica, aunque quizá no tanto como pudiera presumirse, es la pirámide de población española con una base mayor de efectivos en edad infantil.

A continuación se muestra un análisis de la tipología de la población residente en la provincia de Soria en función de su nacionalidad y del lugar de nacimiento.

Población residente en Soria por nacionalidad		
	2002	2015
Española	87.959	83.695
Unión Europea (sin España)	486	3.736
Resto de Europa	50	139
África	573	1.799
América del Norte	19	57
Centro América y Caribe	150	512
Sudamérica	1.104	1.555
Asia	37	282
Oceanía	1	4
Apátridas	0	1
Total provincial	90.379	91.780

Población residente en Soria por lugar de nacimiento		
	2002	2015
Española	87.471	81.238
Unión Europea (sin España)	644	3.686
Resto de Europa	82	204
África	607	1.836
América del Norte	48	98
Centro América y Caribe	221	988
Sudamérica	1.260	3.433
Asia	42	292
Oceanía	4	5
Total provincial	90.379	91.780

Población Española	87.958	83.696
% Población española	97,32	91,19
Población Extranjera	2.420	8.085
% Población Extranjera	2,68	8,81

Población Española	87.471	81.239
% Población española	96,78	88,51
Población Extranjera	2.908	10.542
% Población Extranjera	3,22	11,49

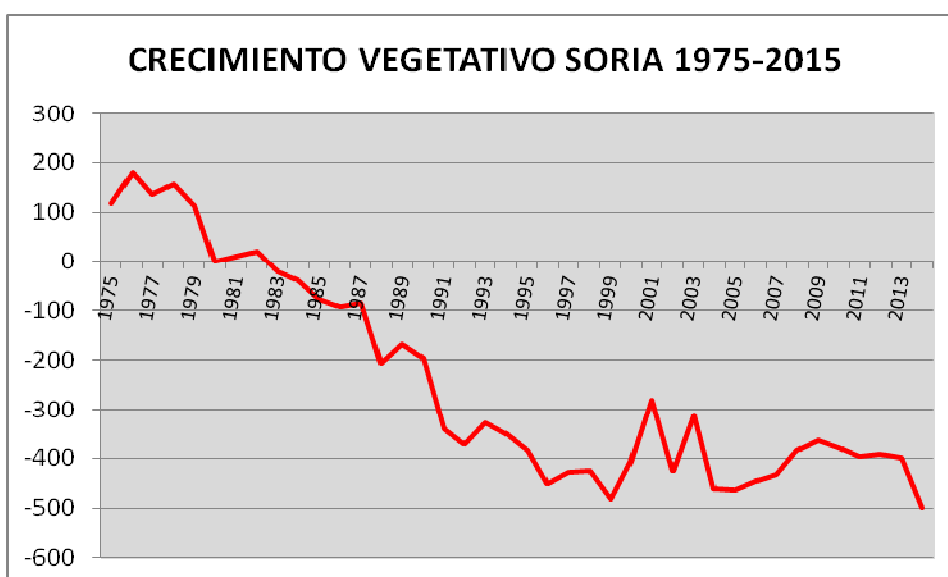
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística.

Este cuadro nos muestra que la población española, tanto en cuanto a su nacionalidad como por su lugar de nacimiento va descendiendo año tras año, por un crecimiento vegetativo negativo que se analizará en el cuadro siguiente. Por el contrario, la población extranjera va ganando peso paulatinamente en la distribución poblacional desde tasas del 3 % hasta casi el 9% en nacionalidad y más 11% por su lugar de nacimiento. También se puede apreciar que más de 2.000 inmigrantes han conseguido en este periodo la nacionalidad española. Esto está consiguiendo, por una parte, fijar población a un territorio muy necesitado y, por otra, rejuvenecer la población de una provincia con alarmantes signos de envejecimiento, sobre todo en la población nativa.

El fenómeno migratorio ha condicionado, sin duda, la estructura poblacional de esta provincia. En el cuadro siguiente se muestra la evolución de crecimiento vegetativo provincial a partir de 1975 donde comienza a apreciarse un cambio de tendencia. El paso de los años del “baby-boom”, la emigración de efectivos jóvenes en edad de procrear en los años anteriores, la incorporación de la mujer al trabajo y un mayor desarrollo económico, social y cultural hacen que el número de nacimientos haya comenzado a descender de manera importante, como se observa en el cuadro y gráfica siguientes:

Crecimiento vegetativo. Provincia de Soria 1975-2015

AÑO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO VEGETATIVO
1975	1140	1.022	118
1980	1010	1.011	-1
1985	930	1.007	-77
1990	753	950	-197
1995	698	1.081	-383
2000	723	1.129	-406
2005	727	1.191	-464
2010	748	1.128	-380
2014	643	1.144	-501



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística

Como se puede apreciar, desde el año 1980, primer año de la serie con tasa negativa, no ha parado de aumentar hasta 2014, el último año de que se disponen datos, donde hay una diferencia negativa de más de 500 efectivos. Este dato resulta muy preocupante y no ha sido dramático (desde el punto de vista demográfico) porque en gran medida se ha visto compensado por el flujo migratorio generado en este periodo, lo que, sin duda, ha ayudado a mantener los niveles de población desde hace veinte años.

Por lo que respecta al crecimiento vegetativo, es considerado como tal la diferencia entre nacimientos y defunciones en un periodo determinado.

A continuación se muestra, cuadro resumen de la proyección de población que determina el Instituto Nacional de Estadística, para el periodo 2014-2029:

Proyecciones de Población 2014-2029			
AÑO	SORIA	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA
2014	92.553	2.495.765	46.507.760
2015	91.684	2.479.144	46.436.797
2016	90.850	2.462.807	46.369.238
2017	90.048	2.446.716	46.303.332
2018	89.276	2.430.852	46.237.861
2019	88.534	2.415.204	46.171.990
2020	87.820	2.399.775	46.105.324
2021	87.131	2.384.556	46.037.605
2022	86.468	2.369.557	45.968.939
2023	85.830	2.354.789	45.899.538
2024	85.216	2.340.270	45.829.722
2025	84.627	2.326.019	45.759.849
2026	84.063	2.312.048	45.690.270
2027	83.521	2.298.348	45.621.112
2028	83.002	2.284.926	45.552.651
2029	82.504	2.271.767	45.484.908
% Dif 2029 s/2014	-10,86	-8,98	-2,20

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística

Obviamente, los datos son muy desfavorables para la provincia de Soria, aunque en consonancia con la tónica general de Castilla y León: crecimiento vegetativo negativo y descenso de población.

Por otra parte, las proyecciones del INE para 2029 en mayores de 65 años nos ofrecen un dato de un 30,40% para la provincia de Soria, un 31,19% para Castilla y León y un 24,90% para el conjunto del país. Luego, el fenómeno del envejecimiento es un problema común para todas las regiones. Incluso en España se produce un crecimiento considerable al pasar del 18,50 a 1 de enero de 2015 a casi el 25% en 2029, lo que supone un incremento superior al 30%.

Finalmente, el INE realiza una proyección de 50 años, en concreto para el año 2064 y solamente ya a nivel nacional. La población prevista sería de 40.883.832 y una tasa de envejecimiento (mayor de 65 años) de un 38,72%. Como se ha dicho, no están realizadas las proyecciones provinciales y/o regionales pero considerando que en todos los análisis previos nos encontramos sensiblemente por encima de la media nacional, se puede establecer una previsión (quizá no muy descabellada) cercana al 50% de la población.

Para concluir, otro dato muy elocuente, el número de centenarios en 2064 en el conjunto de España puede ascender a 372.775 efectivos, cuando en 2015 apenas superan los 15.000.

Otro de los parámetros a valorar, es la edad media de la población de un territorio determinado:

Evolución de la edad media Periodo 1975-2015			
	SORIA	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA
1975	36,88	34,79	31,84
1980	38,80	36,17	32,44
1985	40,44	37,62	33,63
1990	42,17	39,33	35,17
1995	44,02	41,17	36,74
2000	45,17	42,98	38,26
2005	45,58	44,17	38,96
2010	45,71	44,95	39,67
2015	46,78	46,42	41,16

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística.

En este periodo, la edad media en Soria ha crecido casi 10 años, al igual que en España y en Castilla y León cerca de 12 años, lo que denota una mayor escalada de envejecimiento en Castilla y León que en nuestra propia provincia. De una diferencia inicial de más de dos años en 1.975 se ha pasado en este último año a unas pocas décimas. España sigue manteniendo una diferencia de más de 5 años, lo que supone una desviación de más del 12% sobre los comportamientos provincial y regional.

Otro dato interesante a analizar es la esperanza de vida al nacer.

Esperanza de Vida al Nacimiento por provincia proyectada 2014-2028				
	HOMBRES		MUJERES	
AÑO	SORIA	ESPAÑA	SORIA	ESPAÑA
2014	81,32	80,03	86,93	85,66
2015	81,57	80,32	87,12	85,87
2016	81,81	80,60	87,31	86,08
2017	82,06	80,88	87,50	86,29
2018	82,30	81,16	87,69	86,49
2019	82,54	81,43	87,88	86,70
2020	82,78	81,70	88,07	86,90
2021	83,01	81,97	88,26	87,11
2022	83,25	82,23	88,45	87,31
2023	83,48	82,49	88,63	87,51
2024	83,72	82,75	88,82	87,71
2025	83,95	83,00	89,00	87,90
2026	84,17	83,25	89,19	88,10
2027	84,40	83,50	89,37	88,30
2028	84,63	83,75	89,56	88,49
Lugar ranking prov (2014)	5º		4º	
Lugar ranking prov (2028)	7º		7º	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística

Del cuadro anterior se deduce que la esperanza de vida en Soria, tanto en hombres como en mujeres es ligeramente superior a la media nacional y ocupa lugares muy destacados en el ranking provincial, resultando en 2014 la 5ª en hombres, solo superada por Segovia (81,89), Guadalajara, Madrid y Salamanca y la 4ª en mujeres siendo las más destacadas Salamanca (87,11), Navarra y Guadalajara, aunque en ambos casos por escasas décimas.

Las conclusiones generales que se pueden obtener del análisis demográfico son muy diversas y con dos enfoques fundamentales: pérdida de población y envejecimiento. A destacar las siguientes:

- ◆ Tremenda pérdida de población de Soria en las décadas de los 60 y 70 y mantenimiento a duras penas desde el año 1.980 hasta la actualidad. En Castilla y León el declive de los años 60 es mucho menos acusado y España mantiene un crecimiento vigoroso hasta la llegada de la actual crisis en los años 2009-2010.
- ◆ Atomización de la población en núcleos muy pequeños. En Atención Especializada este fenómeno no afecta excesivamente, por la concentración de recursos hospitalarios en la capital. Por el contrario, en Atención Primaria esto influye de manera determinante en la asignación de recursos, resultando además ineficiente desde el punto de vista per cápita, en comparación con otras provincias o territorios.
- ◆ En cuanto a la distribución de la población entre urbana y rural, aumento del peso relativo de la capital en el último siglo (se pasa de casi un 5% a más del 42%) y en población absoluta, de apenas 7.000 habitantes en 1.900 a los casi 40.000 en la actualidad. La situación de la provincia, desde el punto de vista población, tiene tintes dramáticos con una pérdida de más de 90.000 efectivos y un 63% del total.
- ◆ La distribución de la población por grupos de edad muestra un comportamiento similar al de Castilla y León, con menor porcentaje de jóvenes y mayor de ancianos que el resto de España. De ello dan fe las pirámides de población de los tres escenarios analizados.
- ◆ El mantenimiento de la población de la provincia de Soria se ha conseguido gracias a un aporte importante de la inmigración. Hay en estos momentos más de 10.500 extranjeros (un 11,5% del total) viviendo en nuestra provincia.
- ◆ El crecimiento vegetativo lleva siendo negativo más de 30 años y sigue aumentando en valor absoluto.
- ◆ Así pues, si el fenómeno migratorio parece haber tocado techo, lo siguiente será iniciar una senda de pérdida progresiva de población, como muestran las proyecciones del INE para los próximos 15 años. No obstante, esta tendencia es prácticamente la misma que ya ha iniciado Castilla y León y comienza a percibirse tímidamente en el conjunto de la nación.
- ◆ La edad media y la esperanza de vida no hacen sino confirmar todas las conclusiones anteriores: elevada edad media en Soria, pero también en Castilla y León, muy por encima ambas de la media del país. La esperanza de vida en Soria es de las más altas, algo por encima de la media nacional no disponiendo de datos regionalizados.

Todo este compendio de conclusiones generales en materia demográfica nos lleva a establecer unas líneas generales de la asignación de los recursos sanitarios que precisa el Área de Salud de Soria:

- ✓ La probable pérdida de población prevista por el INE para 2029 (algo más de un 10% de la población) se ve compensada con el aumento del porcentaje de mayores de 65 años, que en solo 15 años pasarán del 25% a más de 30%. Si nos atenemos a las proyecciones de 50 años podemos hablar de cerca del 50%. Según algunos estudios, la tasa de frecuentación del colectivo mayor de 65 años puede llegar a 3,5 veces de lo que representa un paciente normal.
- ✓ El reiterado envejecimiento de la población nos debe llevar a pensar en otro tipo de modelo asistencial y la estrategia regional de atención al paciente crónico y pluripatológico adquiere plena validez. Las estructuras asistenciales, tanto en el ámbito de la primaria como de la especializada tienen que dirigir sus recursos a la atención más eficiente posible de un colectivo de mayores cada vez más numeroso.
- ✓ Al no existir en la provincia recursos hospitalarios privados, el Complejo Asistencial de Soria debe absorber toda la demanda existente de pacientes beneficiarios de la Seguridad Social y de aquellos otros que mantienen regímenes distintos (funcionarios, mutuas, tráficos...).

En estos años, ha finalizado la construcción de un centro penitenciario con unas 700 celdas y previsión de hasta 1.400 internos, si bien hasta la fecha no ha sido puesto en funcionamiento. El hospital debe estar preparado para la atención a este tipo de pacientes con connotaciones muy especiales y espacios específicos de atención.

Como ya se recogía en la memoria del pasado año, los pacientes crónicos y pluripatológicos, que en su gran mayoría se hallan en los rangos superiores de edad de la pirámide poblacional y sobre todo por encima de los 65 años, son los que copan las necesidades sanitarias de nuestra área, siendo además la dispersión geográfica de nuestros pacientes causa de grandes problemas logísticos en la atención. En 2015 la tasa de pacientes pluripatológicos se situaba aproximadamente en el 8.7% entre los 65 y 75 años y ascendía al 18.9% entre los de 75 y 80 años, con el consiguiente sobreesfuerzo que esto exige a la atención sanitaria del área.

Para la atención de los pacientes crónicos y pluripatológicos se ha realizado a nivel de la Gerencia Regional de Salud un proceso de clasificación, teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos, a través de los registros de problemas de salud, la utilización de servicios sanitarios, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, el consumo farmacéutico y problemas sociales concomitantes, entre otros parámetros.

Con esta información se ha segmentado a la población en nueve estados de salud y seis niveles de gravedad, que dan lugar a cuatro grupos con niveles de riesgo clínico y con diferentes necesidades, sanitarias y sociales, para los que se han diseñado intervenciones específicas según dicha estratificación. Son de menor a mayor: G0, G1, G2 y G3.

Según esta distribución, en el Área de Soria existen 4411 pacientes que cumplirían las condiciones G3 y a los que se debería:

- Prestar atención en el nivel de Atención Primaria siempre que sea posible.
- Evitar las estancias hospitalarias innecesarias.
- Atender optimizando el uso del personal médico.
- Prestar una atención integrada.

Para la correcta cobertura de las necesidades asistenciales de estos pacientes G3 (crónicos y pluripatológicos), se puso en marcha el PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO y desde mayo de 2014 en el hospital Virgen del Mirón, se comenzó con la actividad de la UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. En el último trimestre de 2015, a este dispositivo asistencial, se sumó una consulta específica en el Hospital Santa Bárbara, cuyos profesionales además de la atención en la misma, valorarán a estos pacientes en los distintos ingresos o atención en el servicio de urgencias, siempre buscando a través de una atención integral de todos los recursos necesarios, pueden compensar y volver a su domicilio en un plazo inferior a 72 horas, evitándoles hospitalizaciones innecesarias, complicaciones y molestias, a ellos y sus familiares.

Tarjeta Sanitaria

La población con Tarjeta Individual Sanitaria (según la base de datos central a 31 de diciembre de 2015) y por lo tanto con derecho a asistencia sanitaria en 2015 ha sido de 87.968 personas.

<i>Tipo de Población</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Total	87.968	100 %
Urbana	41.869	47.60 %
Rural	46.099	52.40 %

Al ser el único recurso hospitalario de la provincia y el único de atención primaria en las zonas rurales, se han atendido a los pacientes de otros aseguramientos públicos, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, sin cobertura sanitaria con SACYL, mediante convenio en las zonas rurales y facturación en las urbanas, así como a otros pacientes sin cobertura sanitaria pública y aseguramientos privados.

Durante todo el año, siguiendo instrucciones de la Gerencia Regional de Salud, se ha seguido atendiendo a la población sin ningún tipo de aseguramiento por situación irregular en España.

Organización Territorial

El Área de Salud se divide en 14 Zonas Básicas de Salud, con sus correspondientes centros de salud y Equipos de Atención Primaria, que se corresponden con los municipios cabeceras de comarca donde se concentran la gran mayoría de los servicios públicos existentes.

Las ZBS del Área de Soria son: Agreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, Burgo de Osma, Pinares-Covaleda, Gómara, Ólvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe, San Pedro Manrique, Soria Rural, Soria Norte y Soria Sur.

El Complejo Asistencial, con sus dos hospitales, se ubica en la capital. Además, a lo largo de toda la provincia se distribuyen 14 puntos de atención continuada para la asistencia de urgencias extrahospitalarias, 344 consultorios locales y 6 unidades de apoyo.

El servicio de Transporte a la Demanda de la Consejería de Fomento de la Junta de Castilla y León, está implantado en todas las ZBS rurales excepto en Burgo de Osma, facilitando el desplazamiento de los ciudadanos a los servicios de su centro de salud.

A nivel provincial, ante la práctica inexistencia de líneas regulares de viajeros desde las distintas comarcas a la capital, funciona el servicio de transporte a la demanda.

El servicio de transporte a la demanda, puesto en marcha por la Junta en Soria en 2005, se ha conseguido consolidar a lo largo de estos años. Este servicio nació con el afán de facilitar el transporte público de viajeros, además de asentar población en el entorno rural, si bien señalar que la mayoría de la gente lo usa para asistir a las consultas médicas en la capital. Es un sistema basado en la petición previa del ciudadano, incluso cuando el autobús ya ha comenzado a hacer la ruta, siendo recibida por el conductor en el ordenador de a bordo, que está instalado en el vehículo a través de la central de reservas.

Las 11 zonas que prestan servicio en Soria tienen como principal objetivo atender a una población total de 83.794 personas en la provincia, siendo la ruta del Soria Rural, que tiene como objetivo facilitar el acceso a Soria desde los diferentes municipios, la más demandada. Esta zona cuenta con 18 rutas, que abarcan a 122 entidades de población.

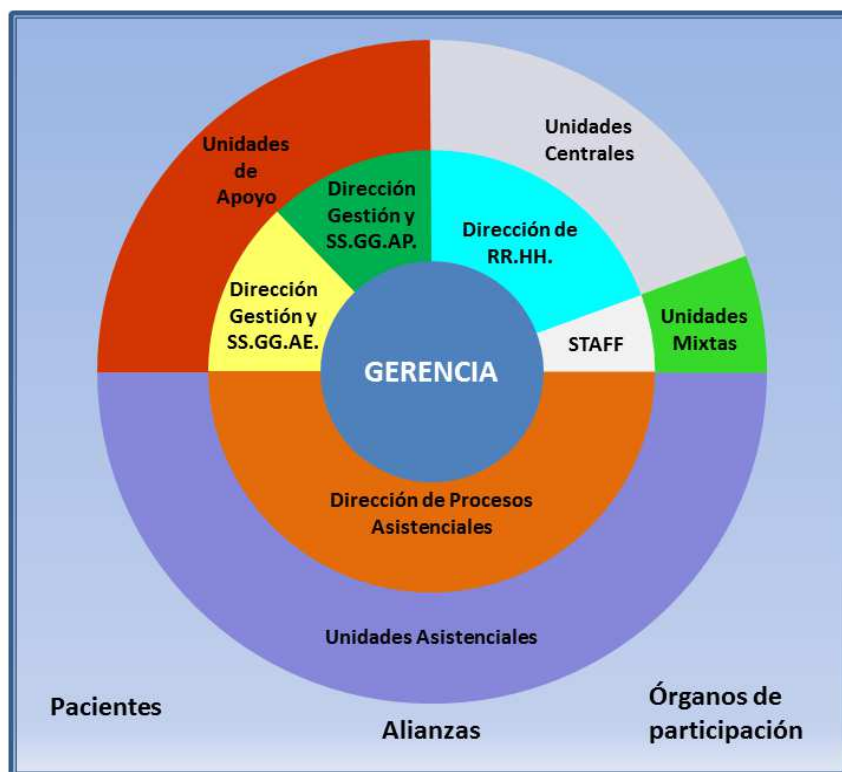
La segunda zona donde más se demanda este transporte es la de Almazán, Esta zona se puso en marcha el 14 de noviembre de 2005 y cuenta con ocho rutas que atienden a 56 entidades de población. La población potencial a la que se atiende en esta zona es de 7.816 personas.



Distribución de zonas básicas en el Área de Salud de Soria.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

El **Organigrama directivo** persigue la integración asistencial y organizativa, aumentar la capacidad resolutoria en AP, los rendimientos de AE y la percepción del paciente de que la atención sanitaria en Soria es un todo al servicio de sus necesidades de salud.



UNIDAD: grupo de profesionales que ejecutan una actividad determinada dentro de las de la GIS. Cada unidad tiene su responsable y su Pacto de Objetivos y/o Actividad.

En Atención Primaria, las unidades asistenciales se llaman Equipos de Atención Primaria (EAP) y las de apoyo técnico a la asistenciales “Unidades de Apoyo”. En Atención Hospitalaria, las unidades que atienden a los pacientes/usuarios se denominan “Servicios”, siendo estos de tres tipos:

- *Asistenciales*, prestando directamente la asistencia al cliente.
- *Centrales*, que realizan pruebas diagnósticas para todos los Servicios y EAP.
- *De Apoyo*, con apoyo técnico específico a los Servicios.

En cuanto a las unidades sin atención directa a los pacientes, tenemos:

- *Organizativas*, con apoyo administrativo al resto
- *Centrales o de apoyo no asistenciales*, que prestan servicios específicos de mantenimiento de infraestructuras o apoyo técnico a servicios centrales.

El Catálogo de Unidades que define las unidades que componen la GIS, comprende 58 unidades y recoge su estructura directiva, los profesionales que lo componen, su tipo (asistencial/central/apoyo), su oferta de servicios y, en el caso de unidades grandes, si tienen en su seno unidades funcionales para actividades concretas.

Unidades de Gestión Clínica

A lo largo de 2015 se han seguido dando los pasos necesarios para que alguna de las unidades accedan a ser **UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**, de las creadas al amparo de lo dispuesto en el DECRETO 57/2014, de 4 de diciembre, (BOCyL de 5 de Diciembre de 2014) por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León. Con ello se persigue acercar la toma de decisiones clínicas a los profesionales y avanzar en la Estrategia de Descentralización de la Gestión de la GIS.

Las siguientes unidades de nuestra GIS han presentado proyecto para constituirse en UGC:

- Unidad de Diagnóstico por la Imagen
- Servicio de Urología.
- Servicio de Cirugía General y Digestiva.
- Unidad de Enfermería del Bloque Quirúrgico, Esterilización y Hospital de Día Quirúrgico.
- Equipo de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz.

Al cierre de esta memoria, aún no ha finalizado el proceso de revisión de estos proyectos en la Gerencia Regional de Salud y por tanto no se han publicado las correspondientes Órdenes de constitución de las unidades.

Catálogo de Unidades

ASISTENCIALES

- Servicio de Urgencias Hospitalarias
- Servicio de Cuidados Críticos e Intensivos
- Unidad de Salud Mental y Psiquiatría
- Servicio de Cirugía General y Digestivo
- Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Servicio de Obstetricia y Ginecología
- Unidad de Patología Mamaria
- Unidad Cáncer de Colon
- Servicio de Otorrinolaringología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Urología
- Servicio de Dermatología
- Servicio de Pediatría
- Servicio de Medicina Interna. Modelo Clásico.
- S. Medicina Interna/Geriatria. Nuevo modelo
- Servicio Medicina Interna. Sección especialidades:
 - Aparato Digestivo
 - Cardiología
 - Aparato Respiratorio.
 - Endocrinología.
 - Neurología
 - Reumatología
 - Nefrología y Diálisis.
- EAP Agreda
- EAP Almazán
- EAP Arcos de Jalón
- EAP Berlanga de Duero
- EAP Burgo de Osma
- EAP Gómara
- EAP Ólvega
- EAP Pinares-Covaleda
- EAP San Esteban de Gormaz
- EAP San Leonardo de Yagüe
- EAP San Pedro Manrique
- EAP Soria Rural
- EAP Soria Norte
- EAP Soria Sur
- Unidad Funcional de Tardes
- Unidad de Pediatría de Área

CENTRALES

- Servicio de Anatomía Patológica
- Servicio de Análisis Clínicos
- Servicio de Diagnóstico por Imagen
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Farmacia AP
- Servicio de Medicina Preventiva y SP
- Unidad de celadores de AE
- Servicio de Gestión de Usuarios y Admisión y Documentación Clínica
- Servicio de Recursos Humanos
- U. Gestión Económica y Contabilidad
- Servicio de Mantenimiento
- Servicio de Hostelería
- Servicio de Suministros
- Servicio de Control de Gestión
- Servicio de Informática
- IDIGIS
- Unidad de Formación Continuada

APOYO

- Servicio de Anestesia y Reanimación
- Unidad de Enfermería del Bloque Quirúrgico, esterilización y hospital de día quirúrgico
- Servicio de Neurofisiología
- Unidad de Trabajo Social
- Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia
- Unidad de Prevención de Riesgos Laborales
- Unidad de Salud Bucodental
- Unidad de Apoyo al Equipo Directivo

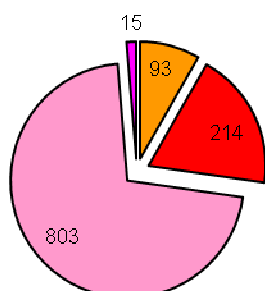
MIXTAS

- Servicio de Hematología

RECURSOS HUMANOS

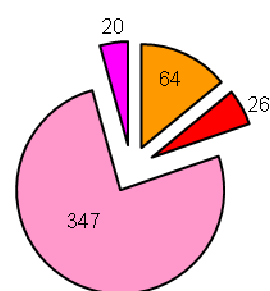
TRABAJADORES 2015	AE	AP	TOTAL
Gestión y Administración	93	64	157
Servicios generales	214	26	240
Personal Sanitario	803	347	1150
◦ Facultativos	187	180	367
◦ Enfermeras	312	128	440
◦ TCAE	238	17	255
◦ Otros	66	22	88
Personal en formación	15	20	35
TOTAL	1125	452	1582

RECURSOS HUMANOS A.E. 2015



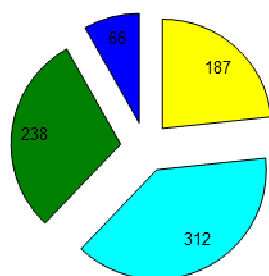
■ Gestión y Administración
 ■ Servicios generales
 ■ Personal Sanitario
 ■ Personal en formación

RECURSOS HUMANOS A.P. 2015



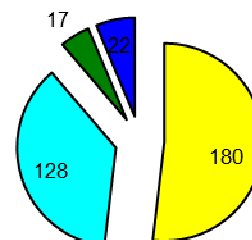
■ Gestión y Administración
 ■ Servicios generales
 ■ Personal Sanitario
 ■ Personal en formación

PERSONAL SANITARIO A.E. 2015



■ Facultativos
 ■ Enfermeras
 ■ TCAE
 ■ Otros

PERSONAL SANITARIO A.P. 2015



■ Facultativos
 ■ Enfermeras
 ■ TCAE
 ■ Otros

EVOLUCIÓN ÚLTIMO TRIENIO			
TRABAJADORES	2013	2014	2015
Atención Primaria	436	432	437
Personal en formación AP	24	23	20
Atención	1116	1103	1110
Personal en formación AE	16	16	15
TOTAL	1.592	1.574	1.582

En el año 2015 se ha producido un ligero incremento de efectivos en plantilla estable con relación al año anterior.

RECURSOS MATERIALES

Instalaciones y Equipamientos

Recursos Atención Primaria

ATENCION PRIMARIA	TOTAL	OBSERVACIONES
Centros de Salud	14	
Puntos de Atención Continuada	14	(La Milagrosa, Centros de Salud Rurales, Medinaceli y Langa)
Consultorios Locales	344	
Unidad de Salud Bucodental	1	(2 Salas en Soria, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe y Olvega)
Unidad de Atención a la Mujer	15	Todos los Centros de Salud
Salas de Fisioterapia	8	La Milagrosa, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe, Olvega, Arcos de Jalón, San Esteban de Gorma y Covaleda
Unidad de Mamografía Fija	1	La Milagrosa
Unidad de Radiología	2	La Milagrosa y Burgo de Osma

GERENCIA INTEGRADA DE SORIA. Instalaciones y equipamiento	TOTAL
Camas instaladas	325
Quirófanos instalados	8
UTPR (Unidad de Trabajo de Partos y Recuperación)	4
Locales en consultas externas Hospital	64
Puestos de Hospital de día Oncohematológico	20
Puestos de Hospital de día quirúrgicos	16
Arco radioquirúrgico	3
Equipo portátil de Rx	4
Densitómetro	1
Ecógrafos en Atención Especializada	14
Ecógrafos en Atención Primaria	7
Mamógrafo en Atención Especializada	1
Mamógrafo en Atención Primaria	1
Retinógrafos en Atención Primaria	4
Resonancia magnética	1
TAC helicoidal	1
Telemando Rx	3
Salas Rx en Atención Especializada	4
Salas Rx en Atención Primaria	2
Ortopantomógrafo	1

Inversiones

El año 2015 ha sido un ejercicio en el que se ha producido un notable incremento en el apartado de inversiones respecto al año 2014; en concreto, el gasto ha crecido unos 220.000 euros, lo que supone casi un 58 % respecto al ejercicio pasado y un 163% sobre el periodo 2012-2014.

En la ejecución de las distintas partidas que componen el Capítulo 6 del presupuesto, hay que distinguir dos grandes bloques: por una parte, el Plan de Necesidades ordinario y, por otra, el Plan de Montaje y equipamiento complementario a las obras de reforma y adaptación de 3 unidades de hospitalización en el Hospital Santa Bárbara.

Plan de Necesidades ordinario 2015

A lo largo del ejercicio 2015, se ha adquirido distintos equipamientos tanto en Atención Primaria como en Especializada. Los equipamientos incorporados en este año, a través de lo que se conoce como Plan de Necesidades; han sido los necesarios para dar una adecuada respuesta a las necesidades asistenciales de los pacientes del Área de Salud de Soria y los más destacados son los que se detallan a continuación:

- Un ecógrafo de gama alta para el servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Santa Bárbara, con un coste de 60.000 €. Este equipo además de resultar necesario para mejorar la capacidad de diagnóstico de nuestros profesionales, permite incorporar la nueva técnica de elastosonografía, imprescindible para el diagnóstico de los pacientes de Hepatitis C. La elastosonografía es una técnica de exploración novedosa, incruenta, sencilla y rápida, que permite mejorar el diagnóstico y seguimiento evolutivo de la fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia. Con la incorporación de esta técnica hemos evitado el desplazamiento de pacientes fuera de nuestra provincia para realizar una prueba sustitutiva como es el fibroscan.
- Se ha realizado la compra de un nuevo arco quirúrgico para la Unidad de Quirófanos del HSB. La sustitución de este equipo era básico para el normal funcionamiento de los quirófanos, sobre todo para el uso por el Servicio de Traumatología. El precio de este equipo ha sido de 55.000 euros.
- La adquisición de una cabina de fototerapia para el Servicio de Dermatología del HSB ha supuesto un gasto de 40.000 euros. Al igual que el ecógrafo supone la introducción de una nueva técnica del hospital consistente en un nuevo sistema de tratamiento para enfermedades como psoriasis, vitíligo, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, esclerodermia, fotodermatosis polimorfa, prurito, micosis fungoide, etc.
- Se ha llevado a cabo la sustitución de un ecógrafo para el servicio de Urología del HSB con un coste superior a los 33.000 euros. Al margen de la sustitución por la obsolescencia tecnológica que presentaba el equipo, es básico para seguir avanzando en las consultas de alta resolución que viene prestando este servicio, con tan buenos resultados asistenciales.
- Del mismo modo, aunque en este caso como nueva dotación, se ha incorporado un nuevo equipo de ecocardiografía a la Unidad de Cardiología del HSB, por un precio cercano a los 29.000 euros. La existencia de un solo equipo estaba generando “cuellos de botella” en la atención de los pacientes de esta especialidad y con esta nueva unidad, además de mejorar la alta resolución, se persigue una reducción de demoras en una especialidad con una demanda muy elevada.

- Dentro de los grandes equipamientos de 2015, también se llevó a cabo la incorporación de la técnica de la ecografía al servicio de Rehabilitación del HSB, para mejora y tratamiento de la toxina botulínica, con la compra de un ecógrafo por un coste aproximado de 15.000 euros. Según muchos expertos, la infiltración de toxina botulínica guiada por ecografía optimiza los beneficios en el manejo de la espasticidad.
- A lo largo de 2015, también se adquirieron dos videolaparoscopios de 0° y 30°, básicos para el funcionamiento de los quirófanos de HSB y consolidar la técnica de laparoscopia iniciada hace ya varios años en el centro. La laparoscopia es una técnica exploratoria o diagnóstica que también se emplea para realizar intervenciones quirúrgicas a través de pequeñas incisiones, lo que permite que el paciente se recupere antes y mejor. El precio de ambos equipos ha sido algo superior a los 19.000 euros.

Además, hay que hacer constar que dentro del propio Plan de Necesidades de la Gerencia Integrada se han llevado a cabo otra serie de reposición de equipos, absolutamente imprescindibles para la prestación del servicio, entre los que destacan:

- Un congelador profesional de -20°C para el servicio de Microbiología, con un presupuesto de 7.000 euros.
- 5 camillas eléctricas para la ampliación de la Cirugía Mayor Ambulatoria, por algo más de 13.000 euros.
- Un motor eléctrico para el quirófano de Traumatología (casi 9.000 €).
- Un equipo de optotipos para el Servicio de Oftalmología (2.500€).
- Por último, destacar la compra de desfibriladores hasta completar la dotación mínima de un equipo por planta o servicio en cada uno de los dos hospitales, electrocardiógrafos o equipos de medición de la tensión arterial.

Plan de Montaje 2015. Obras de 3 unidades de hospitalización en HSB.

A los gastos propios de las obras mencionadas con anterioridad, también habría que considerar los Planes de Montaje de mobiliario y equipamiento correspondientes a las tres unidades de hospitalización ya que el estado general del mobiliario existente exige una sustitución completa del mismo. En cualquier caso, en las unidades hay un número determinado de camas articuladas que no exigiría la compra del 100% de las instaladas. Asimismo, se ha previsto la incorporación de equipamiento médico-asistencial que mejore el funcionamiento ordinario de las distintas unidades.

La valoración global del Plan de Montaje ascendió a algo más de 290.000 euros y se tradujo en la adquisición de camas eléctricas articuladas, mesillas de noche clínica, nuevas butacas para paciente-acompañante, armarios-taquillas, sillas de ruedas, andadores, camillas eléctricas de reconocimiento, mobiliario general (mesas, sillas, armarios, ..) y mobiliario a medida para las zonas clínicas (farmacia, sucio, limpio, almacenes...), frigoríficos, etc. En materia de equipamiento, se compraron carros de instrumental, desfibriladores, electrocardiógrafos, pulsioxímetros, otoscopios, lavadoras desinfectadoras, básculas tallímetros, instrumental específico de Traumatología, carros de paradas, varios equipos de constantes vitales. Por último, mencionar que en el control de las nuevas plantas de hospitalización se instaló un nuevo circuito cerrado de TV con el fin de disponer de un mayor control de los accesos y facilitar el trabajo de los profesionales.

Reforma y ampliación del Centros de Salud de San Pedro Manrique

El Contrato de Servicios para la redacción de proyecto de ejecución de obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de San Pedro Manrique, que incluye los correspondientes estudios de seguridad y salud, proyecto de licencia ambiental y las condiciones legales y técnicas de edificación aplicables se realiza por un importe de 11.846,13 €.

RECURSOS ECONOMICOS

El año 2015 ha supuesto, a nivel nacional, un ejercicio en el que algunas de las principales magnitudes macroeconómicas han comenzado a mostrar algunos signos favorables como la tasa de crecimiento del PIB del 3,5% o una reducción del número de desempleados de 658.000 personas. Ahora bien, seguimos generando un déficit público anual de más del 4%, la deuda pública se aproxima inexorablemente al 100% y el PIB o nivel de riqueza del país ha alcanzado en este ejercicio los datos del año 2007, aún lejos de la producción de 2008, donde se alcanza el punto más alto de la serie histórica. Por tanto, hay que valorar la situación general con extrema prudencia ya que hay que seguir haciendo frente a una (todavía) elevadísima tasa de desempleo, un alto nivel de déficit y endeudamiento y una reducida recaudación de impuestos con la que hacer frente a las políticas sociales de nuestro sistema del bienestar.

Este escenario, algo más positivo, ha permitido hacer frente a algunas obligaciones asumidas de ejercicios anteriores como el pago del 55% de los 44 días pendientes de la paga extra del año 2012, en el mes de enero, o asumir el pago de la otra parte de la paga extra suprimida en el año 2012. Ambas partidas han supuesto un desembolso adicional de unos 2 millones de euros para los 1600 trabajadores de la Gerencia Integrada. Además, y después de varios años de reducciones, el pequeño margen presupuestario disponible nos ha permitido aumentar el gasto en sustituciones en Especializada o destinar una mayor partida a la cobertura de ausencias en el ámbito de la Primaria.

También hay que destacar el aumento de presupuesto experimentado en el Capítulo 4 de Farmacia, algo superior al 1,5% sobre el gasto experimentado en 2014. Este presupuesto se ha cumplido en su integridad, generando un inapreciable déficit de 622 euros.

Otro aspecto muy reseñable en el año que ahora se analiza es la aprobación de los nuevos medicamentos para el virus de la Hepatitis C para 55 pacientes en nuestra Área de Salud, lo ha supuesto un gasto de 1.278.000 €. Destaca lógicamente el alto coste per cápita de estos nuevos medicamentos, superior a los 23.000 euros por persona. Este nuevo gasto ha sido asumido con el presupuesto de Capítulo 2 de la Farmacia Hospitalaria, cuyo comportamiento en las restantes áreas de actividad ha sido muy positivo, consiguiendo mantener los mismos niveles de gasto que en el precedente 2014.

Asimismo, hay que hacer mención al notable impacto que ha supuesto en las cuentas de nuestra Gerencia el aumento del IVA en infinidad de productos sanitarios cuya tributación ha pasado del 10% en 2014 al 21% en el año 2015. De acuerdo con los datos obrantes en nuestros servicios de Contabilidad, este aumento impositivo ha supuesto un gasto adicional de unos 430.000 euros en este ejercicio.

En cuanto al Capítulo 6 de inversiones, se puede considerar un año positivo en este apartado, alcanzando una cifra algo superior a los 567.000 euros. Con respecto al año anterior, el gasto ha crecido casi un 58% y si lo valoramos en comparación con el trienio 2012-2014 el incremento es del 163%. Es cierto que este ejercicio se ve condicionado por el gasto destinado al Plan de Montaje de 3 unidades de hospitalización

del Hospital Santa Bárbara que ha ascendido a unos 290.000 euros. En cualquier caso, lo que se viene considerando Plan de Necesidades ordinario o plan de reposición o nueva adquisición de equipos imprescindibles para el normal funcionamiento del hospital también ha superado los 297.000 euros, una cuantía muy relevante en los tiempos actuales de problemas económicos en las distintas rúbricas presupuestarias.

Destacar, por otra parte, que el año 2015, como alguno de los años previos, ha vuelto a suponer una mejora en el rendimiento y el trabajo de nuestros profesionales para garantizar la actividad y la calidad de nuestros servicios, en un escenario donde, a pesar del esfuerzo de la Junta de Castilla y León por primar presupuestariamente a la Sanidad, los recursos económicos no fueron superiores con respecto al año anterior. Este esfuerzo ha contribuido de manera clara a la sostenibilidad de nuestros servicios para la sociedad a la que atendemos.

Como se decía anteriormente, estos datos no nos debe hacer caer en un excesivo optimismo respecto al marco general de financiación de la sanidad. Parece que las perspectivas mejoran algo, pero el escenario general no es todavía el óptimo y en nuestro entorno siguen habiendo amenazas que condicionan nuestra actuación en futuro. Temas de importancia como el aumento del IVA en productos sanitarios o la aparición de nuevos medicamentos con gran impacto económico hacen que tengamos que seguir haciendo esfuerzos para aumentar la eficiencia de nuestra organización, intentando eliminar las bolsas improductivas y generando financiación para las necesidades de nuestros pacientes en el futuro.

En líneas generales, en el aspecto de la financiación este ejercicio podría resumirse en:

- No crecimiento del gasto sobre ejercicios anteriores, aún asumiendo partidas de tremenda relevancia como la dispensación gratuita de nuevos medicamentos como la hepatitis C o el impacto de la subida del IVA, muy significativa en el sector sanitario.
- Mantenimiento de la actividad y la productividad, asumiendo con medios propios la actividad quirúrgica y diagnóstica que en años anteriores se enviaba a otros centros, generalmente fuera de la provincia.
- Mantenimiento de todos los servicios y prestaciones, sin incremento de demoras y en las mismas condiciones de calidad ya existentes.
- Consolidación de nuevas unidades y servicios que, sin grandes inversiones, tiene notable repercusión en la salud de los ciudadanos, como es la UCA o la Unidad de Corta Estancia.

Presupuesto ejecutado

GERENCIA INTEGRADA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA

CONCEPTO	PRESUPUESTO EJECUTADO (GASTO REAL)							
	2012		2013		2014		2015	
Capítulo 1. Gastos de Personal	Nº 1.648	75.804.748,97	Nº 1.592	76.028.419,86	Nº 1.574	76.766.067,52	Nº 1.582	77.462.911,08
Capítulo 2. Gastos en bienes corrientes y servicios	27.384.084,73		26.248.408,20		26.639.909,10		27.104.607,11	
Capítulo 6. Inversiones reales	221.146,87		81.501,20		380.169,07		599.091,58	
Total Capítulos 1, 2 y 6	103.409.980,57		102.358.329,26		103.786.145,69		105.166.609,77	
Farmacia sin receta	884.871,24		1.118.437,62		1.099.660,89		1.099.939,22	
Gasto en recetas farmacia	21.135.749,06		19.905.316,91		19.952.314,80		20.278.024,48	
Total Capítulo 4	22.020.620,30		21.023.754,53		21.051.975,69		21.377.963,70	
Total	125.430.600,87		123.382.083,79		124.838.121,38		126.544.573,47	

Ingresos. Facturación asistencia sanitaria

En este apartado se recoge la capacidad de recaudación de ingresos obtenidos por la Gerencia Integrada de Soria, fundamentalmente por la prestación de servicios de asistencia sanitaria a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago (funcionarios de MUFACE, accidentes laborales accidentes de tráfico...). Se trata de una partida de bastante relevancia (supone aproximadamente un 1.5% del presupuesto de la Gerencia Integrada) que desde el año 2008 había mostrado un aumento sostenido en el tiempo hasta el año 2012, fruto, entre otras cuestiones, de la nueva regulación establecida a finales del año 2010. En año 2013 se comienza a invertir la tendencia y es en 2014 donde el descenso es mucho más acentuado. Y esto a pesar de que el año 2013 los datos globales estaban mediatizados por la facturación superior a 130.000 euros de un paciente de MAPFRE. En el año 2015, ha repuntado sobre el año anterior con un incremento de más del 7 % en facturación y algo más del 3% en reanudación efectiva. Entodo caso, la evolución de esta partida presenta un comportamiento tendencial pero con una influencia coyuntural, en función de determinadas circunstancias, como la introducción de la hepatitis C, en este ejercicio que pueden influir en le resultado anual.

En cualquier caso, lo que sí se viene advirtiéndose ya desde 2013 es que se viene produciendo un lento pero progresivo trasvase de pacientes de compañías sanitarias privadas a nuestro sistema público. La discusión sobre la restricción de las coberturas que ofrecen estas compañías privadas, fundamentalmente en materia de tratamientos oncológicos, hace que lenta pero inexorablemente se estén incorporando a nuestro sistema estos pacientes y, si bien, el servicio ya se estaba ofreciendo con anterioridad (somos el único centro sanitario público o privado de la provincia), lo que se está resintiéndose es la facturación generada por la prestación de estos servicios. La evolución de los datos es la siguiente:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Facturado asistencia sanitaria GIS	1.545.461	1.941.871	1.896.867	2.001.518	1.935.942	1.706.604	1.828.296
Cobrado asistencia sanitaria GIS	1.456.669	1.773.530	1.830.586	1.765.303	1.767.907	1.685.970	1.739.351
% cobrado / facturado GIS	94,25	91,33	96,51	88,20	91,32	98,79	95,14

Hay que destacar finalmente que la prestación de servicios a pacientes sin derecho a asistencia sanitaria no constituye un fin en sí mismo. De todos modos, se dispone de una estructura que nos permite atender a estos pacientes sin apenas alteraciones en el funcionamiento de las unidades

Inmuebles

Para la prestación de servicios sanitarios que tiene encomendada la GIS en todo el área de Salud de Soria, tiene adscritos dos hospitales (Santa Bárbara y Virgen del Mirón), 13 Centros de Salud distribuidos a lo largo de la provincia y otro más (Soria Rural) integrado en la estructura física del Hospital Virgen del Mirón. Además, se dispone de 344 consultorios locales, los cuales al ser de titularidad municipal no aparecen reflejados en el cuadro que se expone a continuación:

CENTRO	DIRECCIÓN	VALOR CATASTRAL (€)
Hospital Santa Bárbara	Pº Santa Bárbara, s/n	30.728.629,00
Hospital V. del Mirón	Carretera Logroño, 8	12.694.583,00
La Milagrosa	C/ Nicolás Rabal, 19. Soria	3.562.707,33
C. Salud Soria Norte	Paseo del Espolón, 16. Soria	2.565.289,57
C. Salud Almazán	C/ Ferial s/n	404.041,92
C. Salud Burgo de Osma	C/ Acosta, 38	907.446,80
C. Salud Arcos de Jalón	Carretera de Maranchón, s/n	320.957,31
C. Salud Agreda	C/ Venerable, 85	103.656,46
C. Salud Olvega	Plaza de la Constitución, 1	509.870,35
C. Salud Gómara	Ctra. Almazán s/n	67.317,74
C. Salud Covaleta	C/ Virgen del Campo, 19	784.925,03
C. Salud San Leonardo de Yagüe	C/ San Pedro s/n	299.834,19
C. Salud San Esteban de Gormaz	C/ Conde de San Esteban, 9	198.780,37
C. Salud Berlanga Duero	C/ Manuel Vázquez s/n	150.000 (E)
C. Salud San Pedro Manrique	Ctra. Mediana s/n	52.992,55
TOTAL		53.351.031,62

E: Estimado.

Equipamiento médico disponible

Como es obvio, las organizaciones sanitarias disponen de un enorme equipamiento en todas las áreas asistenciales, básicos en todos los casos para el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías. Uno de los grandes avances de la sanidad en los últimos 30 años ha sido precisamente la incorporación de equipamiento médico-asistencial y el desarrollo tecnológico experimentado por todos nuestros centros. Evidentemente, resultaría muy prolijo detallar los miles de equipos que forman el inventario de la GIS, pero simplemente se trata de hacer una reseña sobre la valoración total de este equipamiento que ascendería a unos 18 millones de euros.



ESCENARIO DE PLANIFICACIÓN

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Los objetivos de la GIS se definen a medio y largo plazo a través de la **Planificación Estratégica**. Se están desarrollando 6 **estrategias transversales** fundamentales:

- **Integración Asistencial.** Para atender las necesidades de los ciudadanos utilizando todos los recursos de que se dispone de manera coordinada, evitando incomodidades y duplicidades innecesarias, buscando la eficiencia.
- **Gestión por Procesos.** El desarrollo del Mapa de procesos, nos permite realizar las actuaciones de una manera programada, segura y adecuada al objetivo previsto.
- **Descentralización de la gestión.** A través de los Pactos de Objetivos de las unidades y buscando un mayor papel en la toma de decisiones de los profesionales.
- **Mejora continua de calidad y búsqueda de la Excelencia, Modelo EFQM.**
- **Sostenibilidad financiera, ambiental y social.** Para ser autosuficientes y responder de manera eficaz a las necesidades y expectativas de nuestra población; se plasma en la Memoria de Sostenibilidad.
- **Gestión y transmisión del conocimiento**

Objetivos.

Principal o general. Creación de un **nuevo modelo asistencial**, integrado y basado en la gestión clínica descentralizada de la asistencia sanitaria en el Área de Salud de Soria.

Específicos o instrumentales:

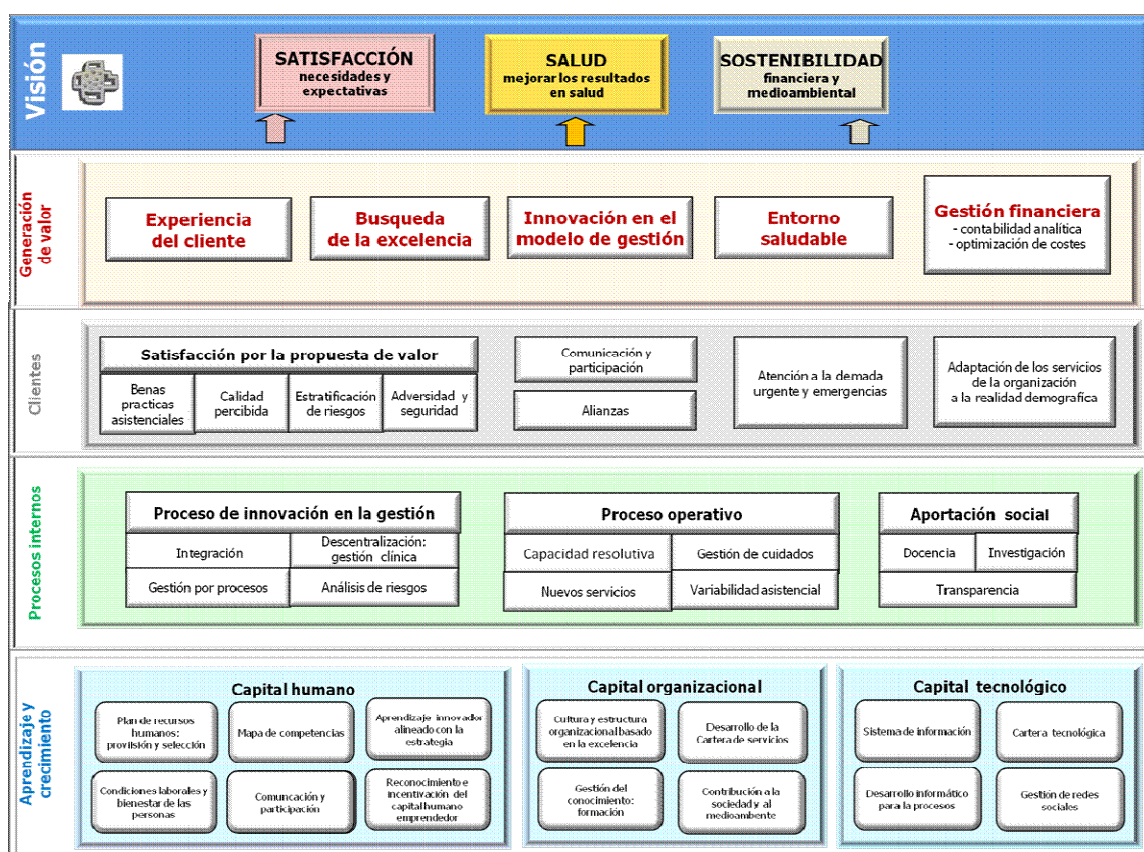
1. Conseguir que el paciente perciba la estructura asistencial sanitaria de Soria como un todo dedicado a la cobertura de sus necesidades de salud.
2. Dotar de eficiencia y confortabilidad al sistema de tal forma que todas las diversas actuaciones se realicen una sola vez y siempre con el dispositivo más adecuado, accesible y con el mayor nivel de calidad posible.
3. Hacer más resolutive la AP mejorando su dotación tecnológica, la formación continuada y con el respaldo de la AE, en todas aquellas situaciones clínicas que hagan más eficiente su resolución a este nivel.
4. Mejorar los rendimientos de atención especializada, acortando sus intervenciones a aquellas situaciones clínicas no abordables en otro nivel.
5. Facilitar el desarrollo profesional de todos los trabajadores de la organización, con definición clara de sus competencias y de las áreas de mejora de las mismas.

La Planificación Estratégica se inició en Soria con los primeros Planes elaborados en 1998, tanto en Atención Primaria como en Especializada. Estos planes han ido finalizando, se han evaluado, y se han continuado con otros nuevos hasta la fecha, dotando al área de una planificación a medio y largo plazo necesaria para alcanzar los objetivos de salud en la población que atendemos.

La planificación anual se realiza a través de los Planes Anuales de Gestión y de los Pactos de Objetivos de las unidades, donde se recogen los objetivos anuales de los Planes Estratégicos junto con objetivos de la Gerencia Regional y los objetivos asistenciales y de actividad, así como la correspondiente financiación.

Las actuales estrategias de la GIS se coordinan con el plan estratégico en vigor y las líneas estratégicas de la GRS 2015-2019, de manera coherente.

El **Mapa Estratégico** inicial surgido de estas reflexiones es:



ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS

- En un plazo de diez años, toda la asistencia sanitaria de Soria debe prestarse con este nuevo modelo asistencial. Para 2020 el total de derivaciones o interconsultas en el área debe ser inferior al 20% de la actividad.
- Conseguir la autosuficiencia para atender sanitariamente todo lo que sea posible tanto en el área como en cualquiera de sus unidades, siempre que no se afecte la calidad o la eficiencia global del sistema. Resolución de problemas y atención de necesidades siempre en el entorno más próximo y accesible en que no se comprometa la calidad asistencial.
- Atención integral a la cronicidad, favoreciendo el autocuidado del paciente y su expertización en el manejo de sus problemas de salud. Incorporación de nuevas tecnologías de apoyo al autocontrol.
- Desarrollar la metodología de cuidados de salud tanto en el paciente como en el cuidador utilizando los recursos de enfermería, su función como agente de salud y como enlace de continuidad asistencial en todo el sistema. Fomentar las actividades domiciliarias y comunitarias en toda la organización.
- Controlar factores de riesgo, fomentar hábitos saludables y todas las actividades preventivas tendentes a conservar el nivel de salud de los ciudadanos. Impulsar el diagnóstico precoz y la intervención inmediata sobre patologías potencialmente graves.
- Disminuir las descompensaciones de enfermos crónicos y el número de ingresos hospitalarios por esa causa.
- Diagnóstico y tratamiento eficaz y rápido de los problemas agudos.
- Aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta el 75% del total en el área.
- Creación de áreas de convalecencia integradas con unidades de recuperación, rehabilitación y seguimiento ambulatorio para cirugía con ingreso.
- Poner todos los recursos disponibles al alcance del profesional que resuelve la atención. Eliminar exploraciones y pruebas repetidas o innecesarias para resolver la necesidad asistencial. Disponibilidad para todas las unidades asistenciales de las unidades de apoyo y profesionales especializados que colaboren en la resolución de problemas.
- Utilización de todas las tecnologías accesibles y disponibles que aporten valor para el conjunto de la actividad asistencial. Énfasis especial en la incorporación de tecnologías para aumentar la capacidad resolutoria de unidades de modelo integrado.
- Utilización responsable de los recursos disponibles gestionados por los profesionales considerando siempre la limitación de los mismos, su distribución temporal y el conseguir que aporten el mayor valor posible a la salud de la población.
- Fomentar el conocimiento, la investigación y la innovación en el proceso asistencial y en los modelos organizativos y de gestión.

PLAN ESTRATÉGICO 2015-2020

Tras la puesta en marcha del Plan Estratégico 2015-2020 de la GIS, se realizó una evaluación previa en Septiembre de 2015, valorando las actividades realizadas durante este tiempo, en las siguientes Líneas y áreas de actuación:

Actividades relacionadas con guías asistenciales:

- Elaboración de Planes de seguimiento y guías asistenciales en pacientes con pluripatología compleja.
- Elaboración de Planes de cuidados estandarizados en pacientes ingresados y en patologías crónicas.
- Elaboración de la herramienta “Planes” para gestionar cuidados de enfermería.

Objetivos en Gestión por Procesos:

- Actualización de algunos procesos existentes (Paciente crónico y pluripatológico, Insuficiencia cardiaca, Fibrilación auricular, Detección precoz del cáncer de colo-rectal, Lumbalgia y lumbociática)
- Elaboración / inclusión de nuevos procesos (Anticoncepción hormonal, Seguimiento del embarazo normal)
- Se inicia elaboración de Proceso sobre Trastornos adaptativos, Deshabitación tabáquica y Educación sanitaria y prevención de la exclusión social en la infancia.

Relaciones y alianzas:

- Establecimiento de alianza con la Universidad de Valladolid (Campus de Soria) para estudios de investigación) y Asociación de Autismo.
- Mejora de la coordinación y colaboración con las residencias de ancianos
- Se ha participado en reuniones asociaciones de vecinos
- Participación con la GRS en la implantación del programa “Paciente experto-paciente activo”

Sostenibilidad financiera:

- Se realiza la implantación de la contabilidad analítica en toda la Gerencia
- Mejoras en el sistema de facturación externa
- Revisión y evaluación del Plan de eficiencia anual y nuevo Plan para este año
- Certificaciones de dos centros de salud, sobre ahorro en materia energética,

Gestión de personal y formación:

- Análisis de las cargas de trabajo en algunas Unidades y categorías
- Necesidades formativas y Plan de formación 2016
- Acreditación de las actividades formativas a realizar en 2015
- Nueva Unidad Docente para formación de residentes
- Remisión de información de todas las ofertas de subvenciones para investigación
- Evaluación de la transferencia del conocimiento en algunas actividades formativas
- Se ha elaborado un nuevo Manual de Acogida de la Gerencia Integrada.
- Se ha realizado la evaluación de riesgos en las Unidades y el Plan de autoprotección en Hospital Santa Bárbara
- Se ha ofertado revisiones de salud a todos los profesionales
- Se está realizando la formación e implantación de receta electrónica
- Convocatoria anual de los premios de reconocimiento e investigación de la GIS
- Organización de actividades extralaborales
- Convocatoria de movilidad interna

Gestión de las Unidades y la GIS

- Seguimiento Plan de Mejora EFQM 2014-2016
- Establecimiento de bases y actividades para la elaboración de la Memoria EFQM 2016
- Creación de la IDIGIS (Unidad de Innovación, Desarrollo e Investigación).
- Pactos de objetivos con todas las Unidades y continuidad en la descentralización de gestión.
- Catálogo de consultas de alta resolución.
- Aumento de citaciones en programas de detección precoz de cáncer (colon, mama, cérvix).
- Dotación de desfibriladores en plantas y centros de salud
- Participación en los proyectos de Unidad de Gestión Clínica de la GRS.

Buenas prácticas asistenciales:

- Evaluación del cumplimiento de recomendaciones sobre higiene de manos
- Participación en el Proyecto “Resistencia Zero”
- Revisión protocolo de prevención de caídas,
- Formación a los profesionales sobre el sistema de notificación de incidencias sin daño SISNOT.

Comunicación:

- Se están desarrollando la página web de la Gerencia, con la puesta en marcha del Portal del empleado con acceso a las nóminas, accesibilidad a la documentación del Área: Plan Estratégico, Guías de usuario, Mapa de procesos, accesos a laboratorio, radiología, etc., así como convocatorias de empleo, conexiones, documentación y buzón de sugerencias.



ESTRATÉGIAS TRANSVERSALES

Integración Asistencial

La estrategia de integración está prácticamente completada desde el punto de vista funcional, pendiente de las publicaciones normativas que lo consoliden.

Para llevar a cabo esta estrategia, se realizaron dos Planes de Integración, en 2012-2013 y 2013-2014. En el 2º Plan se incluyeron los objetivos y metas no conseguidos el 1º año con aquellos propios del 2º.

De un total de 8 Líneas Estratégicas y 76 objetivos a lo largo de estos años, se consiguieron alcanzar el 86.8% de los objetivos.

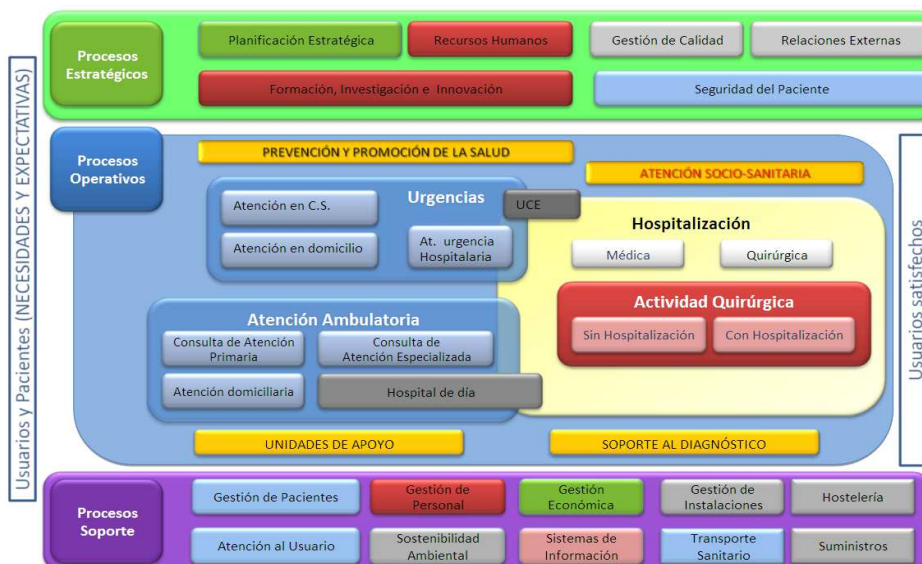
Los 10 objetivos restantes, se han alcanzado 5 en estos últimos meses, quedando incluidos los 5 objetivos no cumplidos en el Plan Estratégico a desarrollar durante los próximos 5 años.

El cumplimiento del Plan de Integración ha sido del 97.2% de las Líneas Estratégicas y el 93.4% de los objetivos planteados.

PLAN INTEGRACION 2012-2014	OBJETIVOS	LINEA
Integración de la información asistencial	9/10	90%
Integración a nivel subprocesos asistenciales compartidos	6/6	100%
Creación de clima laboral entre profesionales	6/6	100%
Unificación funcional de las Unidades de Área	28/32	87.5%
Adecuación de la Organización a las necesidades de salud de la población	10/10	100%
Integración de las Unidades directivas y Comisiones de participación	5/5	100%
Integración de Unidades de desarrollo profesional	3/3	100%
Descentralización de la gestión	4/4	100%
PLAN DE INTEGRACION	71/76	97.2%

Gestión por Procesos

- ❖ Se ha completado el Mapa de Procesos de la GIS y se ha puesto a disposición de todos los profesionales de la misma.



Se mantiene el desarrollo de la gestión por procesos con la incorporación de dos nuevos procesos asistenciales y la modificación y adaptación de otros cinco procesos:

- **Modificación Subproceso “Paciente Crónico Pluripatológico - UCA”**
La primera modificación se realiza en Marzo de 2015, para la adaptación del proceso anterior de la GIS al proceso de SACYL. Se modifica la forma de coordinación para el seguimiento de paciente en UCA y se facilita la interconsulta telefónica y cita de pacientes en Medora. Se realiza una sesión en todos los centros de salud para la implantación de esta actualización. En Diciembre se realiza una nueva modificación para adaptar el proceso a los cambios organizativos en la Unidad de Continuidad Asistencial, se presenta la modificación en el Consejo de Gestión y en las unidades de hospitalización a las que afecta el proceso, en febrero de 2016 se realizará una sesión en todos los EAPs.
- Se implanta en una Jornada de Continuidad Asistencial una nueva versión del Proceso **“Continuidad Asistencial en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca”** realizado por un grupo de trabajo de profesionales de Atención Primaria, Cardiología, Medicina Interna y Urgencias. En él se concreta el seguimiento de los pacientes con IC en Atención Primaria, se incluyen los cuidados enfermeros y el fomento del autocuidado y los criterios de derivación al segundo nivel asistencial
- Por una propuesta del Servicio de Cardiología se realiza una modificación en el proceso de **“Continuidad asistencial en Paciente con Fibrilación Auricular”** referida a actualización del tratamiento

- Se modifica el proceso **“Detección precoz de Cáncer Colorrectal”** por los cambios en el protocolo de Castilla y León, para incluir las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre seguimiento de los pacientes con riesgo elevado de padecer cáncer Colorrectal y así unificar las pautas de seguimiento en toda la Comunidad
- Modificación Proceso Asistencial **“Atención al Paciente con Lumbalgia y Lumbociática”**, se modificó el proceso tras la evaluación de la adecuación al proceso de las interconsultas realizadas por Atención Primaria en pacientes con lumbociática. Las modificaciones las propuso el grupo de trabajo y fueron presentadas en los EAPs por la Propietaria del Proceso
- Se añadió el Proceso Asistencial **“Seguimiento del Embarazo Normal”** elaborado por un grupo de trabajo coordinado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el que han participado ginecólogos, matronas, trabajadoras sociales
- Se incorporó el Proceso Asistencial **“Métodos Anticonceptivos Hormonales: Seguimiento en AP”** elaborado por un grupo de trabajo coordinado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia y Atención Primaria. Tras su implantación se va a realizar una sesión farmacoterapéutica sobre anticonceptivos hormonales en todos los EAPs en 2016

Descentralización de la Gestión y Gestión Clínica.

- ❖ Para acercar la toma de decisiones de gestión a los profesionales, los verdaderos protagonistas de la atención sanitaria, y avanzar hacia la gestión clínica, todas las unidades han desarrollado pactos de objetivos donde se determina la actividad necesaria para cubrir las necesidades previstas y se fijan los objetivos en salud y calidad. Este modelo, novedoso en Castilla y León, ha permitido aumentar la actividad y controlar las demoras y es el principal responsable del nivel de calidad, reconocido a través de acreditaciones externas y numerosos galardones en toda España, de los profesionales sanitarios de Soria.
- ❖ Cinco unidades: Cirugía General y Digestiva, Urología, Radiología, Enfermería de Bloque Quirúrgico y EAP de San Esteban de Gormaz, han iniciado los trámites para su constitución como Unidades de Gestión Clínica. Es de destacar que la mayoría de nuestras unidades cumplirían en este momento los criterios que se exigirán para el acceso.
- ❖ En 2015 se ha seguido desarrollando un nuevo Cuadro de Mandos Integrado (SIGGIS) que permite tanto a la gerencia como a los profesionales la monitorización y el seguimiento de sus objetivos y actividad.

SIGGIS - Sistema de Información para Gestión



Mejora continua de calidad

- ❖ Tras la obtención del Sello EFQM 500+ en 2014, hemos sido reconocidos por el Club Excelencia de Gestión y el Alto Comisionado del Gobierno de la Marca España como Embajadores de la Excelencia en 2015.
- ❖ Para el mantenimiento del Sello 500+ y su reacreditación en 2016, durante 2015 se está desarrollando el Plan de Mejora realizado en base al informe de evaluación.
- ❖ Recertificación del Sistema de Calidad ISO 9001: 2008, en Laboratorio de Bioquímica en Septiembre de 2015
- ❖ Mantenimiento de las acreditaciones ISO obtenidas por las Unidades en Laboratorio, Banco de Sangre y coordinación de Trasplantes.
- ❖ Desarrollo del Sistema de notificación de incidentes (SISNOT), mediante la impartición de formación adecuada a los nuevos gestores del sistema
- ❖ Se mantiene la realización de Planes de Mejora tras cada evaluación y análisis de encuestas, resultados en salud, etc. así como a nivel asistencial en los Pactos de Objetivos de las Unidades y a nivel de Área.
- ❖ A finales de 2014 y principios de 2015 se realizó una encuesta a la población de Soria, con una muestra de pacientes que estuvieron ingresados en ese año y otra muestra de población general, con alto grado de satisfacción por parte de los usuarios
- ❖ Se mantienen las encuestas anuales sobre la calidad docente realizada por la Gerencia Regional de Salud, dirigida a residentes con un resultado en Soria superior a la media de Castillay León
- ❖ La encuesta a los profesionales de la GIS realizada a finales de 2014, se analizó en 2015 encontrando resultados satisfactorios con respecto a encuesta de años anteriores.
- ❖ 35 alumnos de formación médica especializada, 4 de formación enfermera especializada, 181 alumnos de enfermería y fisioterapia, 33 alumnos de 14 universidades y 24 de formación profesional, se han formado en nuestros centros en 2015.
- ❖ Dentro de la producción científica realizada durante 2015, constan: 17 publicaciones, 8 a nivel nacional y 9 internacionales; 40 comunicaciones en congresos y 25 proyectos de investigación y otros 9 estudios en curso.

Sostenibilidad financiera, ambiental y social

En 2013 se añadió una quinta Estrategia Transversal: Sostenibilidad financiera, ambiental y social, tras la realización de la Memoria de Sostenibilidad de la GIS.



Muestra de la inquietud por la sostenibilidad medio-ambiental, la GIS elabora su Memoria de Sostenibilidad a finales de 2013, mediante la metodología propuesta por la Global Reporting Initiative (GRI), como una herramienta que sirva para dar solidez a un sistema de gestión que busca un desarrollo sostenible de la GIS y de su entorno. La memoria está en trámites de registro en GRI con nivel B, con más de 20 de los indicadores establecidos completados.

Esta Memoria de Sostenibilidad, además de establecer una descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades de la organización, aborda en profundidad, los 6 principales enfoques de gestión e indicadores de desempeño en sus dimensiones: económica, ambiental, social, derechos humanos, sociedad y de responsabilidad de los productos. Está disponible en la página web de la gerencia, en la dirección <http://soria.sacyl.es>.

Uno de los aspectos fundamentales de la sostenibilidad ambiental, es la gestión de residuos que se realiza de acuerdo con la normativa de aplicación, derivada de las directivas europeas, con separación por tipos y con normas estrictas en el transporte y almacenamiento y en los concursos de instrumentos corto-punzantes (agujas, bisturís) han tenido prioridad los sistemas con protección que minimizan los riesgos.

Asimismo, destacar que en el año 2014 se tramitó expediente para el abastecimiento de calefacción y agua caliente sanitaria del Hospital Virgen del Mirón, mediante una red de calor que utiliza como combustible la biomasa. También se produjo la adhesión del Centro de Salud de Olvega a la red de calor instalada en esta localidad.

Estos cambios, en concreto el del Hospital Virgen del Mirón con la puesta en marcha a lo largo de 2015, han a suponer una notable reducción de las fuentes tradicionales de combustibles (gasóleo C) por otras menos contaminantes y también más eficientes, desde el punto de vista económico, como la biomasa. El consumo de gasóleo C ha sido eliminado en el año 2015, como consecuencia de las actuaciones previstas en fuentes de energía alternativas, más ecológicas y más sostenibles.

La intervención realizada en la fachada del edificio de Paseo del Espolón ha conseguido una notable mejora en materia de aislamiento térmico y acústico. La disminución de la demanda de calefacción resultante contribuye a una mejora de eficiencia energética del edificio utilizado por el E.A.P. de Soria Norte, la Unidad de Soria Tardes y la Unidad de Salud Bucodental.

En cuanto a la sostenibilidad financiera, el haber mantenido todos los servicios y prestaciones, con el cumplimiento, por cuarto año consecutivo, del presupuesto asignado, pone a la GIS, y por tanto a la sanidad soriana, a salvo, al menos a corto y medio plazo, de turbulencias financieras que puedan comprometer su cartera de servicios o su calidad.

ACTIVIDAD

TARJETA SANITARIA

2012	2013	2014	2015
90.462	90.336	89.045	88.349

Datos a 30 de Junio de cada año. A 31 de Diciembre de 2015, 87.968.

CONSULTAS

ATENCIÓN PRIMARIA	2012	2013	2014	2015
Medicina de Familia	804.907	836.588	843.883	797.087
Pediatría	56.769	50.324	53.732	48.448
Enfermería	432.475	415.445	393.954	323.414
Salud Bucodental	11.785	11.494	11.379	10.514
Fisioterapia	48.175	45.167	52.470	48.956
Matronas	12.195	12.212	12.402	13.146
Trabajadores Sociales	7.733	8.558	8.758	8.018
TOTAL PRIMARIA	1.374.039	1.374.788	1.376.578	1.249.583
CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADA				
Consultas primeras	47.500	47.753	47.434	45.414
Primeras alta resolución	8.712	7.624	8.331	7.550
Consultas sucesivas	94.088	96.106	95.890	94.772
TOTAL ESPECIALIZADA	141.588	143.859	143.324	140.186
Total Consultas	1.515.627	1.523.647	1.519.902	1.389.769

LISTA DE ESPERA CONSULTAS EXTERNAS				
	2012	2013	2014	2015
Nº Pacientes total	3.796	4.622	5.602	5.542
Nº Pacientes demora estructural	2.445	1.930	2.398	4.504
Entradas en lista de espera	49.321	50.097	49.494	51.427
Media de días de espera	38	31	40	45
Derivaciones de Atención Primaria	33.780	32.286	32.840	31.029

ESPERA PARA CONSULTA EN AP (Consultas urbanas)				
	2012	2013	2014	2015
% CONSULTAS QUE NO SE PUEDEN DAR EN EL MISMO DÍA O AL SIGUIENTE	1,323	1,28	0,47	0.18

ACTIVIDAD UNIDADES NUEVO MODELO 2015			
	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Estancias
UCAI	713	768	
UCE	583		701
UCA	205	228	

UCAI: Unidad de Diagnóstico Rápido

UCE: Unidad de Corta Estancia

UCA: Unidad de Continuidad Asistencial

SCREENING CÁNCER DE COLON 2015		
	NÚMERO	PORCENTAJE
Pacientes invitados a participar	13038	
Pacientes que realizan el test	5581	42,8%
Test positivos	344	6,46%
Endoscopias realizadas	297	86,33%
Carcinomas	6	2,02%
Adenomas de alto riesgo	50	16,83%
Adenomas de bajo riesgo	72	24,24%
Otras patologías del colon	86	28,95%

URGENCIAS

	2012	2013	2014	2015
HOSPITALARIAS				
Ingresadas	5881	5.817	5.839	5.682
No ingresadas	21.858	22.295	23.266	24.150
TOTAL	27.739	28.112	29.105	29.832
EXTRAHOSPITALARIAS				
Urbanas (2014 incluye Soria Rural)	30.305	22.625	27.414	29.524
Rurales	47.495	45.081	44.829	42.783
TOTAL	77.800	67.706	72.243	72.307
TOTAL URGENCIAS	105539	95.818	101.348	102.139

		CENTRO	DOMICILIO	TOTAL	Derivaciones al Hospital
URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA	Urbanos	27.692	1.832	29.524	1.076
	Rurales	37.348	5.435	42.783	
	Total	65.040	7.267	72.307	

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	2012	2013	2014	2015
T.A.C.				
Exploraciones	8.524	8.267	8.341	7.953
Pacientes en lista de espera	589	656	687	808
ECOGRAFÍA				
Exploraciones	10.048	10.313	10.776	9.265
Pacientes en lista de espera	1.263	1.061	979	1.753
RESONANCIA MAGNETICA				
Exploraciones	3.156	4.259	4.304	3.772
Pacientes en lista de espera	84	218	92	435
MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS				
Exploraciones	217	324	322	333
Pacientes en lista de espera	52	75	51	52
MEDIA DE DÍAS DE ESPERA PARA PRUEBAS RADIOLÓGICAS	37,05	31,96	20,67	33,40

HOSPITALIZACIÓN

	2012	2013	2014	2015
Nº de altas	8.956	8.880	8.900	8.430
Nº de estancias	79.528	76.441	77.347	74.386
Estancia media (días)	8,88	8,61	8,71	8,83
Peso Medio	1,6381	1,6844	1,7413	1,6621
IEMA	1,0488	1,0318	1,0512	1,0203

MORBILIDAD HOSPITALARIA		
DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES AL ALTA	NÚMERO	%
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	1338	15,87
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1207	14,32
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1212	14,38
NEOPLASIAS	802	9,51
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	743	8,81
TRAUMATISMOS, LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	686	8,14
TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS	487	5,78
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	453	5,37
TRASTORNOS MENTALES	271	3,21
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	253	3,00

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

ACTIVIDAD				
	2012	2013	2014	2015
Intervenciones programadas	5.483	5.702	5.693	5.267
Intervenciones urgentes	982	825	791	767
Intervenciones concertadas	25	0	0	0
Total intervenciones	6.490	6.527	6.484	6.034
% intervenciones ambulatorias (CMA)	59,11	61,75	61,97	60.96
Número de quirófanos	1.268	1.261	1.245	1.229

LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) A 31 DE DICIEMBRE				
	2012	2013	2014	2015
Pacientes en LEQ Soria	593	582	730	617
Pacientes en LEQ Castilla y León	36.842	28.306	28.708	29.233
Pacientes LEQ/1000Hab. Soria	6,27	6,43	9,56	7.99
Pacientes LEQ/1000Hab. Castilla y León	14,62	11,66	11,50	11.82
Demora media en días Soria	44	43	40	39
Demora media en días. Castilla y León	97	84	79	80

LISTA DE ESPERA SEGÚN PRIORIDAD	
Pacientes P 1. Demora >30 días. Soria	0
Demora media en días P1. Soria	9
Demora media en días P1. CyL	13
Pacientes P 2. Demora >90 días. Soria	0
Demora media en días P2. Soria	24
Demora media en días P2. CyL	66
Pacientes P 3. Demora >180 días. Soria	0
Demora media en días P3. Soria	40
Demora media en días P3. CyL	84

P1: Prioridad 1: Pacientes cuya patología aconseja la intervención antes de 30 días.

P2: Prioridad 2: Pacientes cuya patología aconseja la intervención antes de 90 días.

P3: Prioridad 3: Pacientes cuya patología no precisa tiempo máximo de espera.

Los indicadores de prioridad se han empezado a utilizar en 2013.

EVOLUCIÓN TRIMESTRAL LEQ 2015				
	31-mar	30-jun	30-sep	31-dic
Pacientes en LEQ	669	538	653	617
Demora media en días	35	35	30	39

ACTIVIDAD COMUNITARIA

Participación Comunitaria

CONSEJOS DE SALUD ZBS. NÚMERO DE REUNIONES				
ZONA BÁSICA DE SALUD	2012	2013	2014	2015
Agreda	3	3	3	0
Almazán	0	0	0	1
Arcos de Jalón	2	0	1	1
Berlanga de Duero	1	1	3	3
Burgo de Osma	3	3	3	3
Covalada	2	3	0	2
Gómara	3	3	3	3
Olvega	3	1	0	0
San Esteban de Gormaz	3	3	3	3
San Leonardo de Yagüe	3	2	2	2
San Pedro Manrique	3	3	3	3
Soria Norte	3	3	3	3
Soria Sur	3	3	3	3
Soria Rural	2	1	0	1
Total	34	29	27	28

Alianzas con asociaciones y organizaciones

Para optimizar nuestros recursos y coordinar nuestras actuaciones con las asociaciones de pacientes y otros recursos asistenciales y no asistenciales existentes en la provincia, se mantienen las alianzas existentes con las siguientes asociaciones y organizaciones desarrollando durante 2015 nuevas estrategias conjuntas. Las existentes actualmente son:

- Fundación “Burgos por la Investigación de la Salud” para la articulación de ensayos clínicos y proyectos de investigación.
- Universidad de Valladolid, para desarrollar conjuntamente los contenidos docentes de las prácticas en nuestros centros de los grados de enfermería y fisioterapia, mediante la creación del Grupo Técnico de apoyo al seguimiento y mejora de las prácticas clínicas. Alianza para la promoción de la investigación.
- Asociación de familiares de Enfermos de Alzheimer: Programa de detección precoz problemas de memoria, Servicio de prediagnóstico en la asociación. Emisión por parte de la Gerencia de Atención Primaria a los cuidadores registrados en el Servicio de Cuidadores de la tarjeta “Te cuido” que da acceso prioritario y acompañando al paciente a los cuidadores de enfermos en los servicios del hospital y atención primaria de la provincia, además de otros apoyos y formación específica para cuidadores. Colaboración en la educación sanitaria y rehabilitación, Centros de Día de la Asociación, coordinación en fisioterapia y recursos sociales. Proyecto conjunto de investigación. Rotación para formación de profesionales de atención primaria por los centros de la Asociación de Alzheimer. Experiencia piloto para valorar y estimular a los pacientes sin diagnóstico afectados por un deterioro leve o muy leve

llevada a cabo de forma coordinada con los médicos de los Centros de Salud y de las especialidades de Neurología, Geriátría o Psiquiatría.

- Asociación de Parkinson: colaboración en la educación sanitaria y rehabilitación, Centros de Día de la Asociación que ponen a disposición del paciente los servicios de logopedia, fisioterapia, desarrollo cognitivo y terapia ocupacional y aquellos otros que la asociación presta en el ámbito social, coordinación en fisioterapia, recursos sociales, cuidadores y tarjeta, Utilización de los recursos de Atención Primaria a través de sus centros de salud y consultorios locales para transmitir a los cuidadores y enfermos los programas y documentación de educación sanitaria elaborada por la Asociación de Parkinson. Emisión por parte de la Gerencia de Atención Primaria a los cuidadores registrados en el Servicio de Cuidadores de la tarjeta “Te cuido” que da acceso prioritario y acompañando al paciente a los cuidadores de enfermos en los servicios del hospital y atención primaria de la provincia, además de otros apoyos y formación específica para cuidadores en general. Abrir líneas de investigación comunes sobre calidad de vida de los enfermos de Parkinson y sus familiares
- Asociación Española Contra el Cáncer: Colaboración en la lucha contra el cáncer. Apoyo técnico al diagnóstico precoz, tratamiento, reinserción de pacientes, colaboración en procesos de cuidados paliativos. Psicooncóloga y Programa Primer Impacto. Colaboración en el proceso de deshabituación tabáquica.
- Asociación de diabéticos: Formación de pacientes, fomento del asociacionismo de enfermos diabéticos a través de Atención Primaria Protocolo de entrega de material sanitario a pacientes diabéticos. Desarrollo de una alianza que permita una sinergia de actuaciones para fomentar el autocuidado y compartir recursos para mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de los pacientes diabéticos sorianos.
- Colaboraciones con la Asociación de Enfermos Celíacos, Asociación de Enfermos Renales, Asociación de Laringectomizados, Asociación de Autismo y Asociación de Donantes de Sangre.
- Dirección Provincial de Tráfico, para el desarrollo de campañas de educación vial para embarazadas.
- Cruz Roja: Atención a Drogodependencias CAD. Colaboración en trabajo social en Teleasistencia, atención Inmigrantes. Evitar la exclusión y favorecer la accesibilidad y universalidad.
- Colegio de Farmacéuticos de Soria y oficinas de farmacia: Programa de suministro de medicación de urgencia a centros de salud. Programa de Mejora de adherencia terapéutica a pacientes polimedicados, Test rápido VIH. Programa Sigre. Implantación de la receta electrónica.
- Centros Residenciales Públicos y Privados de la Tercera Edad: Programa de Gestión de suministros en las residencias de la tercera edad. Participación de profesionales sanitarios de estos centros en grupo de trabajo de UPP.
- Desarrollo de alianzas con diversas empresas ligadas al desarrollo tecnológico e informático de la GIS.
- Colegios Profesionales, Fundación Científica Caja Rural, Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León, Industria Farmacéutica: Colaboración en Formación,

Coordinación Socio – Sanitaria

En el marco del convenio de colaboración suscrito entre la consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, se han abierto las primeras plazas en unidades de convalecencia sociosanitaria en el centro residencial de personas mayores de Los Royales, con el objetivo de que una persona en situación de dependencia con un proceso crónico de enfermedad o una patología asociada al envejecimiento reciba, una vez que está estable y a su salida del hospital, cuidados sociales y sanitarios de baja intensidad de forma simultánea mientras logra su recuperación o rehabilitación. Esas personas, además, deberán presentar siempre necesidades sociales, bien porque necesitan cuidados que excedan de la capacidad de un cuidador, carezcan de un cuidador o residan en una vivienda con barreras arquitectónicas.

A estas unidades pueden acceder personas con incapacidad funcional severa que dificulte sus actividades básicas de la vida diaria, independientemente de la causa y sin posibilidad de mejora, y que precisen cuidados médicos o de enfermería de mayor intensidad que los prestados en el domicilio. También tendrán derecho aquellas personas con incapacidad temporal funcional secundaria por procesos neurológicos, traumatológicos, reumatológicos, cardiopatías o neumopatías, con posibilidad de mejora con tratamiento rehabilitador. En ambos casos, deberán tener necesidades sociales.

Los Equipos de Coordinación de Base están constituidos en las 14 zonas básicas de salud. En ellos participan profesionales sanitarios y trabajadores sociales de nuestros Centros de Salud, junto con los de los correspondientes Centros de Acción Social (CEAS). Durante 2015 se han llevado a cabo las reuniones necesarias en todas las zonas básicas de salud para tratar los casos que así lo han requerido.

Suministramos medicamentos y controlamos botiquines en la Residencia Los Royales y en el CAMP Ángel de la Guarda de Soria. Igualmente suministramos material de cura, apósitos y otros efectos sanitarios al resto de residencias de la provincia.

ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGACIÓN

Docencia y formación

Postgrado

Disponemos de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Urología, Unidad Docente de Medicina Interna y Unidad Docente de Medicina Intensiva, así como parte de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Castilla y León, acreditadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A finales de 2015 se encontraban en formación postgrado en estas Unidades Docentes los siguientes especialistas:

- Medicina Familiar y Comunitaria: 16 residentes
- Enfermería Familiar y Comunitaria: 4 residentes
- Medicina Interna: 8 residentes
- Medicina Intensiva: 5 residentes
- Urología: 2 residentes

Para esta formación, hemos dispuesto de 34 tutores acreditados: 11 de Medicina Familiar y Comunitaria, 6 de Medicina Interna, 6 de Medicina Intensiva, 5 de Urología, 1 de Medicina del Trabajo y 5 de Enfermería Familiar y Comunitaria.

La formación se ha desarrollado, así como la actividad asistencial inherente a la misma, en los Hospitales Santa Bárbara y Virgen del Mirón, en los centros de salud de Soria Norte, Soria Sur, Almazán, Burgo de Osma y San Esteban de Gormaz, además de las Unidades de Apoyo de Fisioterapia, Matronas, Radiología y Trabajo Social, las entidades colaboradoras de Emergencias Sanitarias de Castilla y León en Soria, Servicio de Sanidad y Bienestar Social, Unidad Médica de Valoración de Incapacidades y centro de Alzheimer.

Así mismo, fuera de nuestra provincia, los residentes de nuestras Unidades Docentes, han realizado rotaciones en:

- Hospital Clínico de Valencia (Unidad de Infecciosas): 1.5 meses.
- Hospital Clínico San Carlos de Madrid (Unidad de Arritmias): 3 meses.
- Hospital Ramón y Cajal de Madrid (Unidad de infecciosas): 9 meses
- Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (Unidad de infecciosas). 4 meses
- Hospital Universitario La Paz de Madrid (Post operados cardiovasculares y Unidad de cuidados intensivos- neurocríticos): 3 meses
- Hospital San Juan de Dios de Zaragoza (ESAP):1 mes.
- Residentes externos:
- De Unidad Docente de Farmacia de Valladolid: ½ mes en Farmacia de Atención Primaria

Pregrado

Nuestra Gerencia participa a través de los acuerdos de la Consejería de Sanidad y la Universidad de Valladolid en la formación práctica de los grados de Enfermería y Fisioterapia de la citada Universidad.

La Gerencia dispone en su plantilla de 1 profesor vinculado y 37 asociados con la Universidad de Valladolid (26 de enfermería y 11 de fisioterapia), así como de todos los profesionales sanitarios de las unidades y servicios donde realizan prácticas los alumnos que colaboran en la formación de los mismos.

Se han realizado prácticas en los Hospitales Santa Bárbara y Virgen del Mirón y en los centros de salud Soria Norte y Soria Sur.

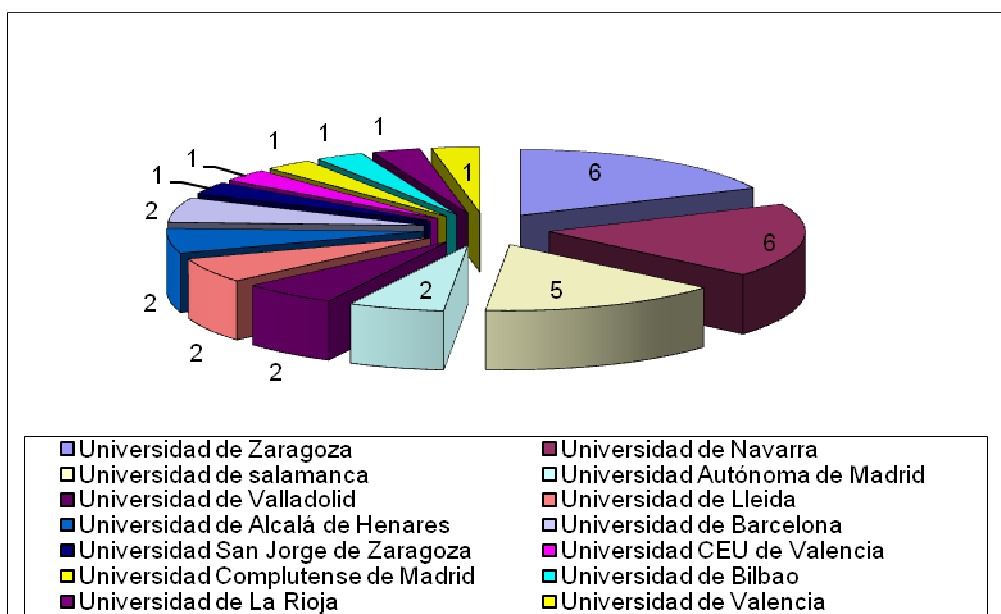
En el curso escolar 2015/2016 se han formado en nuestros centros:

- E.U. Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid: 88 alumnos.
- E.U. Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid: 93 alumnos.

Por otra parte se han formado en periodos de prácticas 33 alumnos universitarios de distintas Universidades y Grados.

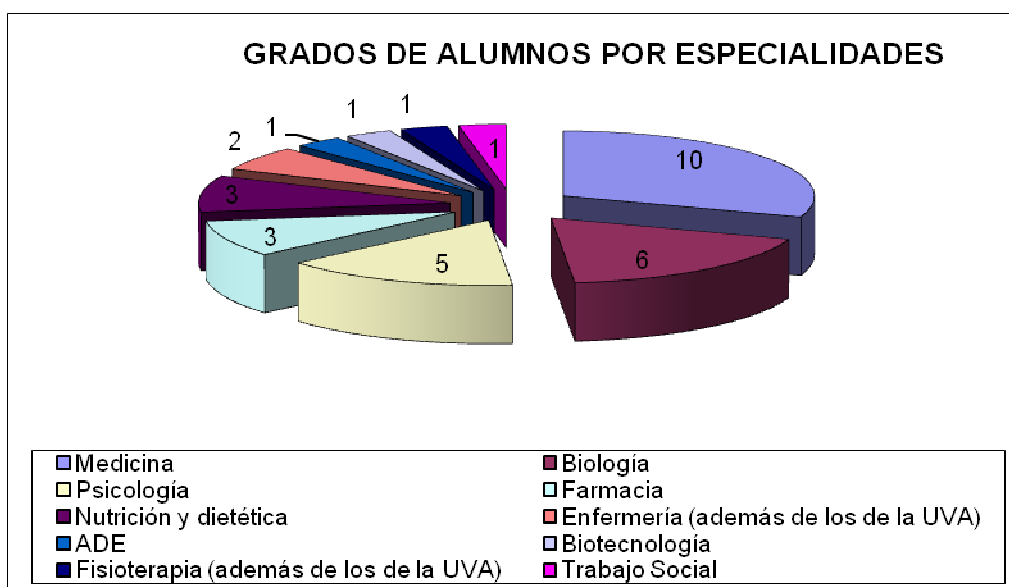
UNIVERSIDADES:

- Universidad de Zaragoza: 6 alumnos.
- Universidad de Navarra: 6 alumnos.
- Universidad de Salamanca: 5 alumnos.
- Universidad Autónoma de Madrid: 2 alumnos.
- Universidad de Valladolid: 2 alumnos.
- Universidad de Lleida: 2 alumnos.
- Universidad de Alcalá de Henares: 2 alumnos.
- Universidad de Barcelona: 2 alumnos.
- Universidad San Jorge de Zaragoza: 1 alumno.
- Universidad CEU de Valencia: 1 alumno.
- Universidad Complutense de Madrid: 1 alumno.
- Universidad de Bilbao: 1 alumno.
- Universidad de la Rioja: 1 alumno.
- Universidad de Valencia: 1 alumno.



GRADOS:

- Medicina: 10 alumnos.
- Biología: 6 alumnos.
- Psicología: 5 alumnos.
- Farmacia: 3 alumnos.
- Nutrición y dietética: 3 alumnos.
- Enfermería (Además de los de la UVA): 2 alumnos.
- ADE: 1 alumno.
- Biotecnología: 1 alumno.
- Fisioterapia (Además de los de la UVA): 1 alumno.
- Trabajo Social: 1 alumno.

**Formación profesional**

La Gerencia Integrada participa en el curso escolar 2015/2016 en la formación práctica de 24 alumnos de los ciclos formativos de los centros de enseñanza secundaria:

- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: 21 alumnos
- Técnico Grado Medio Administración y Finanzas: 1 alumnos.
- Técnico de Mantenimiento: 1 alumno
- Técnico en Dietética: 1 alumno.

Formación continuada

En este ejercicio se han realizado un total de 196 actividades de formación continuada en nuestros centros (183 presenciales, 12 mixtas y 1 a distancia).

La inversión total ha ascendido a 33.735,64 €, habiéndose impartido 247 horas de formación a distancia y 777 presenciales, con la participación de 3028 profesionales.

Comunicaciones y publicaciones

Publicaciones

Se han publicado 17 artículos (10 en el año anterior), detallados en Anexo I

Comunicaciones en Congresos y Jornadas

Se han presentado 40 comunicaciones a Congresos, Jornadas y Simposios de gestión clínica y calidad (30 en el año anterior), relacionadas en Anexo II.



Investigación

Se han desarrollado o continuado 25 Proyectos de Investigación (21 en el año anterior), sean publicado 2 libros y se han desarrollado otros 9 estudios. Detalle en Anexos III, IV y V.

Reconocimientos y premios

Hemos recibido las siguientes distinciones y galardones:

Reconocimientos externos

- **Profesor Barea 2015:** Premios Profesor Barea a la Gestión y evaluación de Costes Sanitarios. 13ª edición. Madrid: Fundación Signo y Lúa Ediciones 3.0, SL, 2015. Depósito legal: M-53031-2003. Premio **Profesor Barea 2015**. Modalidad: Los centros sanitarios como empresas de servicios: Gestión Global. Concedido a Delgado Ruiz E, Sanz Muñoz ML, Chico Mantegas F, Gijón La Fuente G, Castro Lallana H, García Sanz LA, Pérez Pérez JL. Proyecto de creación de una unidad de gestión clínica integrada de enfermería del bloque quirúrgico, esterilización y

hospital de día quirúrgico en el hospital Santa Bárbara de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria.

- **Mejor Administración Sanitaria en 2015.** La Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria ha sido reconocida como **Mejor Administración Sanitaria en 2015** con el premio que el prestigioso grupo editorial Sanitaria 2000 entrega anualmente a centros sanitarios de Castilla y León y a los mejores profesionales. El premio fue entregado el 2 de Diciembre en Valladolid en un acto presidido por el Consejero de Sanidad, **D. Antonio María Sáez Aguado**.
- **Embajadora de la excelencia.** La Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria ha sido seleccionada como **Embajadora de la excelencia**, reconocimiento concedido por el Club Excelencia de Gestión y el Alto Comisionado del Gobierno de la Marca España.
- **SelloEFQM500+.** La Gerencia Integrada de Soria ha mantenido durante 2015, el sello de acreditación de calidad **EFQM500+**.

Reconocimientos internos

Premios 2015 a profesionales y a Servicios de la Gerencia, así como a Servicios externos, entregados en el Acto Institucional de reconocimiento a profesionales y homenaje a jubilados del año 2015, celebrado el 21 de diciembre.

- **PREMIO A LA MEJOR PUBLICACIÓN CIENTÍFICA:** A Carlos Aguilar Franco, Servicio de Hematología y hemoterapia del Complejo Asistencial de Soria: “Batle J, Pérez-Rodríguez I, Corrales MF, López-Fernández A, Rodríguez-Trillo E, Laures A, et al. (Incluye Aguilar C). Molecular and Clinical profile of von Willebrand disease in Spain (PCM-EVW-ES): Proposal for a new diagnosis paradigm. Thrombosis and Haemostasis 2015; 114 (en prensa)
- **PREMIO AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:** Premio compartido entre Dra. ML Serrano Madrid del Servicio de Pediatría de Complejo Asistencial de Soria: “Despistaje de las cardiopatías congénitas críticas mediante pulsioximetría”, y Dr. Luis Lapuerta Irigoyen. Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de Soria: “Estudio multicéntrico, internacional, prospectivo, aleatorizado, abierto para evaluar el efecto de la serelaxina comparado con el tratamiento de referencia en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA)”.
- **PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN CIENTÍFICA:** A Don Jorge Bollici Martínez. Servicio de Anestesia y Reanimación del Complejo Asistencial de Soria: “García M, Valiente JL, Miguel H, Jerez JJ, Bollici J, Martín A. ¿Cómo podemos diagnosticar los problemas éticos en el área quirúrgica? XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- **RECONOCIMIENTO A LA INNOVACIÓN:** Ricardo Espuela Orgaz, Servicio de Urología del Complejo Asistencial de Soria por el Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.
- **PREMIO VALORES HUMANOS:** A Henar de Dios Martín. (Supervisora de Enfermería del Servicio de Urología) por su buen hacer a lo largo de un vida dedicada a la labor asistencial, trato cariñoso con pacientes y compañeros, así como por solucionar los problemas que se presentan como si fueran propios.

- **PREMIO DESARROLLO TECNOLÓGICO:** Al Servicio de Radiodiagnóstico, por la incorporación de la elastosonografía como método diagnóstico.
- **PREMIO SERVICIO AMIGO:** A la Unidad Medicalizada de Emergencias de Soria por su actividad asistencial, formativa y colaboradora con todos los profesionales del Área.



RESULTADOS

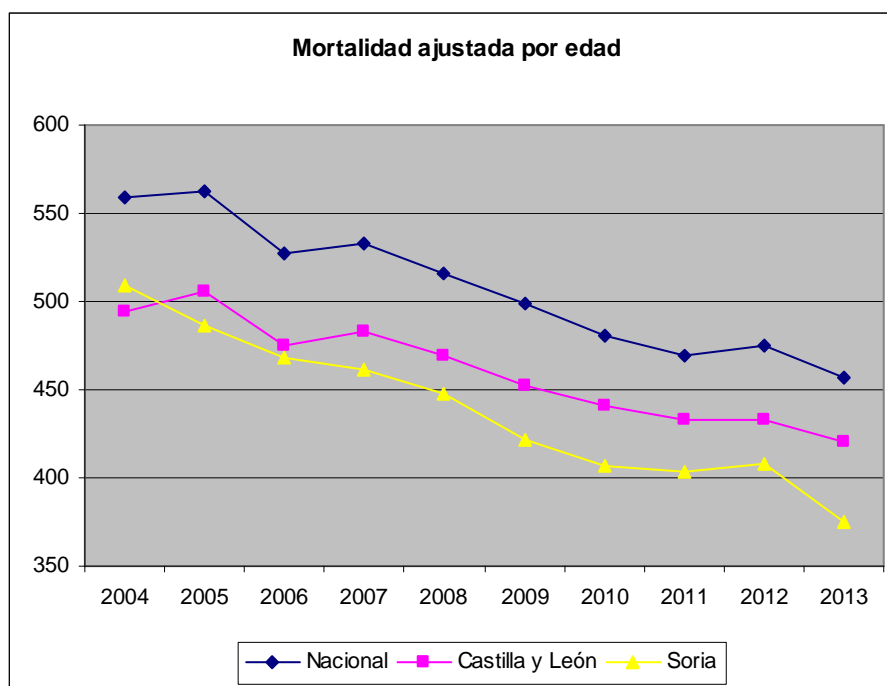
RESULTADOS EN SALUD

Los datos de mortalidad son los referidos a 2012, los últimos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los últimos datos de morbilidad (entendida como altas hospitalarias) son los publicados referentes a 2013.

Estos datos de morbilidad y mortalidad son ajustados a la población estándar europea.

MORTALIDAD GLOBAL

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SORIA	509	487	468	461	448	422	407	404	408	375
CASTILLA Y LEÓN	494	505	474	483	470	453	441	433	432	420
NACIONAL	559	563	528	533	516	499	481	469	475	457



*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.

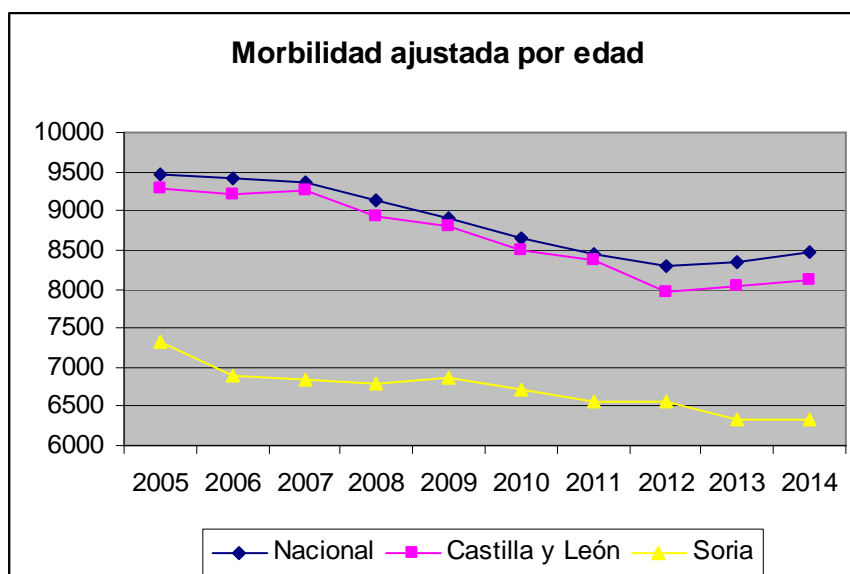
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

La mortalidad global ajustada por edad es el indicador más fiable del nivel de salud de una población. Siendo España uno de los países con los mejores indicadores, la situación general de Soria es altamente satisfactoria. La mortalidad ajustada en la población soriana es inferior claramente a la de Castilla y León y a la nacional, manteniendo la tendencia decreciente, incrementando la diferencia sobre las anteriores.

MORBILIDAD GLOBAL

La morbilidad (entendida como altas hospitalarias), es inferior en el Área de Soria que en Castilla y León y a nivel Nacional.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SORIA	7313	6894	6837	6798	6860	6719	6549	6549	6332	6344
CASTILLA Y LEÓN	9299	9218	9260	8939	8802	8506	8370	7965	8030	8104
NACIONAL	9457	9409	9353	9137	8911	8646	8449	8287	8336	8473



*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.

Fuente: I.N.E. Elaboración propia

La morbilidad general es similar a lo largo de los últimos años, manteniéndose las diferencias respecto a Castilla y León y España.

Frecuentación en Atención Primaria

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
SORIA	Médico de familia	10,3	10,31	10,25	10,42	10,7	10,68
CASTILLA Y LEÓN		8,39	8,57	8,54	8,49	8,11	---
SORIA	Pediatría	5,96	5,3	4,87	5,29	6,83	4,60
CASTILLA Y LEÓN			5,77	5,44	5,93	6,30	---
SORIA	Enfermería	5,11	5,09	4,77	4,43	4,71	4,56
CASTILLA Y LEÓN		4,47	4,44	4,2	4,02	3,88	---

Número de atenciones sanitarias/Número de usuarios-año

FUENTE: SIAPCYL // Unidad de Medida: Tasas ajustadas por 100.000

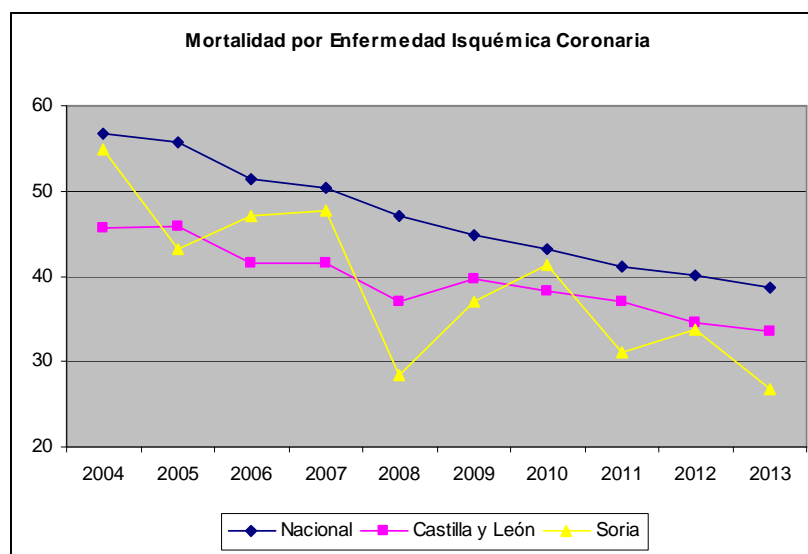
Las veces que cada ciudadano de Soria acude a los servicios de AP en un año, se mantiene más o menos estable en los últimos años, disminuyendo la misma en Pediatría

MORBILIDAD Y MORTALIDAD ESPECÍFICA POR CAUSAS

CARDIOVASCULARES: Infarto Agudo de Miocardio y otras isquemias coronarias

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUEMICA CORONARIA

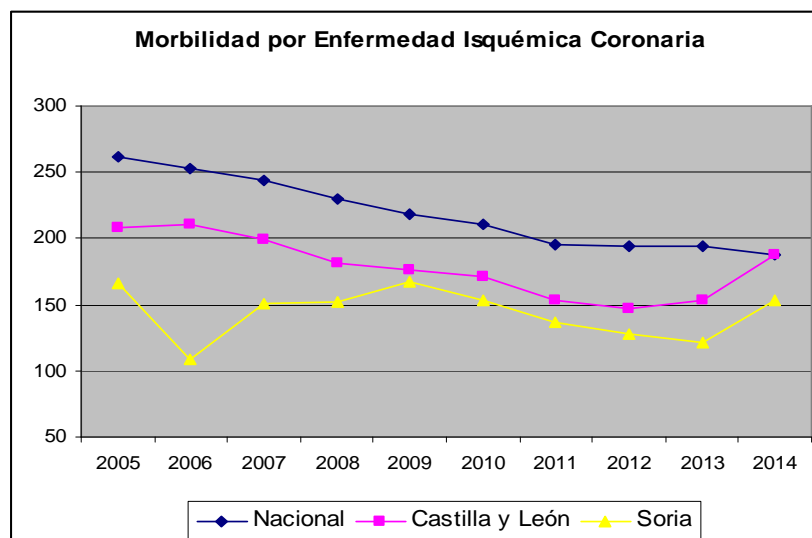
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SORIA	55	43	47	48	28	37	41	31	34	27
CASTILLA Y LEÓN	46	46	42	42	37	40	38	37	35	34
NACIONAL	57	56	51	50	47	45	43	41	40	39



*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD ISQUEMICA CORONARIA

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SORIA	166	109	151	152	167	153	137	128	121	153
CASTILLA Y LEÓN	208	210	199	181	177	171	154	147	153	187
NACIONAL	262	252	244	230	219	210	196	194	194	187



*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

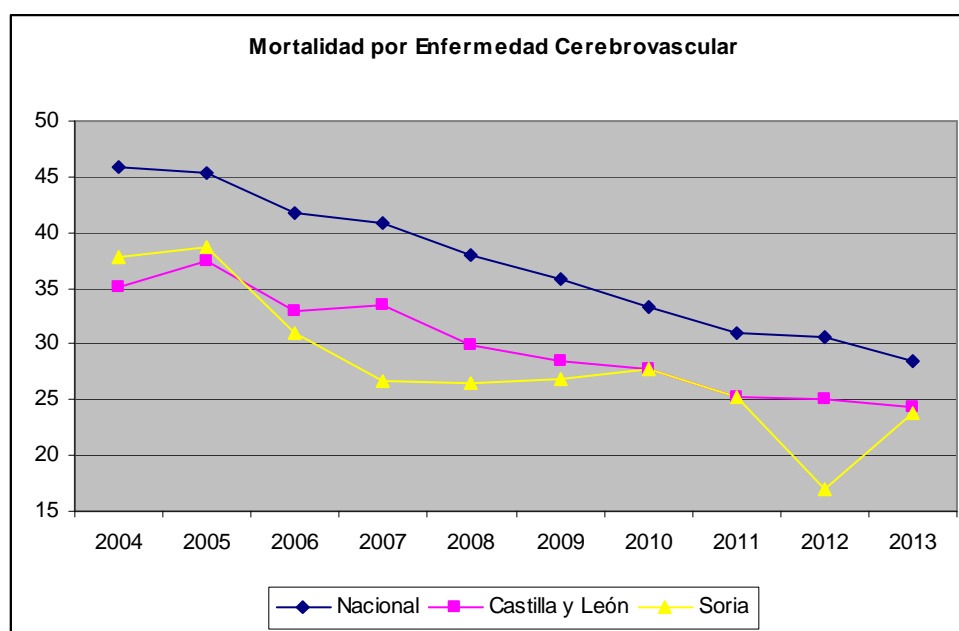
La morbilidad (ingresos por estas patologías) se ha incrementado ligeramente en 2014, hasta cifras de cuatro años antes, pero la mortalidad por las mismas sigue su tendencia a la baja, tanto en Soria como en Castilla y León y España, aumentando en 2014 ligeramente la morbilidad, es decir los ingresos por esas patologías.

La mortalidad por infarto agudo de miocardio y enfermedades isquémicas del corazón aumentó ligeramente en 2012, pero la morbilidad sigue su tendencia a la baja en 2013.

CEREBROVASCULARES: Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA) y Trastorno Isquémico Transitorio (TIA)

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

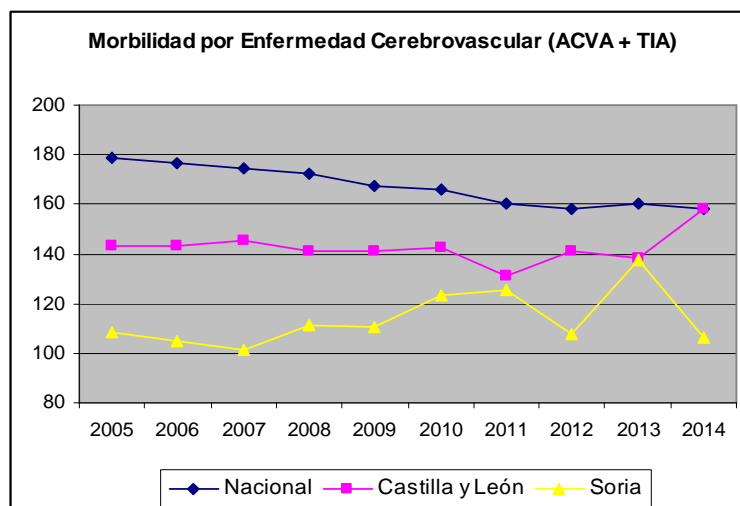
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SORIA	38	39	31	27	27	27	28	25	17	24
CASTILLA Y LEÓN	35	37	33	34	30	29	28	25	25	24
NACIONAL	46	45	42	41	38	36	33	31	31	29



*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SORIA	108	105	102	111	111	124	125	108	137	106
CASTILLA Y LEÓN	143	143	145	141	141	142	131	141	138	158
NACIONAL	179	176	175	172	168	166	161	158	161	158



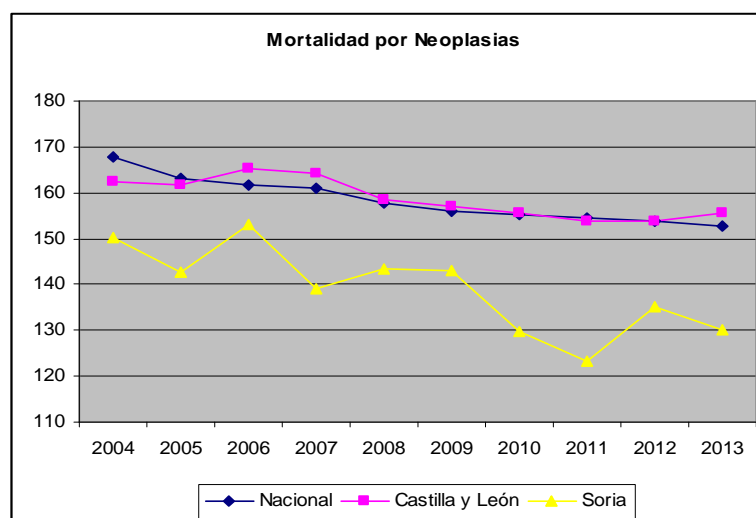
*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

Los ingresos por Accidente Cerebrovascular han disminuido durante 2014, volviendo a las cifras de años precedentes, y las muertes debidas a esta causa se han equiparado a las de Castilla y León en 2013.

CANCER: Neoplasias malignas.

MORTALIDAD POR NEOPLASIAS AJUSTADA POR EDAD

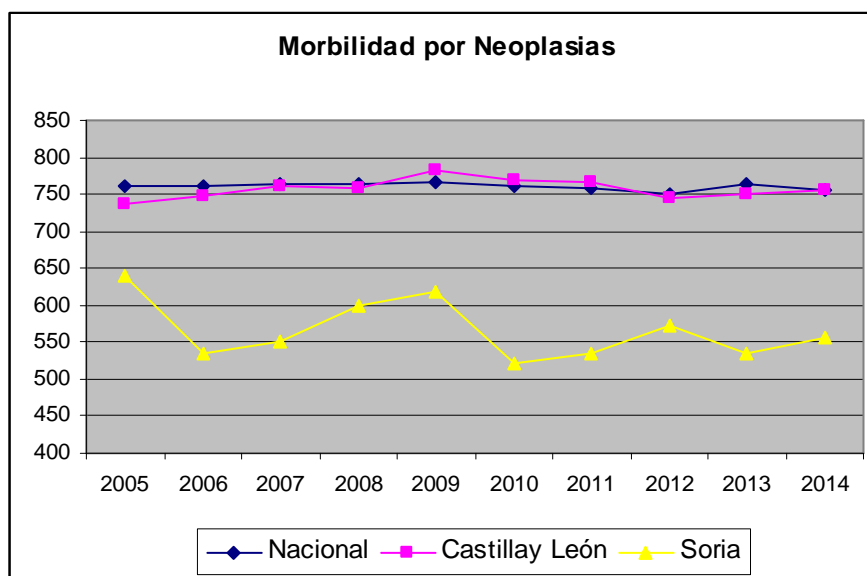
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SORIA	150	143	153	139	143	143	130	123	135	130
CASTILLA Y LEÓN	162	162	165	164	158	157	156	154	154	156
NACIONAL	168	163	162	161	158	156	155	154	154	153



*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

MORBILIDAD POR NEOPLASIAS AJUSTADA POR EDAD

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SORIA	641	536	552	599	619	521	536	573	536	555
CASTILLA Y LEÓN	737	747	762	758	782	768	767	746	751	756
NACIONAL	762	762	764	764	767	762	759	750	763	756



*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.

Fuente: I.N.E. Elaboración propia

Los ingresos y fallecimientos por neoplasias malignas siguen la misma tendencia que en los últimos años, bastante inferiores a las cifras nacionales y regionales, quizás debido a que estas patologías, sobre todo en tratamientos muy específicos, se realizan fuera de nuestra provincia.

VACUNACIONES

Porcentaje de vacunación alcanzada.

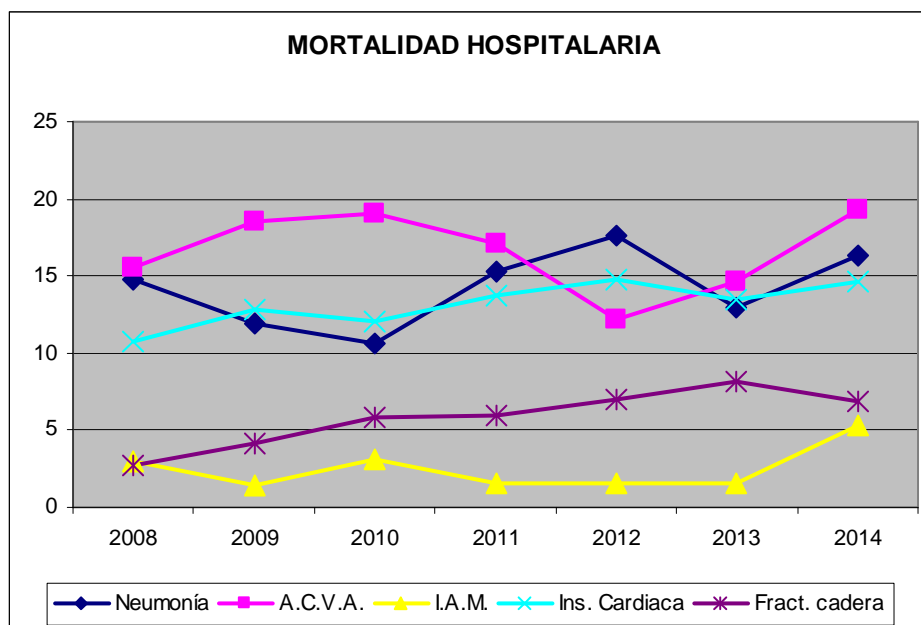
	2009	2010	2011	2012	2013 (sep.)	2014	2015
Vacunaciones infantiles (2 - 25 meses)	92,86	98,96	98,7	100,7	86,98	88,3	99.1
Vacunaciones infantiles (7 - 7 años)	80,74	93,87	95	95,26	94,86	91,9	92.5
Vacunaciones infantiles (15 - 15 años)	72,85	86	90,9	86,19	100,9	90,3	93.6

Las vacunaciones infantiles se mantienen en cifras muy aceptables, con tendencia al alza.

RESULTADOS ASISTENCIALES

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADORES DE ADVERSIDAD HOSPITALARIA



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalidad por Neumonía	11.97	10.63	15.34	17.61	12.98	16.31	17.07
Mortalidad por A.C.V.A.	18.48	19.03	17.04	12.24	14.68	19.25	20.35
Mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio	1.45	3.12	1.59	1.54	1.59	5.32	0
Mortalidad por Insuficiencia Cardiaca	12.82	12.01	13.76	14.79	13.50	14.58	13.73
Mortalidad por Fractura de Cadera	4.19	5.82	6.01	6.99	8.12	6.83	7.82

La mortalidad por neumonía, ACVA, y fractura de cadera han aumentado en el último año, aunque manteniéndose en cifras más o menos estables.

La mortalidad hospitalaria por Infarto agudo de Miocardio e ICCh han descendido, dándose un descenso muy marcado en la mortalidad por IAM, lo que habla en favor de la fibrinólisis intra y extrahospitalaria del área.

PREVALENCIA ÚLCERAS POR PRESIÓN

(% Pacientes con UPP adquirida en el ingreso/total ingresados año *100)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4,6	3,67	3,42	3,33	4,03	3,16	2,92

FUENTE: EPINE // Unidad de Medida: porcentaje

La prevalencia de úlceras por presión es la menor de los últimos 9 años, quizás debido a las técnicas de prevención y tratamiento de úlceras puestas en marcha en estos últimos años. La tendencia descendente se mantiene, siendo más marcada en 2015 y parece responder a la labor realizada en materia de prevención.

Durante 2015, la Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico así como el correspondiente Subproceso integrado entre la unidad, AP y el resto de la organización, ha afianzado su actividad, aumentando el número de pacientes valorados y atendidos, lo que repercute en hospitalizaciones menos duraderas y menor riesgo de ulceración. La prevalencia ha disminuido con el Proceso de úlceras que estandariza el tratamiento de las mismas.

INFECCIÓN NOSOCOMIAL. Porcentaje de infecciones adquiridas en el hospital sobre el total de ingresos.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
10,29	8	9,71	8,21	5,85	8,16	6,09

FUENTE: EPINE // Unidad de Medida: porcentaje

Los resultados se han mantenido estables a lo largo de estos años, con una mejoría ostensible en 2013 y 2015, volviendo a cifras similares a las previas y más acordes al tipo de centro.

Con la creación de la Unidad de Continuidad Asistencial esperamos una cierta mejoría en estas cifras, aunque la infección nosocomial va ligada a la hospitalización y características de las personas ingresadas.

La participación en programas de ámbito estatal y autonómico como "Resistencia Zero", "bacteriemia zero" y "neumonía zero", en los que participa esta Gerencia, ayudan a disminuir la tasa de infecciones nosocomiales y a una correcta detección.

REINGRESOS EN URGENCIAS. Porcentaje de pacientes que tras ser atendidos en urgencias, tienen que volver por el mismo proceso.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4,58	4,43	4,48	3,94	4,22	4,51	4,96

FUENTE: EPINE // Unidad de Medida: porcentaje

Se siguen manteniendo las cifras de reingreso hospitalario, de forma sostenida en el tiempo, con resolución de más del 95% de las urgencias atendidas.

La tasa de reingreso se mantiene por debajo del 5% y el descenso del porcentaje de ingresos urgentes no ve reflejada su imagen especular en un aumento de los reingresos, lo que habla de la resolutiveidad de urgencias.

INGRESOS TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. Porcentaje de pacientes que precisan ingreso tras ser intervenidos ambulatoriamente.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3,04	1,77	2,73	2,19	1,29	1,85	1,95

FUENTE: EPINE // Unidad de Medida: porcentaje

Los ingresos tras cirugía mayor ambulatoria se mantienen en niveles inferiores al 2%, a pesar de aumentar claramente el número de intervenciones y realización de cirugías cada vez más complejas.

Este mantenimiento en cifras por debajo del 2% habla de la buena gestión de quirófanos, así como de la excelente labor clasificatoria y práctica de cirujanos y anestesiistas.

OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

EJECUCION PRESUPUESTARIA

CONCEPTO	PRESUPUESTO EJECUTADO (GASTO REAL)			
	2012	2013	2014	2015
Total	125.430.601	123.382.084	124.838.121	126.544.573

Uno de los ejes estratégicos de la Gerencia Integrada de Soria es la sostenibilidad financiera de nuestro modelo asistencial. La serie nos muestra un comportamiento bastante homogéneo en la serie analizada de cuatro años. Resulta destacable que en el año 2015 ha habido cuatro partidas que han afectado de manera determinante en el importe final del mismo:

- Recuperación parcial de la paga extra suprimida en 2012 (casi 1.900.000 €).
- Coste adicional de los nuevos medicamentos de Hepatitis C dispensados a pacientes con esta enfermedad (1.278.000 euros).
- El impacto de la subida del IVA del 10% al 21% en un gran número de productos sanitarios que ha ascendido a unos 450.000 euros en cómputo anual.
- Aumento de la partida destinada a inversiones que ha experimentado un crecimiento de unos 220.000 euros.

Además, hay que mencionar el contexto económico tan adverso en el que nos hemos movido y que se ha mantenido íntegramente la cartera de servicios y ha aumentado la actividad en muchas áreas asistenciales, particularmente relevante en el área quirúrgica y en el gasto de farmacia destinado a la atención de pacientes oncológicos y externos, con enfermedades crónicas y de cierta relevancia clínica.

GASTO EN FARMACIA CAPÍTULO IV

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GASTO REAL	27.215.777	27.273.069	25.420.050	22.020.620	21.023.754	21.051.976	21.377.964
PRESUPUESTO	28.257.010	28.594.118	26.252.242	23.852.296	20.113.127	21.653.660	21.377.342
% Diferencia	-3,68	-4,62	-3,17	-7,68	4,53	-2,78	0,00

FUENTE: DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA // Unidad de Medida: euros

Los gastos de farmacia de Capítulo IV (recetas), son aquellos productos (generalmente medicamentos) que se tramitan a través de las oficinas de farmacia. Esta partida, de altísima importancia relativa, no forma parte “per se” del presupuesto de la Gerencia Integrada, pero es inducido de manera directa por los profesionales de Atención Primaria y Especializada; por lo que las decisiones clínicas de nuestros trabajadores influyen de manera directa en la gestión de un gasto de tanta importancia para los presupuestos regionales en sanidad.

En cuanto a la serie, hay un cumplimiento presupuestario continuado, incrementándose el margen de eficiencia (diferencia entre lo presupuestado y el gasto real). En el año 2013, a pesar de experimentar un nuevo descenso respecto al año 2012 cercano al 5% no se ha cumplido con el objetivo previsto, seguramente por lo excesivamente

ambicioso del mismo, al prever la GRS para 2013 un descenso respecto al año anterior cercano al 9%, cuando además se acumulaban reducciones de gasto de casi el 7% en 2011 y de más del 13% en el año 2012.

En el año 2014, se vuelve a retomar la senda del cumplimiento del gasto sobre el presupuesto asignado por la Gerencia Regional de Salud. El crecimiento respecto al año anterior, de apenas un 0,13%, resulta bastante inferior al presupuesto fijado en el que se contemplaba un aumento del 3%.

Por lo que respecta al último ejercicio a analizar, el año 2015, el cumplimiento del presupuesto fijado ha sido prácticamente exacto. Se observa una confluencia entre la reducción de presupuesto fijado, un -1,28% y un moderado aumento de gasto del 1,55%, algo absolutamente lógico si se observa una serie decreciente hasta el reciente año 2014.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La satisfacción de nuestros pacientes y usuarios es fundamental para el desarrollo de nuestras estrategias, para la mejora continua y para el funcionamiento diario de nuestros profesionales y de la Gerencia Integrada de Soria.

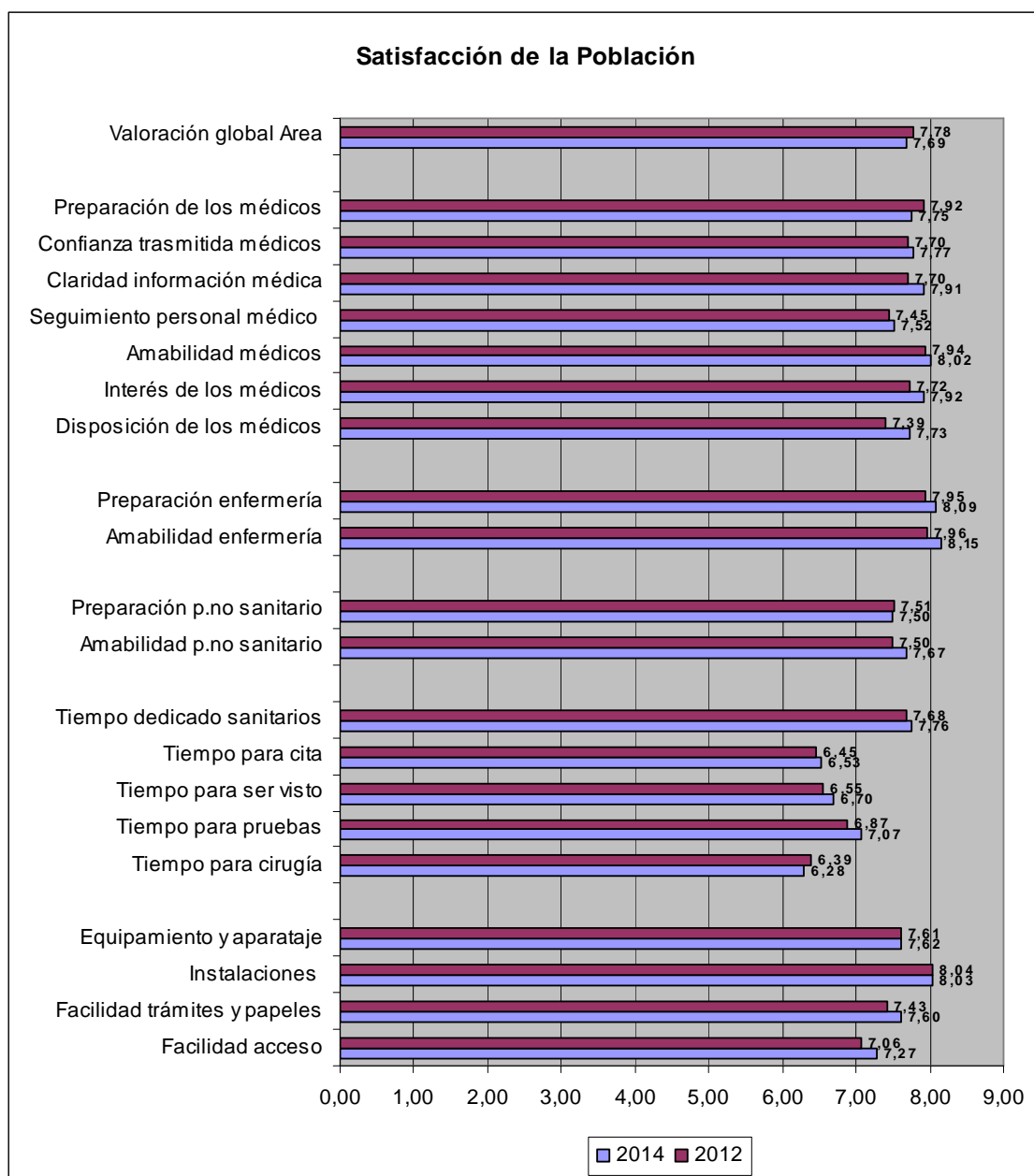
A finales de 2014 y principios de 2015 se ha realizado una encuesta a la población de Soria, tanto a pacientes que estuvieron ingresados como a una muestra de la población de tarjeta sanitaria.

Comparado con la encuesta realizada dos años antes mejora en cuanto a la recomendación de su centro sanitario y sobre todo su personal de enfermería, manteniéndose en cifra muy similar en cuanto a la recomendación de su médico.

En todos los casos es superior al 80%:

	2012	2014
Recomendaría su Centro Sanitario	86.4%	88.0%
Recomendaría a su médico	84.0%	83.6%
Recomendaría a su enfermera /o	85.0%	88.2%

En cuanto a las valoraciones del resto de la encuesta se refleja en el siguiente cuadro, con una valoración de 0 (completamente insatisfecho) a 10 (completamente satisfecho), comparado con la encuesta de 2012.



Reclamaciones, agradecimientos y sugerencias

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Reclamaciones/año	525	343	230	165	50	207	210
Reclamaciones/año hostelería	12	9	6	2	2	0	2
Agradecimientos	8	10	12	8	10	25	22

Encuesta de satisfacción con la Hospitalización. Sacyl. 2015

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, ha realizado en 2015 una encuesta de satisfacción de pacientes con la hospitalización en los hospitales de Sacyl de la Comunidad.

La encuesta ha sido diseñada y realizada por el Servicio de Calidad Sanitaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, dentro del Proyecto corporativo de mejora EFQM, incluido en las Líneas Estratégicas 2015-2019 del Servicio Castellano-Leonés de Salud. No ha habido participación directa de los centros, al objeto de evitar sesgos y facilitar el benchmarking de mejora entre ellos al ser los resultados realmente comparables.

Se han realizado un total de 3299 encuestas telefónicas entre el 20 de Octubre y el 13 de Noviembre de 2015, de las cuales 235 correspondieron a Soria sobre un total de 1714 pacientes ingresados y dados de alta en nuestros hospitales en el primer semestre de 2015

Complejo hospitalario/Hospital	Universo (1)	Encuestas (2)	Error
C.A. de Ávila	4.137	234	6,2%
H. Santos Reyes	1.352	169	7,1%
H. Santiago Apóstol	1.620	178	6,9%
C.A. de Burgos	8.422	263	5,9%
H. de El Bierzo	4.362	239	6,2%
C.A. de León	9.011	310	5,5%
C.A. de Palencia	4.921	232	6,3%
C.A. de Salamanca	8.182	281	5,7%
C.A. de Segovia	3.645	219	6,4%
C.A. de Soria	1.714	235	5,9%
H. Río Hortega	7.202	256	6,0%
H. Clínico de Valladolid	5.893	273	5,8%
H. de Medina del Campo	1.590	183	6,8%
C.A. de Zamora	4.764	227	6,3%
TOTAL	66.815	3.299	1,7%

3.299

ENCUESTAS EN
CASTILLA Y LEÓN



- (1) Universo: nº de pacientes ingresados en hospitales de Sacyl que fueron dados de alta en el primer semestre de 2015. Este número no coincide con el número total de altas. Se han excluido los pacientes fallecidos, los que fueron atendidos en los servicios de Oncología, Cuidados Paliativos o Psiquiatría y los menores de 16 años. Cada paciente solamente es contabilizado una vez, aunque haya tenido varios episodios de hospitalización durante ese tiempo.
- (2) Nº de pacientes encuestados por teléfono entre el 20 de octubre y el 13 de noviembre de 2015.

Las dimensiones e ítems analizados han sido los siguientes:

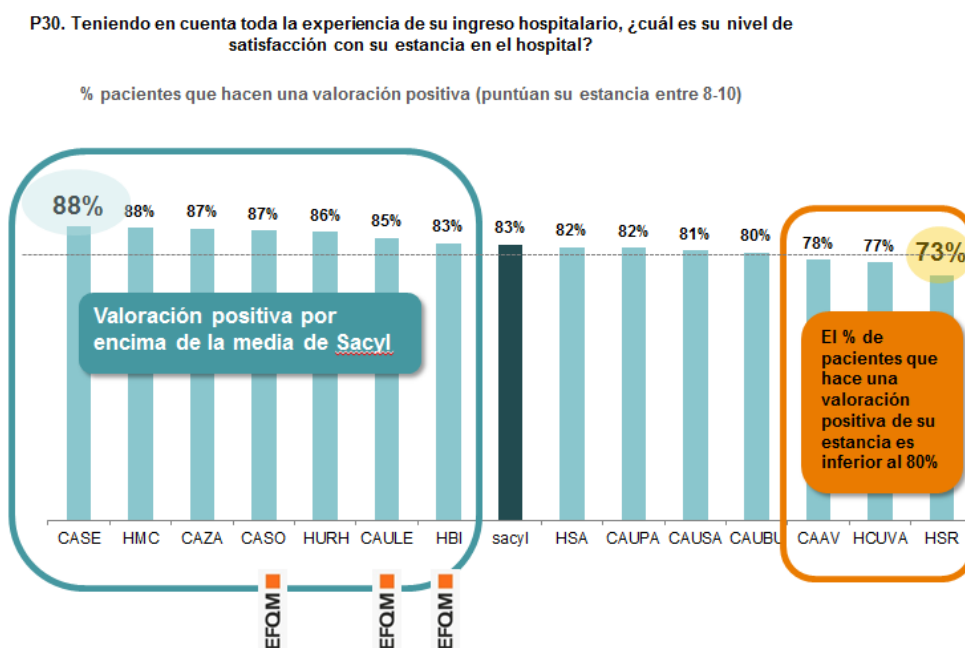
Competencia profesional	Competencia médicos (p3) Competencia enfermería (p7)
Trato	Trato y amabilidad médicos (p4) Trato y amabilidad enfermería (p8) Trato personal no sanitario (p13)
Intimidad	Respeto de la intimidad (p12) Número de personas en formación (p24)
Información y participación	Comunicación de ingreso con suficiente antelación (p1) Información sobre el funcionamiento del hospital (p2) Información facilitada por el médico sobre su enfermedad (p14) Información facilitada por enfermería (p15) Lugar donde se informaba (p16) Información al alta (p18) Participación en la toma de decisiones (p17)
Seguridad del paciente	Tiempo empleado por los médicos (p5) Asignación de médico responsable (p6) Prontitud atención enfermería (p9) Atención al dolor (p10) Comprobación identidad del paciente (p11) Comidas (p19) Limpieza habitación (p20)
Hostelería y confort	Respeto del descanso nocturno (p21) Visitas (p22) Problema por compartir habitación (p23)
Valoración global	Valoración global de la estancia (p27) Cumplimiento de expectativas (p28) Fidelidad (p29) Satisfacción global con la estancia (p30)
Perspectiva del paciente	Aspectos a mejorar (p25) Aspectos a destacar (p26)

Hemos incorporado los resultados a los de nuestras encuestas propias, para poder compararnos con el resto de hospitales de nuestra comunidad, aunque no nos sirven para nuestras series históricas al ser los ítems de la encuesta diferentes. Consideramos que respuestas positivas (bueno o muy bueno) por debajo del 80% de los pacientes, serían susceptibles de ser incluidas en nuestros planes de mejora, aún a pesar de que porcentajes por encima del 50% serían aceptables. En esto seguimos el criterio de la Gerencia Regional de Salud. Los resultados se exponen en la tabla siguiente:

ENCUESTA SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN SACYL 2015 SORIA				
POR ENCIMA 80 % ÁREA DE EXCELENCIA				POR DEBAJO 80% ÁREA A MEJORAR
Razonable número personas en prácticas 97,50%	Respeto intimidad 97,00%	Valoración global atención recibida 95,80%	Preocupación por si tenía dolor 95,70%	Información sobre funcionamiento del hospital 78,00%
Enfermería atendía con prontitud a llamadas 95,60%	Cumplimiento expectativas 95,30%	Tiempo dedicado por personal médico 93,20%	No tuvieron problema compartir habitación 92,70%	Trato personal no sanitario 78,10%
Adecuación del lugar donde se informaba para garantizar confidencialidad 90,70%	Respeto descanso nocturno 90,70%	Aviso con tiempo suficiente para organizarse al ingreso 90,60%	Trato médico 89,80%	Asignaron un médico responsable 73,60%
Visitas 88,40%	Trato enfermería 88,10%	Valoración global estancia 86,80%	Limpieza habitación y baño 84,90%	Identificación del paciente 70,40%
Información médico 84,60%	Competencia enfermería 83,50%	Información al alta 82,40%	Participación en decisiones sobre su problema de salud 81,00%	Comidas 62,30%

Fuente: Sacyl. Proyecto corporativo de mejora EFQM Servicio de Calidad Sanitaria. Encuesta de Satisfacción de Pacientes. Hospitalización 2015.Principales resultados. Datos globales y por hospital.

En relación a la satisfacción global y en comparación a la media de Sacyl y al resto de hospitales de la Comunidad, el resultado se expone en la siguiente tabla, donde las siglas CASO corresponden al complejo Asistencial de Soria:



Fuente: Sacyl. Proyecto corporativo de mejora EFQM Servicio de Calidad Sanitaria. Encuesta de Satisfacción de Pacientes. Hospitalización 2015. Principales resultados. Datos globales y por hospital.

Debemos considerar, además que en el 75% de los ítems, el resultado está por encima de la media de Sacyl y que éste, el Servicio de Salud de Castilla y León, tiene uno de los mejores resultados en satisfacción de todo el Sistema Nacional de Salud.

RESULTADOS EVALUACIÓN EFQM

Tras la acreditación EFQM 500+, y la recepción del Informe de evaluación EFQM, se realizó un Plan de Mejora con el fin de afianzar los puntos fuertes de nuestra organización y abordar las Áreas de mejora detectadas.

Este Plan se puso en marcha en 2014, desarrollándose a lo largo del mismo y durante 2015, pendiente de concluir en 2016.

Los objetivos perseguidos y actividades realizadas referentes a este Plan durante 2014 y 2015 son:

❖ Consolidar las herramientas de gestión

- Desarrollo del Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia Integrada de Soria.
- Inclusión de las posibilidades de Sistemas de Información para la gestión en la Unidades.
- Creación de nuevas Unidades Asistenciales y de Gestión integrando algunas de las existentes.
- Creación de la Unidad de Innovación, desarrollo e Investigación, IDIGIS.

❖ Desarrollo de las estrategias

- Se ha completado el Plan de Integración.
- Elaboración de nuevos procesos asistenciales
- Potenciación de las Unidades de Gestión Clínica
- Mantenimiento de los sistemas de descentralización en las Unidades Asistenciales.
- Establecimiento de grupo de trabajo para elaboración de memoria para reacreditación EFQM en 2016.

❖ Mejora de la motivación profesionales

- Extensión de los premios de la GIS a todos los profesionales del Área.
- Potenciación de la movilidad interna.
- Elaboración de Planes de optimización y ordenación de recursos humanos.
- Desarrollo de mapas de competencias de los distintos grupos de profesionales.
- Elaboración Plan de comunicación interna.
- Planes de formación anuales para todas las categorías profesionales.
- Encuesta de satisfacción de profesionales y burnout laboral. Elaboración de Plan de Mejora.
- Encuesta de evaluación del liderazgo (Lidgis)

❖ Eficiencia en la utilización de recursos

- Elaboración del Plan de eficiencia.
- Tabla de alianzas con mantenimiento y establecimiento de otras nuevas.
- Proceso de mantenimiento integrado.
- Desarrollo de la intranet de la GIS (Portal del empleado).

❖ **Conocimiento de opinión de los grupos de interés.**

- Análisis de la encuesta de satisfacción de usuarios y elaboración de Plan de Mejora. Nueva encuesta a finales de 2015.
- Encuesta a alumnos de pregrado (enfermería y fisioterapia)
- Encuesta realizada por la GRS a personal en formación postgrado (residentes).
- Encuesta realizada por la GRS a tutores de residentes.
- Encuesta a usuarios sobre transporte sanitario (Rehabilitación-Fisioterapia).
- Desarrollo de encuesta de satisfacción a proveedores

❖ **Análisis permanente de la situación con resultados obtenidos, evolución y comparación.**

- Se han establecido objetivos, metas y actividades a realizar en todos los Planes de Mejora elaborados.
- Participación en el grupo del Club de Excelencia para la comparabilidad mediante los indicadores seleccionados en el proyecto INDICA.
- Sistema de elaboración de indicadores para la elaboración del cuadro de mandos de la GIS.
- Sistema de elaboración de indicadores para la elaboración de la memoria EFQM 2016.

Puntos fuertes de la G.I.S. Informe de evaluación EFQM 2014

El Informe resalta como puntos fuertes en resultados estratégicos:

- Cuadros de resultados completos a nivel integrado y por segmentos de atención, con histórico desde hace más de 5 años, ligados a las estrategias de la organización. Integración de la información en el sistema SIGGIS, automatizando la gestión de datos y facilitando su accesibilidad y personalización según necesidades.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos y en algunos mejores que la media de CyL: Ej.: Ajuste al marco presupuestario, con recortes importantes (7,5% entre el año 2011 y 2012), baja morbilidad general, por debajo de las medias de Castilla y León y por debajo de las medias nacionales con tendencias descendentes, cumplimiento del PAG a nivel de Área y AP, siendo el nº 1 de CYL, etc.
- Adopción de Planes de mejora concretos en los casos que no se han obtenido buenos resultados.
- Cumplimiento de los objetivos establecidos y tendencia positiva de determinados resultados de calidad y seguridad del paciente: UPP, infección nosocomial, reingreso en urgencias e ingresos tras una CMA.
- Implantación efectiva de la gestión por procesos con indicadores para todos los procesos clave.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos, y en algunos mejores que la media de CyL, como en Farmacia o en Demoras y esperas, contribución a la reducción de gasto farmacéutico por prescripción médica, (prescripción de genéricos o principio activo), aumento de la cirugía mayor ambulatoria, etc.

- La cobertura de crónicos aunque va en aumento a lo largo de los años desde el año 2008, es menor en GIS que en CYL, supone un mejor nivel de salud de la población.
- Mantenimiento de la demora media en las listas de espera quirúrgicas (LEQ) en los mismos niveles de 2011 a pesar de haber eliminado las peonadas y los conciertos con clínicas privadas, no obstante está muy por debajo de la demora media de SACYL.
- Reducción considerable de % de mortalidad de determinadas patologías: neumonía, ACVA, IAM, insuficiencia cardiaca y de % de reingresos IAM.
- Evolución positiva del índice de ambulatorización de cirugía mayor ambulatoria (el 63% de las intervenciones con ambulatoria), permitiendo un ahorro importante, mejora la calidad percibida por el paciente, disminuye la tasa de infección nosocomial y se mejora la eficiencia quirúrgica.

Son puntos fuertes en indicadores clave de rendimiento:

- Implantación efectiva de la gestión por procesos con indicadores para todos los procesos clave.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos, y en algunos mejores que la media de CyL, como en Farmacia o en Demoras y esperas, contribución a la reducción de gasto farmacéutico por prescripción médica, (prescripción de genéricos o principio activo), aumento de la cirugía mayor ambulatoria, etc.
- La cobertura de crónicos aunque va en aumento a lo largo de los años desde el año 2008, es menor en GIS que en CYL, supone un mejor nivel de salud de la población.
- Mantenimiento de la demora media en las listas de espera quirúrgicas (LEQ) en los mismos niveles de 2011 a pesar de haber eliminado las peonadas y los conciertos con clínicas privadas, no obstante está muy por debajo de la demora media de SACYL.
- Reducción considerable de % de mortalidad de determinadas patologías: neumonía, ACVA, IAM, insuficiencia cardiaca y de % de reingresos IAM.
- Evolución positiva del índice de ambulatorización de cirugía mayor ambulatoria (el 63% de las intervenciones con ambulatoria), permitiendo un ahorro importante, mejora la calidad percibida por el paciente, disminuye la tasa de infección nosocomial y se mejora la eficiencia quirúrgica.

Áreas de Mejora de la G.I.S.

Las Áreas de Mejora sugeridas en estos resultados clave:

- No se presentan objetivos ni comparaciones para todos los indicadores, cuando es de suponer que GRS debe establecer unos (o en su defecto GIS) y facilitar otros.
- Se debe consolidar el uso de SIGGIS entre todas las unidades.
- En algunos indicadores no se presentan comparaciones con CyL, aunque se comenta cualitativamente.
- No está clara la sistemática para la fijación de los objetivos y como estos se derivan de las acciones que estén previstas y no todos los indicadores presentan objetivos.

OBJETIVOS DE FUTURO

El año 2015 ha estado marcado en nuestra GIS por tres acontecimientos fundamentales para su desarrollo futuro:

- La puesta en marcha y el desarrollo de nuestro Plan Estratégico 2015-2020.
- La incorporación al Programa de Embajadores de la Excelencia Europea para la Promoción de la Marca España.
- La revisión del Proceso de Atención a la Pluripatología Compleja, con la adaptación de la Unidad de Continuidad Asistencial, pieza fundamental del nuevo modelo asistencial integrado a que aspiramos

Una vez finalizado el proceso de integración organizativa de las estructuras de la Gerencia Integrada de asistencia sanitaria de Soria, está muy avanzado el de integración asistencial así como el desarrollo de la gestión por procesos y la descentralización de la gestión.

El Plan Estratégico 2015-2020 marca nuestras directrices, actuaciones y formas de trabajar en los próximos cinco años y asegura la mayor calidad asistencial posible a nuestros pacientes. Por supuesto, en este periodo se seguirán desarrollando las estrategias transversales a largo plazo de Integración Asistencial, Gestión por Procesos, Descentralización de la Gestión, Mejora Continua y Sostenibilidad, cuyas metas y objetivos a medio plazo se recogen en el nuevo Plan y a corto plazo en los Planes de Mejora anuales correspondientes y en los pactos de objetivos de las unidades y la gerencia que se vayan desarrollando.

Con todo ello, seguiremos avanzando hacia el nuevo modelo asistencial que nuestra sociedad necesita y demanda, con pasos firmes, pero manteniendo los servicios del modelo clásico, que tan magníficos resultados nos ha aportado, hasta que pueda ser sustituido, con total seguridad, por el nuevo.

Con todo ello, hemos seguido desarrollando el trabajo iniciado en 2012 para avanzar hacia un nuevo modelo asistencial y lo vamos a seguir haciendo en el año 2016, considerando que estas estrategias solo dan fruto si se desarrollan a largo plazo, incluso superando los periodos quinquenales de planificación estratégica.

En el año 2016, le corresponde a la GIS su reacreditación EFQM, con lo que realizará una nueva autoevaluación y una nueva Memoria a presentar a los auditores externos. Se considerará la posibilidad de acreditar la Memoria de Sostenibilidad y la consideración de Empresa Familiarmente Responsable.

Igualmente, se seguirán desarrollando los Planes de Mejora incluidos en el Plan estratégico y nuestro Plan Anual de Gestión 2016, como herramienta de Mejora Continua que venimos utilizando desde hace muchos años.



ANEXOS

I. PUBLICACIONES INTERNACIONALES, NACIONALES Y REGIONALES

- Ciudad P, González E, Asensio M, Garcia J. Structural and functional outcomes in chronic central Srouse Chorioretinopathy photodynamic therapy. Korean J Ophthalmol 2015; 29(5):331-335.
- Pastora N. González –Sánchez EM, Peralta Calvo J, Vallejo-Garcia JL, Grabowska A, Romero-Fontenlos R, Amorena-Santesteban GE. Successful facoemulsification with intravitreal relocalization of a intralenticular dexamethasone implant. JCRS Online case report, 2015; 3: 45-48
- Manrique R, Gonzalez E, Hajar C, Rojo A, Garcia C. Circumscribed Ciliochoroidal Effusion Presenting as Angle Closure Attack. Journal Of Ophthalmic and Vision Research (admitido para su publicación el 8-11-15).
- Aguilar C. Antithrombotic therapy in a patient with lid haemophilia A and atrial fibrillation: case report and brief review of the literature. Blood Coagulation and Fibrinolysis 2015; 26: 346-349.
- González-López TJ, Pascual C, Álvarez-Román MT, Fernández-Fuentes F, Sánchez González B, Caparros I, et al (se incluye Aguilar C). Successful discontinuation of eltrombopag after complete remission in patients with primary immune thrombocytopenia. Am J Hematol 2015; 90: E-40-E-43.
- De Rueda B, Santa Catalina S, Lucía F, de la calzada DG, Aguilar C. A new case of bacterial endocarditis in a child with severe haemophilia A carrying a central venous access device. Haemophilia 2015; 21: e251-253.
- Aguilar C. Might apixaban be the optimal oral anticoagulant for haemophiliacs with atrial fibrillation. Haemophilia 2015; 21: e338-e340.

- Batle J, Pérez-Rodríguez I, Corrales MF, López-Fernández A, Rodríguez-Trillo E, Laures A, et al. (se incluye Aguilar C). Molecular and Clinical profile of von Willebrand disease in Spain (PCM-EVW-ES): Proposal for a new diagnosis paradigm. *Thrombosis and Haemostasis* 2015; 114 (admitido, en prensa)
- Guembe M, Pérez-Granda MJ, Capdevila JA, Barberán J, Pinilla B, Martín-Rabadán P, Bouza E; on behalf of the NUVE Study Group. Nationwide Study on the Use of Endovascular Catheters in Internal Medicine Departments. *Journal of Hospital Infection* 90 (2015) 135e141.
- Sanz Muñoz, María Luisa; Delgado Ruiz, Enrique; García Sanz, Luis Alberto; Álvarez Cámara, María Victoria. Modelo de competencias de enfermería en un área de salud con gestión integrada. *Revista de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2015;16(1):43-58
- Alonso JJ, Muñiz J, Gómez-Doblas JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Permanyer-Miralda G, Anguita M, Chorro FJ, Roig E, en representación de los investigadores del estudio OFRECE. Prevalencia de la angina estable en España. Resultados del estudio ofrece. *Rev Esp Cardiol*, 2015 (in press).
- Alonso JJ, Muñiz J, Gómez-Doblas JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Permanyer-Miralda G, Anguita M, Chorro FJ, Roig E, on behalf of the OFRECE study researchers. Prevalence of Stable Angina in Spain. Results of the OFRECE Study. *Rev Esp Cardiol*, 2015 (in press).
- González E, Manrique R, Hajar C. Agujero macular gigante bilateral en la enfermedad de Alport. *Revista Española de Patología Macular* 2015; 6 (1): 647.
- Ortiz Medinaveitia S, Conejo Moreno D, López Pisón J, Peña Segura JL, Serrano Madrid ML, Duran Palacios IC, Peláez Cabo P. Variaciones fenotípicas en el síndrome de Aicardi-Goutières causado por mutaciones RN-SEH2B, presentación de 2 nuevos casos. *Revista de Neurología* (admitida para su publicación el 25-11-2015).

- Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al, en representación de los investigadores del estudio DIOCLES. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. Rev Esp Cardiol. 2015; 68(2):98–106.
- Martínez-Subías JJ, Del Rey-Tomás-Biosca FJ, Tejero-Clavero M, Martín Hernández R, Vaillo- Vinagre A, Hernández Caballero D. Carcinoma basaloide escamoso de laringe. Descripción de un caso. Rv Soc Otorrinolaringol Castilla león Cantab La Rioja 2015; 6:177-184.
- Alonso JJ, Muñiz J, Gómez-Doblas JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Permanyer-Miralda G, Anguita M, Chorro FJ, Roig E, en representación de los investigadores del estudio OFRECE. Prevalencia de la angina estable en España. Resultados del estudio ofrece. Rev Esp Cardiol 2015 (en prensa).

II. COMUNICACIONES INTERNACIONALES, NACIONALES Y REGIONALES

- Delgado Ruiz E. De la Integración Asistencial a la implantación efectiva de un nuevo modelo asistencial integrado a través de la Gestión por Procesos y la Mejora. (PONENCIA). RISAI 2015; Vol 7: Núm.1.
- Manrique R, González E, Hjar, García C, Rojo A, Carmiña M. Changes in Ocular Surface Flora With Repeated Use of Topical Ofloxacin After Intravitreal Injections.
- Aguilar C. Savigny S. Different centrifugation conditions do not interfere with D-Dimer results. Reunión de la Sociedad internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH). Toronto. Junio; 2015.
- Bastida JM, del Rey R, Benito I, Sanchez-Guiu S, Riesco MJ, Peñaarrubia N, et al (Se incluye como autor a Aguilar C). Usefulness of targeted next-generation sequencing in inherited platelet Disorders with unspecific phenotype. 20ª Reunión European Haematology Association (EHA). Viena. Junio; 2015.
- González López TJ, Pascual MT, Alvarez Román F, Fernández-Fuentes B, Sanchez-González I, Jarque JA, Et al. (Se incluye como autor a Aguilar C). Eltrombopag safety and efficacy for primary Chronic immune thrombocytopenia in clinical practice. 20ª Reunión European Haematology Association (EHA). Viena. Junio; 2015.
- González López TJ, Álvarez-Román C, Pascual B, Sánchez-González F, Fernández-Fuentes I, Jarque G, et al. (Se incluye como autor a Aguilar C). Eltrombopag may be useful in secondary ITP patients in clinical practice. 20ª Reunión European Haematology Association (EHA). Viena. Junio; 2015.
- González V, Sobejano J, Davila E, Ocio N, Puig N, Gutiérrez N, et al. (Se incluye como autor a Aguilar C). Immunoparesis recovery as predictor marker of progression after autologous stem cell transplantation in multiple myeloma. Meeting of Society Of Hematological Oncology (SOHO). Houston. 16-19 Septiembre; 2015.
- González E, Martínez E, Hjar C, García C. Cambios en la flora ocular colirio de ofloxacina en pacientes en tratamiento con inyecciones intravítreas. Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Sevilla, 23-26 de Septiembre; 2015.

- González E, Martínez E, Hajar C, Carmiña M, Rojo A, García C. Uveítis intermedia bilateral como presentación de la encefalomiелitis diseminada aguda. Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Sevilla, 23-26 de Septiembre; 2015.
- González E, Manrique R. Úlceras neutropénicas de evolución tórpida tratadas con cacicol. Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Sevilla, 23-26 de Septiembre; 2015.
- González Sánchez ME, Manrique Lipa R, Hajar Ordovás C, Garcia Borque C. Cambios en la flora ocular tras colirio de ofloxacino en pacientes en tratamientos con infecciones intravítreas. 91 Congreso de la Sociedad española de Oftalmología. Madrid, 25 de Septiembre.
- González Sánchez ME, Manrique Lipa R, Hajar Ordovás C, Camiña M, Rojo Aragüés A, Garcia Borque C. Uveítis intermedia bilateral como presentación de encefalomiелitis diseminada aguda. 91 Congreso de la Sociedad española de Oftalmología. Madrid, 25 de Septiembre.
- González V, Sobejano E, Dávila J, Ocio E, Puig N, Gutiérrez N, et al. (se incluye como autor a Aguilar C). La recuperación de la inmunoparesia post-trasplante autólogo en el mieloma múltiple como predictor de progresión o recaída. LVII Congreso Nacional de la Sociedad española de hematología y hemoterapia. Valencia, octubre; 2015.
- Hernández M, Robledo C, Hernández JA, Rodriguez AE, Capmartín MJ, Abáigar M, et al. (se incluye como autor a Aguilar C). Estudio mutacional mediante secuenciación masiva de alta sensibilidad en enfermos con leucemia linfática crónica y delección en 13 Q atendiendo al porcentaje de células con 13Q. LVII Congreso Nacional de la Sociedad española de hematología y hemoterapia. Valencia, octubre; 2015.
- Hernández A, Rodriguez AE, Hernández JA, Abáigar M, Benito R, Robledo C et al. (se incluye como autor a Aguilar C). Análisis de los mecanismos de evolución clonal en la leucemia linfática crónica mediante FISH y secuenciación del exoma completo. LVII Congreso Nacional de la Sociedad española de hematología y hemoterapia. Valencia, octubre; 2015.

- Nuez A, Sevil FJ, Aguilar C, Faura MV. Prolongación del tratamiento de mantenimiento con rituximab en pacientes con linfoma no Hodgkin B indolente. LVII Congreso Nacional de la Sociedad española de hematología y hemoterapia. Valencia, octubre; 2015.
- Bastida JM, del Rey M, Benito R, Rivera J, Lozano ML, Riesco S, et al. (se incluye como autor a Aguilar C). La secuenciación masiva permite el diagnóstico molecular de un gran número de trombopenias y trombopatías hereditarias. XXXI Congreso la Sociedad Española de trombosis y hemostasia. Valencia. Octubre; 2015.
- Bastida JM, Sarasquete ME, Balanzategui A, Davila J, Fontecha E, Fisac R, et al. (se incluye como autor a Aguilar C). Diagnóstico molecular de la hemofilia A y B mediante Nex-Generación Sequencing. XXXI Congreso la Sociedad Española de trombosis y hemostasia. Valencia. Octubre; 2015.
- González TJ, Álvarez-Román MT, Pascual C, Sánchez-González B, Fernández-Fuentes F, Jarque I, et al. (se incluye como autor a Aguilar C). Eficacia y seguridad de eltrombopag en PTI secundaria en la práctica clínica. XXXI Congreso la Sociedad Española de trombosis y hemostasia. Valencia. Octubre; 2015.
- Miguel H, Valiente JL, Garcia M, Jerez JJ, Bollici J, Martín A. Intubación digital ecoguiada vs. Intubación digital a ciegas. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Bollici J, Garcia , Valiente JL, Miguel H, Jerez JJ, Martín A. Análisis Univariante y multivariante de factores pronósticos en pacientes con fractura de cadera. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Valiente JL, Miguel H, Garcia M, Bollici J, Jerez JJ, Martin A. Extubación en una paciente con síndrome de Carpenter y vía aérea difícil. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.

- Garcia M, Valiente JL, Miguel H, Jerez JJ, Bollici J, Martin A. Electrocardiograma intracavitario para el control de la posición de la punta del catéter. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Valiente JL, Garcia M, Miguel H, Bollici J, Jerez JJ, Martin A. Implantación de la lista de verificación “Check list” quirúrgico y reducción de las complicaciones perioperatorias. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Garcia M, Miguel H, Valiente J, Bollici J, Jerez JJ, Martin A. ¿Acceso supraclavicular o infraclavicular de la vena subclavia? XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Miguel H, Bollici J, Garcia M, Valiente JL, Jerez JJ, Martin A. Paciente con IAM de 4 días de evolución y hematuria que requiere cirugía urgente. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Garcia M, Valiente JL, Miguel H, Jerez JJ, Bollici J, Martin A. ¿Cómo podemos diagnosticar los problemas éticos en el área quirúrgica? XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Valiente JL, Miguel H, Garcia M, Bollici J, Jerez JJ, Martin A. Serie de casos de infiltración del músculo piramidal bajo control ecográfico. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Valiente JL, Miguel H, Garcia M, Jerez JJ, Bollici J, Martin A. Impacto de un programa de formación, de un curso de vía aérea para médicos de urgencias. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.

- Miguel H, Valiente JL, García M, Bollici J, Jerez JJ, Martín A. Prevalencia y etiología de hiperhomocisteinemia en pacientes intervenidos por fractura de cadera. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor. Santander. 15 a 17 de Octubre; 2015.
- Berlanga N, De Dios H, Carvajal DF, Pérez O, Muñoz B, Elías A. Crioterapia protática: Resultados desde su implantación en el Hospital Santa Bárbara de Soria. XXXVI Congreso Nacional de Enfermería en Urología. Valencia. 7 a 9 de Mayo; 2015.
- De Dios MH, García LA, Casas RM, Jiménez I, Gil A, Álvarez A, Hernández B, Sanz ML. Proceso de cuidados : Implantación y evaluación en una unidad de enfermería. 26 Jornadas Nacionales de enfermeras gestoras. Pamplona. De 15 a 17 de abril; 2015.
- Sánchez A, Pereira M, Zamudio FJ, del Villar V. Incidencias de hemorragias en pacientes con NACOS. II Reunión de residentes de la Sociedad Castellano-leonesa-Cántabra de Medicina Interna. Soria. 29 de Mayo, 2015.
- Pereira M, Sánchez A, Zamudio FJ, del Villar V. ¿Se puede prevenir La pancreatitis?. II Reunión de residentes de la Sociedad Castellano-leonesa-Cántabra de Medicina Interna. Soria. 29 de Mayo, 2015.
- Loureiro B, Andronic I, del Villar V. Consumo de Alcohol y riesgo de fibrilación auricular: estudio prospectivo en mujeres mayores de 55 años. II Reunión de residentes de la Sociedad Castellano-leonesa-Cántabra de Medicina Interna. Soria. 29 de Mayo, 2015.
- Márquez C, Real A, Andronic I, Tieso E, Hernández V. Del Villar V. Cáncer gástrico en Soria. XXX Congreso de la Sociedad Castellano-leonesa-Cántabra de Medicina Interna. Soria. 29 de Mayo, 2015.
- Pereira M, Sánchez A, Zamudio FJ, Tieso E, del Villar V. Análisis de las características del cáncer de pulmón primario en la provincia de Soria. XXX Congreso de la Sociedad Castellano-leonesa-Cántabra de Medicina Interna. Soria. 29 de Mayo, 2015.

- Hernández García, Paloma; Sanz Muñoz, María Luisa, Cuidados de enfermería en una herida crónica y su gestión a través de planes. IV Congreso de Heridas y Cicatrización. SEHER (Sociedad Española de Heridas). Madrid del 5 al 7 de Febrero de 2015.
- Sanz Muñoz, María Luisa; García Sanz, Luis; Alberto Lázaro Vallejo, Luis; Herrero Gómez, Ana María; Buergo García, Olga; Delgado Ruiz, Enrique. Impacto de un programa de formación continuada en la gestión de cuidados de enfermería. Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Alicante y Elche. 10 al 12 de Marzo de 2015.
- García Sanz, Luís Alberto; Sanz Muñoz, María Luisa; Buergo García, Olga; Herrero Gómez, Ana María; Cabrerizo Barrios, Lucia; Delgado Ruiz, Enrique. De los Planes de cuidados basados en la experiencia a los basados en la evidencia. Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Alicante y Elche. 10 al 12 de Marzo de 2015.

III. LIBROS

- Hjar Ordovás C y Rojo Aragüés AA (coautores). Guías del manejo de la patología degenerativa y vascular retiniana SOCALE. 1ª ed. Valladolid: Sociedad de Oftalmología de Castilla y león SOFCALE. 2015. ISBM 978-84-60834557.
- Margarita García Huerta, Juan José Jerez Lanero. Guía rápida de manejo del DOLOR. ISBM: 978-84-1509-48-2.

IV. PROYECTOS DE INVESTIGACION

1.- Despistaje de cardiopatías congénitas críticas mediante pulsioximetría.

Promotor: Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

Investigadora principal: Dra. ML Serrano Madrid.

2.- Nutrición enteral y parenteral en pediatría.

Promotor: Personal Investigador. Trabajo fin de Máster. Máster realizado en Zaragoza con autorización para la realización de prácticas y trabajo fin de máster en el Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara), con autorización nominal por parte de la Gerencia Integrada para el acceso a datos de la historia clínica.

Investigadora principal: Dña. Raquel Aylagas Briz, licenciada en Biología.

3.- Lesiones musculoesqueléticas en los fisioterapeutas del Complejo Asistencial de Soria.

Promotor: Personal Investigador.

Investigadora principal: Susana Domingo Esteban. Servicio de Rehabilitación, Complejo Asistencial de Soria, (hospital Santa Bárbara)

4. - Proyecto OHSCAR: Out of Hospital Spanish Cardiac Arrest Register.

Proyecto dirigido al registro y estudio de la parada cardíaca extrahospitalaria en España (2013-2015). Ámbito internacional.

Patrocina: Philips.

Se lleva a cabo por Emergencias sanitarias., con la participación de Emergencias Sanitarias (Sacyl).

Investigador principal: Dr. José Luis Hernández Pascual, coordinador de la base de Emergencias sanitarias de Soria.

5.- Programa multicéntrico para la atención integral del recién nacido con agresión hipóxico-isquémica perinatal (ARAHIP).

Promotor: Personal Investigador.

Investigadora principal: Dra. ML Serrano Madrid. Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara)

6.- Estudio colaborativo español de malformaciones congénitas (ECEMC). Estudio español de Casos y Controles y sistema de vigilancia de prevención de los defectos congénitos.

Coordinado por el Instituto Carlos III de Madrid mediante una red temática, multidisciplinar y cooperativa.

Investigadora principal: Dra. Ruth Romero Gil. Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

7.- Proyecto “COMBINARED” Hiperlipidemia familiar combinada.

Promotor: Fundación Hipercolesterolemia familiar. Estudio nacional.

Investigador principal: Dr. Andrés Ollauri Nevares. Médico de Atención Primaria del Centro de Salud “Soria Rural”.

8.- Ensayo piloto aleatorizado de reducción de dosis de lenalidomida en pacientes con mieloma múltiple en recaída que han alcanzado máxima respuesta.

Promotor: Dr. Ernesto Pérez Persona,. Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Álava. Sección Txagorrichu. c/ José Achótegui, s/n. Vitoria-Gasteiz.

Código de protocolo: Mantenimiento en MMRR.

Investigador principal: Dr. Carlos Aguilar Franco. Servicio de Hematología y Hemoterapia, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

9.- La compasión como virtud ética el profesional enfermero: Estudio estratégico del área de salud de Soria.

Tesis Doctoral: Doctorado en ciencias enfermeras de la Universidad de Barcelona.

Doctoranda: Myriam Inmaculada Bueno Arnau. Directores: Dra. Josefina Goberna Tricas y Dra. López Mateu.

La doctoranda es enfermera volante del Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

10.- Cateterismo de la vena umbilical decúbito supino vs. decúbito lateral derecho.

Promotor y diseño: Equipo investigador.

Investigador principal: Dra. P. Díaz Fernández, interviniendo como colaboradores todo el equipo asistencial del Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara), y centro de salud de Almazán.

11.-Estudio Nuve-II: Estudio Nacional de Medicina Interna sobre el uso de vías endovasculares.

Promotores: Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Enfermedades Cardiovasculares, Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. HGUGM, Madrid.

Coordinadores: Dr. Bouza, Dr. Capdevilla, Dra. Guembe, Dra. Pinilla, Dr. Barberan, Dr. Martín-Rabadán, Dra. Pérez, Dra. Muñoz.

Investigadores principales en Soria: Dr. Valentín del Villar Y Dr. Mario del Valle. Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Soria.

12.- Desarrollo y validación de un modelo predictivo de polimedicación en mayores de 65 años.

Tesis Doctoral. Doctoranda María Isabel Santos Pérez. Servicio de Farmacia, Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara). Directores: Dr. Alfonso Carvajal García-Pando y Dr. Luis Sánchez Martín Arias. Centro de estudios sobre seguridad de medicamentos. Dpto. Biología Molecular, Histología y Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

13.- Encuesta de salud oral de la población española, 2015.

Financiado por el Consejo General de dentistas de España.

Investigador principal: Dr. Camilo Sainz Sainz. Centro de Atención Primaria “Soria Norte”.

14.- Depresión infantil en la provincia de Soria en 2015.

Promoción y diseño: Equipo Investigador.

Investigadores: Dra. Alcalde, Dra. de la Viña, Dr. Ladrón. Unidad de Psicología y Gerencia de Área de Soria.

15.- Educación individual VS. Educación grupal en pacientes diabéticos de tipo 2.

Nivel de conocimiento y satisfacción.

Promoción y diseño: Equipo Investigador.

Investigadores: Equipo de enfermería del Centro de Atención Primaria “Soria Norte”, incluyendo enfermeras en formación especializada.

16.- La deficiencia de calcio y vitamina D en la etiopatogenia de la osteoporosis, arteriosclerosis, litiasis y algunas neoplasias.

Libro: Promoción y diseño: Equipo Investigador.

Autores: Dr. Yagüe Modrego y Dña. Concepción Baena Moreno. Facultativo y enfermera del Centro de Salud Soria Sur.

17.- Síndrome de Charles-Bonnet. Cuidado Multidisciplinar.

Investigador principal: Dr. Carlos Hajar Ordovas. Servicio de Oftalmología Del Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara). Y Mª Lourdes Jiménez Navascues. Facultad de Enfermería. Campus Universitario Duques de Soria.

18.- Sleep Apnea Pacemaker Registry.

Promotor-financiador: Sorin.

Investigador principal: Dr. Medina Santaolalla. Servicio de Cuidados intensivos. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

19.- Valoración Accolade.

Promotor-financiador: Boston Scientific

Investigador principal: Dr. Medina Santaolalla. Servicio de Cuidados intensivos. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

21.- Modelo de predicción de mortalidad en pacientes geriátricos con infección atendidos en urgencias.

Promotor: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Investigador principal: Dr. Luis Lapuerta Irigoyen. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

22.- Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI (ELVIN-HELICS).

Promotor: Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis de la SEMIUC.

Investigadora principal: : Dra. Ana Cristina Hernández de Diego. Servicio de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

23.- Estudio fase III, nacional, multicéntrico, abierto, aleatorizado de tratamiento de mantenimiento con lenalidomida y dexametasona versus lenalidomida, dexametasona y MLN9708 tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos para pacientes con mieloma múltiple sintomático de nuevo diagnóstico.

Promotor y Financiador: Fundación Pethema. Nº Eudra CT: 2014-000-554-10. Código: GEM2014MAIN.

Investigador principal: Dr. C. Aguilar Franco. Servicio de Hepatología y Hemoterapia. Complejo asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

24.- Perfil de estilo de vida y salud de los ancianos longevos.

Promotor: Facultad de Enfermería del Campus Universitario Duques de Soria (Universidad de Valladolid).

Investigadora principal: Dra. Ana Fernández Arenque. Colaboradores: Dr. R. Curbelo, Dr. V. del Villar, Dña. M^a Vitoria Álvarez, Dña. Zoraida Verde, Dra. M^a Teresa Mingo y Dra. L. Pérez.

25.- Ensayo Clínico fase IV, abierto no aleatorizado para evaluar la seguridad de ADASUVE (Loxapina para inhalación con sistema staccato) autoadministrado en pacientes con agitación fuera del ámbito hospitalario.

Promotor, Financiador: Ferrer Internacional S.A. Nº Eudra CT: 2015-003331-36. Código: FER-Loxapine-2015-01.

Investigador principal: Dr. Ricardo Martínez Gallardo. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Virgen del Mirón)

V. OTROS ESTUDIOS

1.- Epidemiología del accidente cerebrovascular agudo isquémico establecido en el Área de Salud de Soria: Periodo 2003-2013.

Investigador: Daniel Segarra Mur. Unidad de Neurología, Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara (Complejo Asistencial de Soria).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria).

2.- Registro Español de Síndrome Mielodisplásico. Patrocina: Grupo SMD de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.

El investigador principal es el Dr. Carlos Aguilar. Servicio de Hematología. Hospital Santa Bárbara (Complejo Asistencial de Soria).

3.- Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, abierto para evaluar el efecto de la serelaxina comparado con el tratamiento de referencia en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA)”

Código de protocolo CRLX030A3301, EUDRACT: 2013-002513-35.

Promotor, Financiador: Novartis Farmacêutica S. A.

Investigador principal; Dr. Luis Lapuerta Irigoyen del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara, siendo investigador colaborador la Dra. Margarita Carrera Izquierdo del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Soria.

4.- Carcinoma de mama precoz en un hospital secundario.

Investigador: Laura Galán Santos. Unidad de Oncología. Servicio de Medicinas Internas. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de

Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria).

5.- Efecto de la cirugía reparadora de la pared abdominal sobre la función pulmonar.

Investigador: Elena Tieso María Unidad de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria). Juan Antonio Amiguet García, Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza. Departamento de Medicina Y psiquiatría. Universidad de Zaragoza.

6.- Ética y consentimiento informado el área quirúrgica.

Investigador: Margarita García Huerta. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Santa Bárbara (Complejo Asistencial de Soria).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria).

7.- Evolución clínico-epidemiológica de la tuberculosis en la provincia de Soria: 1194-2013.

Investigador: Susana García de Cruz. Servicio de Microbiología. Hospital Santa Bárbara (Complejo Asistencial de Soria).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria).

8.- Incremento de homocisteína y proteína c reactiva plasmática y riesgo de cardiopatía isquémica, ictus y demencia en pacientes > 65 años: estudio de casos y controles anidado.

Investigador: Margarita Carrera Izquierdo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara (Complejo Asistencial de Soria).

Tipo de estudio: Tesis Doctoral.

Director: Valentín del Villar Sordo, Catedrático de Patología Médica de Escuela Universitaria. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria).

9.- Evidencia de la intervención enfermera “Manejo de la medicación” en el paciente crónico pluripatológico.

Olga Buergo García. Ana María Herrero Gómez.

VI. EL NUEVO MODELO ASISTENCIAL

Entorno general

El modelo asistencial utilizado en la sanidad pública española camina inexorablemente hacia una reforma, que ya fue formulada a finales del siglo pasado y que ha avanzado de manera muy notoria en los últimos tres años, impulsada por un esfuerzo necesario de sostenibilidad en su doble vertiente financiera y de adaptación a las necesidades reales de la población.

Debemos considerar que este proceso ha llegado ya a un punto de irreversibilidad. Se desarrollará completamente en los próximos años y estará finalizado en 2020. Las organizaciones que no puedan adaptarse al nuevo modelo estarán condenadas a desaparecer en cuanto pierdan la aceptación de su población o su capacidad de afrontar sin endeudamientos sus compromisos presupuestarios.

El nuevo modelo se basa en la atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades asistenciales siempre en el lugar más adecuado y con los medios adecuados para conseguir una atención resolutive, eficiente, segura y de calidad sin desplazamientos, pruebas o molestias innecesarias para el paciente. Sus principios básicos son:

- Mantenimiento de los principios rectores del Sistema Nacional de Salud: Universalidad, Equidad y Accesibilidad.
- Separación de las funciones de Financiación y Compra de las de Provisión de servicios.
- Clasificación de las necesidades asistenciales por el nivel de salud de los pacientes a través de una correcta estratificación y no por patologías, demandas o sistemas orgánicos.
- Priorización de la atención a la cronicidad como la causa principal del aumento de las demandas sanitarias y de la pérdida de calidad de vida ligada al envejecimiento.
- Integración de todas las unidades y recursos del sistema superando los niveles asistenciales, las derivaciones e interconsultas y la visión parcial de los problemas de salud. Considerar la especialización como apoyo a las unidades asistenciales básicas y no como unidades finales.
- Participación comunitaria y alianzas con pacientes, partners y proveedores.
- Absoluta sostenibilidad financiera sin capacidad alguna de endeudamiento.
- Utilización racional de las nuevas tecnologías al servicio de la accesibilidad y la calidad asistencial, sin que sean un fin en sí mismas ni comprometan la viabilidad del sistema. Valor aportado frente a coste-oportunidad.
- Gestión de recursos por los propios profesionales, adaptada a las disponibilidades y conseguir los mejores resultados en toda su población y no en el paciente aislado.
- Disminución de la variabilidad clínica y adaptación a la evidencia científica.

Nuevo modelo asistencial en la G.I.S.

Estructura

Según estas premisas consideramos unidades asistenciales básicas de modelo integrado en nuestra gerencia:

- Los Equipos de Atención Primaria.
- Los servicios de Medicina Interna, Área Materno-Infantil y Salud Mental.
- Los servicios quirúrgicos integrados en el bloque quirúrgico y la cirugía mayor ambulatoria.
- Los servicios de rehabilitación-fisioterapia.
- Las áreas integradas de cuidados de enfermería.
- La Unidad de Trabajo Social.
- Los servicios de urgencias.

Son unidades especializadas de apoyo a las unidades asistenciales básicas:

- Las especialidades médicas.
- Las unidades de apoyo en Atención Primaria.
- Los servicios centrales de apoyo al diagnóstico.
- Las áreas de atención a críticos, hospitalización de agudos y convalecencia.
- Las unidades administrativas.

Son unidades asistenciales integradas creadas para la atención específica de las nuevas necesidades asistenciales:

- La Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico.
- La Unidad de Diagnóstico Rápido.
- Los servicios de Hospitalización a Domicilio, Unidad de Corta Estancia y Hospital o centro de día.
- La Unidad de Cuidados Paliativos.
- Las unidades interdisciplinarias de atención a los cánceres más frecuentes.

Son recursos asistenciales integrados no propios:

- Los que aportan las asociaciones que establecen alianzas con nosotros.
- Los de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.
- Los de hospitales de referencia en necesidades asistenciales que por su escasa casuística harían ineficiente o comprometerían la calidad si se abordaran en Soria.
- Los de otras administraciones con convenios específicos con la nuestra.
- Los de otros dispositivos asistenciales con convenios que facilitan la accesibilidad de parte de nuestra población.

Modelo Organizativo.

- Gerencia única integrada con un organigrama directivo orientado a la gestión de procesos asistenciales y recursos humanos y materiales.
- Eliminación de los niveles asistenciales de primaria y especializada con distribución de las áreas de actividad en:
 - Consulta ambulatoria.
 - Domicilio.
 - Áreas quirúrgicas.
 - Hospitalización.
 - Comunidad.
- Gestión por procesos de todas las actividades.
- Imputación de costes por paciente, estrato asistencial y unidad asistencial final.
- Gestión de cuidados en el ámbito de enfermería en todas las áreas de actividad.
- Descentralización de gestión a través de Pactos de Objetivos y Unidades de Gestión Clínica.
- Mejora continua de calidad a través del modelo EFQM. Integración de los objetivos de seguridad en Mapa de procesos.

Objetivos del nuevo modelo asistencial.

- En un plazo de diez años, toda la asistencia sanitaria de Soria debe prestarse con este nuevo modelo asistencial. Para 2020 el total de derivaciones o interconsultas en el área debe ser inferior al 20% de la actividad.
- Conseguir la autosuficiencia para atender sanitariamente todo lo que sea posible tanto en el área como en cualquiera de sus unidades, siempre que no se afecte la calidad o la eficiencia global del sistema. Resolución de problemas y atención de necesidades siempre en el entorno más próximo y accesible en que no se comprometa la calidad asistencial.
- Atención integral a la cronicidad, favoreciendo el autocuidado del paciente y su expertización en el manejo de sus problemas de salud. Incorporación de nuevas tecnologías de apoyo al autocontrol.
- Desarrollar la metodología de cuidados de salud tanto en el paciente como en el cuidador utilizando los recursos de enfermería, su función como agente de salud y como enlace de continuidad asistencial en todo el sistema. Fomentar las actividades domiciliarias y comunitarias en toda la organización.
- Controlar factores de riesgo, fomentar hábitos saludables y todas las actividades preventivas tendentes a conservar el nivel de salud de los ciudadanos. Impulsar el diagnóstico precoz y la intervención inmediata sobre patologías potencialmente graves.
- Disminuir las descompensaciones de enfermos crónicos y el número de ingresos hospitalarios por esa causa.
- Diagnóstico y tratamiento eficaz y rápido de los problemas agudos.
- Aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta el 75% del total en el área.
- Creación de áreas de convalecencia integradas con unidades de recuperación, rehabilitación y seguimiento ambulatorio para cirugía con ingreso.

- Poner todos los recursos disponibles al alcance del profesional que resuelve la atención. Eliminar exploraciones y pruebas repetidas o innecesarias para resolver la necesidad asistencial. Disponibilidad para todas las unidades asistenciales de las unidades de apoyo y profesionales especializados que colaboren en la resolución de problemas.
- Utilización de todas las tecnologías accesibles y disponibles que aporten valor para el conjunto de la actividad asistencial. Énfasis especial en la incorporación de tecnologías para aumentar la capacidad resolutive de unidades de modelo integrado.
- Utilización responsable de los recursos disponibles gestionados por los profesionales considerando siempre la limitación de los mismos, su distribución temporal y el conseguir que aporten el mayor valor posible a la salud de la población.
- Fomentar el conocimiento, la investigación y la innovación en el proceso asistencial y en los modelos organizativos y de gestión.

Beneficios previsibles del nuevo modelo.

- Aumento del nivel de salud de la población.
- Autonomía del paciente en sus necesidades de salud.
- Disminución de la morbi-mortalidad evitable.
- Disminución de las descompensaciones y secuelas de procesos crónicos.
- Evitar la variabilidad clínica innecesaria.
- Evitar incomodidades y riesgos innecesarios.
- Disminuir la hospitalización y la estancia hospitalaria.
- Mejorar la calidad y seguridad del paciente.
- Sostenibilidad del sistema reduciendo las ineficiencias del mismo.
- Autosuficiencia del conjunto de la gerencia y de cada una de sus unidades.
- Desarrollo profesional.

VII. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATEGICO PARA 2016

El Plan Estratégico, en su segundo año de vigencia, tiene planteados el cumplimiento de los objetivos y metas que se sintetizan en:

LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado

- **INTEGRACIÓN ASISTENCIAL**
 - Aumento de la atención a los pacientes del Área de Salud por las Unidades de Nuevo Modelo.
- **GESTION POR PROCESOS**
 - Incorporación de cinco Subprocesos Asistenciales Integrados.
 - Actualización de la información existente en el Mapa de Procesos.
 - Consolidación del Mapa de Procesos en el área.
- **ATENCION A LA CRONICIDAD**
 - Aumento de los Pacientes incluidos en la guía asistencial del paciente crónico, tendrán plan de autocuidado.
 - Disminución de ingresos y estancias en pacientes G3 con respecto al año anterior.
- **GESTION DE CUIDADOS**
 - Aumento de los pacientes incluidos en el proceso del paciente crónico que tendrán Plan de cuidados y estará integrado en “Planes.
 - Aumento de los pacientes hospitalizados con Plan de cuidados integrado en “Planes”.
 - Desarrollo de dos planes de cuidados para incorporar a la cartera de servicios del área.
 - Historia Clínica social integrada en los pacientes G3 incluidos en programa de crónicos.
 - Avanzar en el desarrollo del programa del “paciente activo”.

LINEA ESTRATEGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia

- **CARTERA Y OFERTA DE SERVICIOS**
 - Elaborar cinco procesos asistenciales relevantes en el área.
 - Incrementar la oferta de servicios tendentes a la resolución en el área de los problemas de salud más prevalentes.
- **VARIABILIDAD ASISTENCIAL**
 - La actuación clínica se adecuará a los procesos en cinco de los relevantes.
 - Establecimiento de criterios para considerar duplicada una prueba para intentar eliminar las duplicidades de actuación clínica de los profesionales.
 - Disminuir las derivaciones e interconsultas en los procesos asistenciales definidos.

- **CAPACIDAD RESOLUTIVA**
 - Aumento del número de Unidades con consultas de alta resolución.
 - Incremento de la población diana estará incluida en los programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas.
 - Disminuir la morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.
 - Disminuir la Mortalidad por eventos cardiovasculares.
- **ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA**
 - Establecimiento de Alianzas con entidades sociales y organizaciones ciudadanas y de pacientes.
 - Incrementar la atención domiciliaria de enfermería y trabajador social.
 - Que los pacientes crónicos participen en el control de su enfermedad mediante educación sanitaria y participación en la Estrategia Regional del “Paciente experto-paciente activo”.

LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente

- **MEJORA CONTINUA Y MODELO E.F.Q.M.**
 - Autoevaluación en las Unidades que hayan accedido a la Gestión Clínica..
 - Reacreditación EFQM.
- **BUENAS PRÁCTICAS**
 - Aumento de las prescripciones médicas informatizadas.
 - Aumento de las declaraciones en SISNOT (Sistema de Notificación de incidentes sin daño).
- **ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS**
 - Disminución de las Infecciones nosocomiales.
 - Disminución de los pacientes con Úlceras por Presión adquiridas en el hospital.
 - Revisión de los puntos críticos de los procesos existentes.
 - Reducción del número de caídas en pacientes ingresados.
- **CALIDAD PERCIBIDA**
 - Disminuir las reclamaciones relacionadas con la seguridad, confort e intimidad del paciente.
 - Adecuar la interrelación entre profesionales y pacientes considerando necesidades, deseos y preferencias.

LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional

- **FORMACIÓN CONTINUADA**
 - Aumentar la satisfacción de los profesionales participantes en las acciones formativas.
 - Incrementar las actividades formativas impartidas por profesionales de la GIS.
 - Realización de al menos 3 sesiones multidisciplinarias.

- DOCENCIA

- Acreditación nuevas especialidades y adecuación de las existentes según Plan específico.
- Sistematización de la formación mediante la elaboración del Mapa de procesos de formación pregrado en la GIS

- INVESTIGACIÓN

- Aprovechamiento de la capacidad investigadora de profesionales del área a través de la unidad de investigación.
- Fomentar la concurrencia a ofertas investigadoras de centros oficiales.
- Diseño y estructura del mapa de competencias específico por unidades/servicios y categorías.
- Disponer de una oferta formativa global destinada a todas las categorías profesionales y su mapa de competencias.

LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales.**- DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA**

- Implantación de un modelo de descentralización en AP, con la inclusión de los criterios de acceso basado en la gestión por procesos, mejora continua y resultados asistenciales.
- Incorporación de al menos tres Unidades de la GIS a la Gestión Clínica.

- COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

- Desarrollo del Plan de Comunicación.
- Implementar el Plan de Acogida al nuevo Profesional de la GIS.
- Conseguir una alta participación de los profesionales en las actividades de la GIS (sugerencias y propuestas, Boletín informativo, etc.).

- RECONOCIMIENTO E INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN

- Convocatoria anual de los procedimientos de Movilidad Interna Voluntaria y Promoción Interna Temporal.
- Elaboración y r evaluación anual de la programación de actividades preventivas.
- Incrementar la presencia de los profesionales en foros de actividad propia de la misma.
- Incrementar la incorporación de nuevas técnicas a través de intercambio con otras organizaciones.
- Incrementar las actividades extralaborales y la colaboración de profesionales en acciones en beneficio de la sociedad.

LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.**- COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

- Fomentar la participación y las propuestas de los representantes de los Consejos de Salud y de los ciudadanos.
- Conseguir propuestas y aportaciones de la comunidad a la GIS que puedan ser útiles para mejorar.
- Aumentar las actividades de participación comunitaria realizadas por los profesionales de la GIS.

- **ALIANZAS CON PACIENTES, PROVEEDORES Y PARTNERS**
 - Incrementar las alianzas, convenios y estrategias compartidas con asociaciones, centros, residencias, etc.
 - Incrementar los pactos de colaboración y alianzas basados en el beneficio mutuo con los proveedores.
- **INTERVENCIÓN SANITARIA COMUNITARIA**
 - Incrementar la educación sanitaria en la comunidad mediante charlas, talleres, etc.
- **INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA**
 - Inclusión en el proceso de los pacientes crónicos y pluripatológicos G3 de residencias.
 - Promover desde el Trabajo Social Sanitario recursos que den respuesta en el entorno del paciente, a las necesidades sociosanitarias.

LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.

- **GESTIÓN FINANCIERA-PRESUPUESTARIA**
 - Elaboración del Plan de Eficiencia anual.
 - Asignación real de techos de gasto por unidades.
 - Adecuar el gasto farmacéutico por habitante a la presupuestación anual.
 - Conseguir el mayor grado de optimización de costes y recursos, en materia de derivaciones a otras provincias o centros privados.
 - Ahorro de costes en materia energética.
- **CONTABILIDAD ANALÍTICA**
 - Agregación-desagregación de los costes en función de las unidades definidas.
 - Diseño de modelo propio de grado de resolutividad por unidad en Atención Primaria.
 - Desarrollo de criterios de imputación más rigurosos en materia de contabilidad analítica.
- **RECURSOS HUMANOS**
 - Elaboración de un Plan de optimización de recursos humanos por unidad.
 - Elaboración de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos.
- **RECURSOS MATERIALES**
 - Elaboración de un Plan de adecuación de pruebas diagnósticas.
 - Conseguir ahorros en los costes ordinarios corrientes o de funcionamiento.
- **CAPTACIÓN DE RECURSOS – FACTURACIÓN**
 - Conseguir mejorar la financiación de SACYL, mediante una mejora en el registro de asistencias confirmadas en SIFCO.
 - Incrementar los ingresos asistenciales, los ingresos por vía ejecutiva y los ingresos no asistenciales del área.

LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.

- RENOVACIÓN TECNOLÓGICA

- Ante la implantación de cada nuevo proceso, se contará con los medios necesarios para su desarrollo.
- El mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y equipos se realizará de forma estructurada, mediante el proceso de mantenimiento.
- Desarrollo tecnológico a través de la participación de los profesionales y la incorporación de nuevas prestaciones y servicios.

- HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

- La información del paciente está accesible de forma fiable, inmediata y estructurada.
- Los profesionales tendrán acceso a la información clínica necesaria y sólo la necesaria para atención de los pacientes.

- TELEMEDICINA

- Corresponsabilizar al paciente de las necesidades de salud y satisfacer esas necesidades y facilitar las herramientas para ello.
- Disminución de las consultas presenciales en las patologías donde se instaure la telemedicina.

- NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS

- Implantación de nuevas prestaciones (Unidad de dolor, aumento de consultas de enfermería hospitalarias, y participación en anillos sanitarios de la GRS).
- Unificación de modelos asistenciales diferentes integrándolos en nuevas Unidades (Pediatría, Urgencias).