

¿Cómo es nuestro sistema sanitario?

Entorno y determinantes socioeconómicos
Informe de situación de salud en Asturias 2012-2015

Dirección General de Salud Pública
Octubre 2015



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

4.1. Equidad

Salud percibida

Existe una buena o excelente percepción en un 69,5% de la población en 2012. Peor percepción es referida en personas mayores, mujeres y personas no residentes en zona rural.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Autopercepción de Salud. OBSA](#)

Satisfacción

El grado de satisfacción de la población con los servicios se mantiene por encima de la media de España, e incluso se ha incrementado en los últimos años.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Satisfacción Servicios Sanitarios. SADEI](#)

Frecuentación

La frecuentación global y por profesional en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años y respecto a ella nos situamos en una posición intermedia dentro del panorama nacional. Por contra, se han incrementado los ingresos, las intervenciones quirúrgicas y el uso de equipos de alta tecnología. Nuestra estancia media hospitalaria supera la de nuestro entorno tanto de forma global como según casuística. La frecuentación declarada es menor que la media nacional para todos los dispositivos evaluados, aunque ha habido un importante crecimiento en la frecuentación de los diferentes dispositivos de urgencias.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Memoria del SESPA 2013](#)

Vacunación

Hay muy buenos resultados con altas tasas de cobertura en la población infantil, con no tan buenos resultados en la cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años, llegando a una cobertura superior al 55% para el conjunto de Asturias.

4.2. Calidad y Seguridad

Calidad

El grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público se mantiene por encima de 7 que es medio punto superior a la media nacional. También estamos mejor que la media en la tasa de cesáreas, tasa de histerectomías en mujeres menores de 35 años y prevalencia de fumadores. Estamos peor en cirugía conservadora de mama, cardiopatía isquémica y diabetes. Otros indicadores como mayores de 65 años con valoración positiva de su estado de estado de salud, tasa de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular o amputaciones de miembros inferiores (MMII) en diabéticos estamos alrededor de la media nacional.

Gestión Clínica

Según la información aportada por el Servicio de Calidad del SESPA en el pasado ejercicio se han firmado un total de 34 Acuerdos de Gestión Clínica, en las ocho áreas sanitarias y en todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria y salud mental). De estos 34 acuerdos, 8 de ellos fueron evaluados de forma interna (UGC/AGC- Gerencia área sanitaria) y los 26 restantes recibieron además una evaluación externa.

El 92,3% de las áreas o unidades cumplieron con sus objetivos asistenciales y seis de ellas superaron el máximo resultado previsto a nivel asistencial (por encima de 100 puntos).

El mismo porcentaje (92,3%) cumplieron con sus objetivos de calidad. El 37,5% de las UGC/AGC cumplieron íntegramente los objetivos pactados. Existe un alto grado de cumplimiento de los criterios de delegación de funciones y autonomía de gestión para los equipos directivos de las áreas y unidades.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Resultados de la Gestión Clínica en Asturias](#)

Seguridad

Los indicadores de seguridad del paciente muestran una situación similar al resto del país, si bien la tasa de infección nosocomial y por catéter es ligeramente superior a la media y la tasa de úlceras por presión es inferior. Hay una buena tasa de notificación de reacciones adversas.

La actualización de una Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias en el año 2015 junto al desarrollo de un Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente para su aplicación favorecerá tener mejores indicadores de evaluación sobre la seguridad de los/las pacientes en Asturias.

Para acceder a documentos con información más detallada
Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020
[Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente](#)

4.3. Disponibilidad y accesibilidad

Recursos sanitarios

La información más detallada sobre la descripción de los recursos del Servicio de Salud se puede encontrar en la Memoria del SESPA 2013.

La distribución de recursos sanitarios en el territorio, se recoge en los decretos de sexta y séptima modificaciones del Mapa Sanitario de Asturias (Decreto 80/2006 y Decreto 9/2007). En éstos, se contemplan ocho Áreas Sanitarias con cabecera en los municipios donde se ubica el Hospital de Área.

En el ámbito de la Atención Primaria, disponemos de 68 centros de salud y 150 consultorios, lo que para la población de Asturias y su dispersión, podemos considerar como adecuada. Además existen 92 dispositivos de Atención Continuada, que junto con la red del SAMU (atención médica urgente) permite una correcta atención a las urgencias sanitarias.

La atención hospitalaria se estructura en 9 hospitales de Área o Distrito (uno por cada Área, más el H. de Jove en Gijón). Además la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias cuenta con otros 4 hospitales de apoyo. Estos dispositivos, por su distribución y capacidad, son equivalentes a la del resto de España.

Se puede estimar que en torno a un 95% de la población tiene un dispositivo de Atención Primaria a menos de 15 minutos de su domicilio, y un hospital a menos de 30 minutos.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Memoria del SESPA 2013](#)

Accesibilidad legal

Por lo que se refiere a la accesibilidad legal o administrativa a los servicios sanitarios, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, limita el acceso de los extranjeros mayores de 18 años a los servicios sanitarios ordinarios.

Sin embargo, en Asturias y otras CCAA se implantó un sistema de autorización de asistencia sanitaria para las personas extranjeras en situación irregular sin recursos (BOPA 1-IX-2012) que, atendiendo a razones de Salud Pública, permite un acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad con otros colectivos.

La percepción de accesibilidad horaria y geográfica es muy buena según se refleja en los datos de la Encuesta de Salud de 2012.

4.4. Eficiencia

Gasto Sanitario

El gasto sanitario por población protegida es un 21% mayor que la media del estado español y ha aumentado un 75% en los últimos 7 años. La distribución según capítulo de gasto es similar a la del resto de España y se mantiene estable en los últimos años: 47% retribuciones y alrededor del 20% farmacia y 23% consumos intermedios.

Por otro lado, en el periodo 2008/13 el porcentaje de gasto en Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad ha caído un 40%. Este gasto representa tan sólo un 0,45% del total de gasto realizado en el año 2013.

Por lo que se refiere al volumen total de gasto en el ámbito de atención primaria, este gasto ha caído un 5% en el periodo 2008/12, mientras que la inversión en atención hospitalaria ha sufrido una disminución del 0,9%

En relación con el gasto farmacéutico, como señala la Memoria 2013 del SESPA, se ha observado un descenso en el gasto desde el año 2010

Para acceder a documentos con información más detallada

[Memoria del SESPA 2013](#)

Hospitalizaciones evitables

Los ingresos hospitalarios por *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Según datos del 2013, en Asturias la media es unos 122 ingresos hospitalarios (por cada 10.000 habitantes) que podrían haberse evitado. Los mejores resultados son para los concejos de Piloña y Ponga y los peores para Allande y Tineo.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en Asturias. OBSA](#)

4.5. Programa de detección precoz de cáncer de mama

En los datos de evaluación del programa en el período 2005-2013, la participación en el programa supera el estándar de calidad reflejando una buena aceptación por parte de la población, así como una accesibilidad al mismo adecuada, salvo en situaciones puntuales en la Unidad de Cribado del Área Sanitaria IV.

En lo que respecta a los indicadores que miden el porcentaje de mujeres a las que se les somete tras el cribado a una recitación precoz o a pruebas invasivas, los resultados obtenidos presentan una gran estabilidad a lo largo del período de estudio, y se ajustan a los estándares de calidad exigibles.

En relación con la tasa de detección de cáncer de mama, en el cribado inicial es menor que la esperada (3,75‰ frente a 4,6‰) debido en gran medida a que no tiene el comportamiento de ronda prevalente por la existencia de cribados previos a los 50 años, mientras que se ajusta a los estándares de calidad en los cribados sucesivos (3‰).

Es importante señalar que se produce una sobreutilización de las mamografías antes de la edad recomendada por el cribado de cáncer de mama. Según datos de la ESA 2008 se había realizado esta prueba a un 57% de mujeres menores de 50 años y un 40% de ellas señaló el consejo médico como único motivo, sin existir antecedentes familiares de cáncer de mama, o detección de algún problema en la mama por parte de las mujeres o por parte del médico/medica. Es decir, que es frecuente que se recomiende una mamografía antes de la edad establecida por los programas de cribado de mama.

Según datos de la ESA 2012 a casi un 40% de menores de 45 años (10,3% menores de 30 y 28,3% entre 30 y 45 años) también se les había realizado alguna mamografía y en un 40% de las ocasiones, solo por consejo médica, sin problemas ni antecedentes familiares.

En lo que hace referencia al momento del diagnóstico de los tumores detectados, como es de esperar éste es ligeramente más precoz en los diagnosticados tras cribado sucesivo que en los detectados en el cribado inicial; en ambos casos se cumple con los criterios de calidad respecto al tamaño y al porcentaje sin infiltración ganglionar en el momento del diagnóstico, pero se presentan en un porcentaje mayor del deseable en estadios TNM II o mayor. El porcentaje de tumores in situ que se detectan sobre el total de diagnosticados se encuentra dentro de los límites marcados por las Guías de Calidad (12,9% para un resultado adecuado que va del 10% a 20%).

La proporción de mujeres con diagnóstico de cáncer que han de esperar más de 15 días para la consulta de evaluación, así como el de mujeres que han de esperar más de 30 días para tener un diagnóstico definitivo superan lo recomendado por las guías de calidad.

En relación al uso de la mamografía, según datos de la ESA un 45% de las mujeres se realizaba mamografía por consejo médico en cita programada, aunque no tenían ningún problema de salud. Las coberturas en términos poblacionales, según la Encuesta de salud llegan a ser del 81,3% de la población diana.

4.6. Atención maternal y neonatal

En el año 2009 se inició en Asturias la implantación de la *Estrategia de atención al parto normal en el SNS*, con el objetivo de cambiar la práctica clínica para ofrecer a las gestantes y a sus bebés una atención más humanizada, reduciendo el intervencionismo innecesario y en ocasiones contraproducente, con criterios de calidad basados en el mejor conocimiento científico disponible, y respeto a la autonomía de la mujer. Existe considerable evidencia científica sobre los cuidados prenatales y postnatales, que permiten elaborar recomendaciones e identificar aquellas cuestiones que requieren nuevas investigaciones.

Desde entonces hemos mejorado en algunas prácticas, si bien no ha habido cambios positivos en otras. Existen grandes diferencias en la práctica clínica entre los hospitales, con un grado de implantación de la *Estrategia* variable. Hasta el momento no se han recogido indicadores de los centros sanitarios privados.

En conjunto, algunos indicadores han mejorado si bien no alcanzan aún el estándar deseado, pero otros parecen estancados. Tampoco se avanza, o se hace de manera muy lenta, en la elaboración de protocolos interdisciplinares, adaptados a las guías de práctica clínica recientes.

Es imprescindible la participación de los profesionales sanitarios en la mejora de estos procesos, así como el trabajo conjunto multidisciplinar. En el año 2012, se ha constituido el Comité de Buenas Prácticas (BBPP) para la atención al embarazo, parto y lactancia, en sustitución del antiguo Comité de Parto, con el objeto de fomentar el trabajo en equipo. Se ha instado a las Áreas Sanitarias a constituir su propio Comité de BBPP de Área; hasta el momento se han constituido cuatro Comités, de los cuales están en funcionamiento tres (Áreas Sanitarias III, VII y VIII).

Se han realizado numerosas actividades formativas, pero además de la formación es necesario cambiar actitudes y organizaciones, adaptándolas a las necesidades reales de esta población específica y de la atención a estos procesos. Garantizar la Calidad y la Seguridad de la atención sanitaria, no debe oponerse a una atención respetuosa a la autonomía de las usuarias y usuarios.

Atención al embarazo y parto

El seguimiento del embarazo es bueno con un 95% de captación antes de la 11 semana y un 99% antes de la 13. La información que reciben durante el proceso es muy satisfactoria y el 73% manifiestan seguimiento por el mismo profesional todo el proceso. Casi 3 de cada 10 mujeres (28%) realizan seguimiento público y privado.

Se realizan 5 ecografías de promedio y la amniocentesis se le realizó a un 15% de las mujeres que contestaron la Encuesta. El 65% acuden a clases de preparación al parto.

El parto ocurrió en fecha prevista en el 61% de los casos. Sólo el 17% manifiesta que no se aplicó ninguna técnica de inducción. El 80,6% fueron vaginales y el 19,4% por cesárea, con importantes diferencias según hospitales (por encima del estándar admitido del 15%).

La analgesia epidural, aunque es bastante general, es muy diferente en el centro y la periferia: en el HUCA es sistemática (90%) mientras que en Cangas es el 33% y en Jario el 55%.

Según datos del año 2013 en Asturias presenta un 18,5% de partos por cesárea, y de los partos vaginales el 27% son instrumentales. Se realizó episiotomía en el 38 % de los partos eutócicos. En el 42% de los casos se inicio el contacto piel con piel en el paritorio, con un inicio precoz de la lactancia materna en el paritorio en el 41% de los casos.

Por otro lado Asturias presenta un 29% de partos inducidos y hablaríamos de un 41% en el caso de los partos de inicio espontáneo en los que se aplica oxitocina artificial en fase de dilatación.

Atención puerperal

Un 63% de los partos fueron atendidos exclusivamente por matronas y un 22% de las gestantes disponía de planes de parto (SESPA, Año 2013). La estancia media en el hospital fue de 3 días (2,87) después del parto. El 21% de las mujeres manifiestan una información inadecuada y el 22% no realizó ninguna visita de control entre la 4 y la 6 semana tras el parto.

El 63% de los RN tuvo un peso normal (entre 2500 y 3500 gramos). El 20% ingresó en una unidad de neonatología. En este caso el 18% de las madres manifiestan no recibir información al respecto. El 70% de las mujeres desconocían al personal que las atendió en el parto y en general, el 92% de las madres están satisfechas con la atención recibida en todo el proceso.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Atención Maternal y Neonatal](#)